

TE OGH 2022/12/13 100bS86/22b

JUSLINE Entscheidung

🕒 Veröffentlicht am 13.12.2022

Kopf

Der Oberste Gerichtshof hat als Revisionsgericht in Arbeits- und Sozialrechtssachen durch die Hofrätin Dr. Faber als Vorsitzende, die Hofräte Mag. Ziegelbauer und Mag. Schober sowie die fachkundigen Laienrichter Mag. Michael Mutz (aus dem Kreis der Arbeitgeber) und Gerald Fida (aus dem Kreis der Arbeitnehmer) in der Sozialrechtssache der klagenden Partei G*, vertreten durch Mag. Dr. Christian Gepar, Rechtsanwalt in Wien, gegen die beklagte Partei Österreichische Gesundheitskasse, 1030 Wien, Haidingergasse 1, vertreten durch Dr. Anton Ehm, Mag. Thomas Mödlagl, Rechtsanwälte in Wien, wegen Kostenübernahme, über die Revision der klagenden Partei gegen das Urteil des Oberlandesgerichts Wien als Berufungsgericht in Arbeits- und Sozialrechtssachen vom 29. März 2022, GZ 7 Rs 126/21g-56, womit infolge Berufung der klagenden Partei das Urteil des Arbeits- und Sozialgerichts Wien vom 9. September 2021, GZ 32 Cgs 111/17y-52, bestätigt wurde, in nichtöffentlicher Sitzung den

Beschluss

gefasst:

Spruch

Die Revision wird zurückgewiesen.

Die klagende Partei hat die Kosten ihres Rechtsmittels selbst zu tragen.

Text

Begründung:

[1] Gegenstand des Revisionsverfahrens ist der Anspruch der Klägerin auf Ersatz der „vollen“ Kosten (zu Marktpreisen) für die für ihren 2016 geborenen Sohn erforderliche 24-stündige häusliche (Intensiv-)Krankenpflege über das von der Satzung der Beklagten für medizinische Hauskrankenpflege vorgesehene Ausmaß hinaus. Zum bisherigen Gang des Verfahrens ist auf die im ersten Rechtsgang ergangene Entscheidung 10 ObS 125/20k zu verweisen.

[2] Der Sohn der Klägerin leidet – wie vom Erstgericht im Einzelnen festgestellt – an einer neurologischen Grunderkrankung, aufgrund deren schwere körperliche Behinderungen und Entwicklungsstörungen bestehen. Er erhielt ein Tracheostoma und muss in der Nacht invasiv beatmet werden. Er erhält die im Einzelnen festgestellten Medikamente und wird mit Nutriini Peptisorb über Sonde ernährt. Für den Sohn der Klägerin sind die vom Erstgericht festgestellten Pflegemaßnahmen für das respiratorische System, für das gastrointestinale System und für die Lagerung erforderlich.

[3] Derzeit wird der Sohn der Klägerin im Ausmaß von fünf Stunden vornehmlich durch Mitarbeiterinnen des Vereins M* betreut, meistens nur vormittags in Blöcken von höchstens vier Stunden. Dieser Verein hat keine Angehörige des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege mit Sonderausbildung Intensivpflege und

Kinderintensivpflege zur Verfügung. An Wochenenden gibt es keine Betreuung durch den Verein, die Familie wird vom Verein K* nach Bedarf versorgt.

[4] Der Betreuungs- und Pflegeaufwand inklusive der Hilfsverrichtungen und der Zeitaufwand für laufende Therapien darf aufgrund der Komplexität der Verrichtungen gesetzeskonform nur von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege mit der Sonderausbildung für Kinder- und Jugendintensivpflege erbracht werden. Die ständige Anwesenheit (24 Stunden) einer qualifizierten diplomierten Krankenpflegekraft ist erforderlich. Die genetisch bedingte Erkrankung der Atmungs- und Herzmuskulatur des Sohnes der Klägerin würde untherapiert zu einer immer schwächer werdenden Muskulatur, damit verbunden zu schlechterer Atmungsfähigkeit, sowie zu einer schlechteren Geh- und Bewegungsfähigkeit führen. Die durchgeführten Therapien können dazu beitragen, dass sich der Sohn der Klägerin wenigstens annähernd so entwickeln kann wie ein gesundes Kind. Die Pflege im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthalts ist beim Sohn der Klägerin ausgeschlossen.

[5] Für die vom Sohn der Klägerin benötigte Intensivhauskrankenpflege stehen weder eigene Einrichtungen noch Vertragspartner der Beklagten zur Verfügung. Spezialisiert auf die Erbringung derartiger Pflegeleistungen ist (nur) die C*. Nach deren Kostenvoranschlag vom 3. 5. 2017 beträgt der – wertgesicherte – Stundensatz für eine Leistungsstunde am Tag (6:00 Uhr bis 22:00 Uhr) 47 EUR, für eine Leistungsstunde in der Nacht (22:00 Uhr bis 6:00 Uhr) 52 EUR und für eine Leistungsstunde an Sonn- und Feiertagen 52 EUR. Bezogen auf Juni 2017 beträgt der Gesamtpreis pro Monat für eine durchgehende 24-Stunden-Betreuung laut Kostenvoranschlag 35.520 EUR.

[6] Mit Bescheid vom 3. 8. 2017 lehnte die beklagte Österreichische Gesundheitskasse den Antrag der Klägerin ab, die Kosten für die häusliche (Intensiv-)Pflege für ihren 2016 geborenen Sohn laut Kostenvoranschlag der C* vom 3. 5. 2017 für eine 24-Stunden-Betreuung an sieben Tagen der Woche im Umfang von voraussichtlich 720 Stunden monatlich bzw in Höhe eines Betrags von insgesamt 35.520 EUR pro Monat zu übernehmen.

[7] Mit der dagegen gerichteten Klage begehrt die Klägerin die Zuerkennung der Kosten für häusliche (Intensiv-)Pflege für ihren anspruchsberechtigten Sohn auf Grundlage des bereits genannten Kostenvoranschlags der C* im Ausmaß von 35.520 EUR pro Monat für eine 24-Stunden-Betreuung auf Basis eines 30-Tage-Monats, gesamt daher voraussichtlich 720 Stunden monatlich.

[8] Die Beklagte wandte ua dagegen ein, dass die Klägerin im Fall der Inanspruchnahme medizinischer Hauskrankenpflege nur einen Anspruch auf Kostenersatz nach Maßgabe der Satzung der Beklagten in Höhe von 8,64 EUR (bis zu 45 Minuten) und weiteren 2,88 EUR für jede weitere volle Viertelstunde, daher 11,52 EUR für eine Stunde habe.

[9] Das Erstgericht erkannte die Beklagte im zweiten Rechtsgang schuldig, die Kosten für die häusliche Intensivpflege für den Sohn der Klägerin laut Kostenvoranschlag der C* über eine 24-Stunden-Betreuung im vollen Umfang mit einem Stundensatz gemäß § 38 Abs 1 Z [2] iVm Anlage 6 der Satzung der Beklagten unter der Voraussetzung zu übernehmen, dass zwischen der Klägerin und C* ein Pflegedienstleistungsvertrag zustande kommt, dies für alle Tage, an welchen der Sohn der Klägerin nicht in Krankenanstalten stationär gepflegt wird und unter der Voraussetzung, dass es für den zu übernehmenden Zeitraum ärztliche Verordnungen gibt und sich am Gesundheitszustand und Pflegebedarf des Sohnes der Klägerin nichts Wesentliches ändert. Die Klägerin habe Anspruch auf medizinische Hauskrankenpflege für ihren Sohn. Dafür habe die Beklagte einen Kostenzuschuss in Höhe von 11,52 EUR pro Stunde entsprechend ihrer Satzung zu leisten. Die Satzung sei eine das Gericht bindende Verordnung. Im Hinblick darauf, dass der Zuschuss etwa 20 % der anfallenden Kosten abdecke, bestehe keine Veranlassung der Anfechtung dieser Verordnung beim Verfassungsgerichtshof. [9] Das Erstgericht erkannte die Beklagte im zweiten Rechtsgang schuldig, die Kosten für die häusliche Intensivpflege für den Sohn der Klägerin laut Kostenvoranschlag der C* über eine 24-Stunden-Betreuung im vollen Umfang mit einem Stundensatz gemäß Paragraph 38, Absatz eins, Z [2] in Verbindung mit Anlage 6 der Satzung der Beklagten unter der Voraussetzung zu übernehmen, dass zwischen der Klägerin und C* ein Pflegedienstleistungsvertrag zustande kommt, dies für alle Tage, an welchen der Sohn der Klägerin nicht in Krankenanstalten stationär gepflegt wird und unter der Voraussetzung, dass es für den zu übernehmenden Zeitraum ärztliche Verordnungen gibt und sich am Gesundheitszustand und Pflegebedarf des Sohnes der Klägerin nichts Wesentliches ändert. Die Klägerin habe Anspruch auf medizinische Hauskrankenpflege für ihren Sohn. Dafür habe die Beklagte einen Kostenzuschuss in Höhe von 11,52 EUR pro Stunde

entsprechend ihrer Satzung zu leisten. Die Satzung sei eine das Gericht bindende Verordnung. Im Hinblick darauf, dass der Zuschuss etwa 20 % der anfallenden Kosten abdecke, bestehe keine Veranlassung der Anfechtung dieser Verordnung beim Verfassungsgerichtshof.

[10] Das Berufungsgericht gab der nur von der Klägerin gegen dieses Urteil erhobenen Berufung, mit der sie – über den Zuspruch von Kostenersatz nach Maßgabe der Satzung der Beklagten hinaus – die Zuerkennung der vollen Kosten laut Kostenvoranschlag der C* begehrt, nicht Folge. Es billigte die Rechtsansicht des Erstgerichts und sprach aus, dass die Revision zulässig sei, weil Rechtsprechung zur Kostenerstattung nach Marktpreisen im Zusammenhang mit der Hauskrankenpflege nicht vorliege und noch keine Auseinandersetzung der Lehre mit der Entscheidung 10 ObS 103/19y erfolgt sei.

[11] Gegen diese Entscheidung richtet sich die von der beklagten Österreichischen Gesundheitskasse beantwortete Revision der Klägerin, mit dem diese die Stattgebung ihres Klagebegehrens zur Gänze anstrebt.

Rechtliche Beurteilung

[12] Die Revision ist entgegen dem den Obersten Gerichtshof nicht bindenden Zulassungsausspruch unzulässig.

[13] 1.1 Der Oberste Gerichtshof hat sich mit den auch hier zu behandelnden Rechtsfragen in der – einen vergleichbaren Sachverhalt behandelnden – Entscheidung 10 ObS 103/19y SSV-NF 34/8 ausführlich auseinandergesetzt, auf die die Vorinstanzen Bedacht genommen haben.

[14] 1.2 Im Revisionsverfahren ist nicht mehr strittig, dass die Klägerin für ihren Sohn infolge seiner Erkrankung Anspruch auf medizinische Hauskrankenpflege hat. Die Beklagte hat dafür entsprechend der in diesem Umfang unangefochten gebliebenen Entscheidung des Erstgerichts einen Kostenersatz in Höhe von 11,52 EUR pro Stunde nach Maßgabe ihrer Satzung für eine 24-Stunden-Betreuung zu leisten.

[15] 2.1 Die Behauptung der Revisionswerberin, es bestehe keinerlei Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofs zur Ablehnung einer Leistungsverpflichtung des Krankenversicherungsträgers nach Marktpreisen im Zusammenhang mit der intensivmedizinischen Hauskrankenpflege, trifft nicht zu. In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht kein Anspruch auf Kostenersatz nach Marktpreisen (RIS-Justiz RS0113972). In der Entscheidung 10 ObS 103/19y führte der Oberste Gerichtshof aus, dass die Krankenversicherungsträger auch nach – den auch hier anwendbaren – § 131b ASVG iVm § 131a ASVG nicht verpflichtet sind, Kostenzuschüsse vorzusehen, welche den Marktpreisen entsprechen, was sich schon aus der Bedeutung des Begriffs des Kostenzuschusses ergibt (Pkt 4.3). In dieser Entscheidung hat der Oberste Gerichtshof auch die Rechtsprechung zu 10 ObS 68/04d, 10 ObS 67/04g nicht aufrecht erhalten und ausgeführt, dass in einem Fall medizinischer (Intensiv-)Hauskrankenpflege – wie auch im vorliegenden Fall – von der Anwendbarkeit des in § 38 Z 2 iVm Anhang 6 Z 4 der Satzung der Beklagten (Satzung 2016, AVSV Nr 143/2016) normierten Kostenzuschusses auszugehen ist. [15] 2.1 Die Behauptung der Revisionswerberin, es bestehe keinerlei Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofs zur Ablehnung einer Leistungsverpflichtung des Krankenversicherungsträgers nach Marktpreisen im Zusammenhang mit der intensivmedizinischen Hauskrankenpflege, trifft nicht zu. In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht kein Anspruch auf Kostenersatz nach Marktpreisen (RIS-Justiz RS0113972). In der Entscheidung 10 ObS 103/19y führte der Oberste Gerichtshof aus, dass die Krankenversicherungsträger auch nach – den auch hier anwendbaren – Paragraph 131 b, ASVG in Verbindung mit Paragraph 131 a, ASVG nicht verpflichtet sind, Kostenzuschüsse vorzusehen, welche den Marktpreisen entsprechen, was sich schon aus der Bedeutung des Begriffs des Kostenzuschusses ergibt (Pkt 4.3). In dieser Entscheidung hat der Oberste Gerichtshof auch die Rechtsprechung zu 10 ObS 68/04d, 10 ObS 67/04g nicht aufrecht erhalten und ausgeführt, dass in einem Fall medizinischer (Intensiv-)Hauskrankenpflege – wie auch im vorliegenden Fall – von der Anwendbarkeit des in Paragraph 38, Ziffer 2, in Verbindung mit Anhang 6 Ziffer 4, der Satzung der Beklagten (Satzung 2016, AVSV Nr 143/2016) normierten Kostenzuschusses auszugehen ist.

[16] 2.2 Eine Entscheidung, selbst wenn sie bisher die einzige ist, die aber ausführlich begründet und mehrfach veröffentlicht wurde, zu der gegenteilige Entscheidungen nicht vorliegen und die auch vom Schrifttum ohne Kritik übernommen wurde, reicht für das Vorliegen einer gesicherten Rechtsprechung aus (RS0103384). Die Entscheidung 10 ObS 103/19y wurde mehrfach veröffentlicht und es existieren – entgegen der Behauptung der Revisionswerberin – mehrere, zur hier relevanten Rechtsfrage zustimmende – Stellungnahmen zu ihr:

[1 7] 2.2.1 Pfeil (Kostenzuschuss bei medizinischer [Intensiv-]Hauskrankenpflege, DRdA 2021/5, 47) hat sich zu

dieser Entscheidung bereits zustimmend geäußert. Er betont zwar, dass gerade die Fälle, in denen Ansprüche auf medizinische Hauskrankenpflege in der gesetzlichen Krankenversicherung besonders umstritten sind und mit denen auch Höchstgerichte befasst werden, meist sehr tragisch seien und die allfällige Diskrepanz zu den vom zuständigen Krankenversicherungsträger dann nur zugestandenen Leistungen für die Versicherten besonders schmerzhaft und auch für Außenstehende schwer nachvollziehbar sei. Bei aller Würdigung der menschlichen und sozialen Problematik könne aber in rechtlicher Hinsicht dennoch kein Platz für eine andere Bemessung des Ersatzanspruchs gesehen werden.

[1 8] 2.2.2 Auch nach Burger (Kein Kostenersatz nach Marktpreisen bei häuslicher medizinischer Intensivpflege, DRdA-InfAS 2020/112, 246) bleibt aus Anlass dieser Entscheidung unbefriedigend, dass gerade gravierendste Fälle die Probleme an den Schnittstellen und Finanzierungsgrenzen am sichtbarsten machen, letztendlich die Betroffenen aber in der „Schlucht der Unzuständigkeit“ liegen bleiben. Insofern sei allerdings der Gesetzgeber dringend gefordert, beispielsweise durch Einführung eines „onestop-shop-Prinzips“ den Zugang zur Sachleistungsversorgung sicherzustellen und die Abrechnungsmodalitäten von den Erkrankten fernzuhalten.

[1 9] 2.2.3 Novak (Rund-um-die-Uhr-Intensivpflege doch keine Erstattung der Kosten nach Marktpreisen, SozSi 2020, 206) führt aus, dass es wenig an der Problematik der Finanzierung der Betreuung häuslich intensiv zu betreuender Patientinnen und Patienten ändere, wenn der Krankenversicherungsträger die Kosten der Rund-um-die-Uhr-Intensivpflege im häuslichen Bereich nicht in Höhe der Marktpreise zu übernehmen habe. Wie der Fall zeige, komme es aufgrund des medizinischen Fortschritts sowie der ständigen Judikatur des Obersten Gerichtshofs zur sukzessiven Verschiebung der Grenze zwischen Krankenbehandlung und Gebrechen zur Krankenbehandlung hin, wodurch es zu einer unerfreulichen finanziellen Mehrbelastung der Krankenversicherungsträger komme.

[20] 3. Die Revisionswerberin macht als erhebliche Rechtsfrage geltend, dass ihr Sohn nach dem Wiener Chancengleichheitsgesetz (LGBI 2010/45, CGW) keinen Rechtsanspruch auf Leistungen einer Intensivpflege hätte, sodass dieses Argument des Obersten Gerichtshofs gegen eine Erstattung der Kosten nach Marktpreisen aus der Entscheidung 10 ObS 103/19y nicht zum Tragen komme. Der Grund dafür, dass eine Erstattung nach Marktpreisen nicht erfolgen kann, liegt jedoch in den in dieser Entscheidung und auch oben dargestellten gesetzlichen Bestimmungen. Der Verweis auf das CGW stellte in der Entscheidung 10 ObS 103/19y lediglich ein Hilfsargument zur Frage der Kostenerstattung nach Marktpreisen dar. Er erfolgte vor allem, um auch in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass das österreichische Gesundheitssystem in Grenzfällen mehrere Verantwortlichkeiten und nicht nur jene der Beklagten kennt.

[21] 4.1 Die Revisionswerberin macht weiters geltend, dass der Kostenzuschuss von 11,52 EUR pro Stunde weniger als ein Viertel des vom Erstgericht festgestellten angebotenen Stundensatzes ausmache. Im Vergleich dazu sei der Kostenzuschuss in der Entscheidung 10 ObS 103/19y prozentuell doppelt so hoch gewesen. Darüber hinaus beziehe der Sohn der Klägerin keine Leistungen des Sozialhilfeträgers. Die Höhe des Kostenzuschusses erschwere die faktische Inanspruchnahme externer Pflegeleistungen daher unzumutbar.

[22] 4.2 Dem ist entgegenzuhalten, dass der Kostenzuschuss in der Entscheidung 10 ObS 103/19y 28,8 % der Bruttokosten und 38,4 % des Nettostundenlohns deckte, daher nicht „doppelt“ so viel wie im vorliegenden Fall, in dem der Kostenzuschuss etwa 23 % der monatlichen Kosten von 35.520 EUR deckt. In der Entscheidung 10 ObS 103/19y hat der Oberste Gerichtshof dazu ausgeführt, dass dem Krankenversicherungsträger nach der – dort dargestellten – Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofs ein weiter rechtspolitischer Gestaltungsspielraum zusteht. Eine Verletzung dieses Spielraums wäre ihm nur dann vorzuwerfen, wenn er bei guter allgemeiner Finanzlage offensichtlich unzureichende Mittel für eine Zuschussregelung vorsieht, ohne plausible Gründe dafür dazusetzen zu können. Die Revisionswerberin führt zu diesen Kriterien nichts Näheres aus. Es liegt im Wesen eines Zuschusses, dass er nur einen Teil der tatsächlich aufgewendeten Kosten ersetzt. Der von der Satzung nunmehr vorgesehene Kostenzuschuss für medizinische Hauskrankenpflege wurde nicht nur gegenüber den in 10 ObS 68/04d, 10 ObS 67/04g und 10 ObS 35/05b SSV-NF 19/27 entschiedenen Fällen deutlich erhöht, er berücksichtigt darüber hinaus auch ein zeitlich unterschiedliches Ausmaß, da er die Festlegung des Anspruchs nach Stunden zulässt. Auch unter Berücksichtigung der konkreten Verfahrensergebnisse ist nicht davon auszugehen, dass der von der Satzung vorgesehene Kostenzuschuss für medizinische Hauskrankenpflege den dem Krankenversicherungsträger zustehenden Gestaltungsspielraum offensichtlich verletzt. Selbst die Revisionswerberin regt keine Anfechtung der – die Gerichte als Verordnung bindenden – Satzung beim Verfassungsgerichtshof an.

[23] 4.3 Dem Obersten Gerichtshof ist die auch von Pfeil und Burger ausdrücklich betonte menschliche und soziale Problematik der Situation der Klägerin und ihres Sohnes sehr bewusst. Die Gerichte haben jedoch die bestehenden Gesetze anzuwenden. Es liegt außerhalb ihrer Kompetenzen, unbefriedigende Gesetzesbestimmungen zu ändern.

[24] Mangels Aufzeigens einer Rechtsfrage von erheblicher Bedeutung im Sinn des § 502 Abs 1 ZPO war die Revision daher zurückzuweisen. [24] Mangels Aufzeigens einer Rechtsfrage von erheblicher Bedeutung im Sinn des Paragraph 502, Absatz eins, ZPO war die Revision daher zurückzuweisen.

[25] Die Kostenentscheidung beruht auf § 77 Abs 1 Z 2 lit b ASGG. Gründe für einen Kostenzuspruch nach Billigkeit wurden nicht geltend gemacht und ergeben sich auch nicht aus der Aktenlage. [25] Die Kostenentscheidung beruht auf Paragraph 77, Absatz eins, Ziffer 2, Litera b, ASGG. Gründe für einen Kostenzuspruch nach Billigkeit wurden nicht geltend gemacht und ergeben sich auch nicht aus der Aktenlage.

Textnummer

E137031

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:OGH0002:2022:010OBS00086.22B.1213.000

Im RIS seit

18.01.2023

Zuletzt aktualisiert am

31.07.2024

Quelle: Oberster Gerichtshof (und OLG, LG, BG) OGH, <http://www.ogh.gv.at>

© 2026 JUSLINE

JUSLINE® ist eine Marke der ADVOKAT Unternehmensberatung Greiter & Greiter GmbH.

www.jusline.at