

TE Bvwg Erkenntnis 2015/12/9 G302 2005202-1

JUSLINE Entscheidung

© Veröffentlicht am 09.12.2015

Entscheidungsdatum

09.12.2015

Norm

ASVG §410

ASVG §74

ASVG §8 Abs1 Z3 litc

B-VG Art.133 Abs4

1. ASVG § 410 heute
2. ASVG § 410 gültig ab 01.01.2014 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 87/2013
3. ASVG § 410 gültig von 01.01.2005 bis 31.12.2013 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 142/2004
4. ASVG § 410 gültig von 01.08.1998 bis 31.12.2004 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 138/1998
5. ASVG § 410 gültig von 01.01.1973 bis 31.07.1998 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 31/1973
1. ASVG § 74 heute
2. ASVG § 74 gültig von 01.01.2020 bis 31.12.2019 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 100/2018
3. ASVG § 74 gültig ab 01.01.2020 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 106/2024
4. ASVG § 74 gültig von 01.01.2016 bis 31.12.2019 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 162/2015
5. ASVG § 74 gültig von 01.01.2016 bis 31.12.2015 zuletzt geändert durch BGBl. II Nr. 417/2015
6. ASVG § 74 gültig von 01.01.2015 bis 31.12.2015 zuletzt geändert durch BGBl. II Nr. 288/2014
7. ASVG § 74 gültig von 01.01.2014 bis 31.12.2014 zuletzt geändert durch BGBl. II Nr. 434/2013
8. ASVG § 74 gültig von 01.01.2013 bis 31.12.2013 zuletzt geändert durch BGBl. II Nr. 441/2012
9. ASVG § 74 gültig von 01.01.2012 bis 31.12.2012 zuletzt geändert durch BGBl. II Nr. 398/2011
10. ASVG § 74 gültig von 01.01.2011 bis 31.12.2011 zuletzt geändert durch BGBl. II Nr. 403/2010
11. ASVG § 74 gültig von 01.01.2011 bis 31.12.2010 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 102/2010
12. ASVG § 74 gültig von 01.09.2010 bis 31.12.2010 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 61/2010
13. ASVG § 74 gültig von 01.01.2010 bis 31.08.2010 zuletzt geändert durch BGBl. II Nr. 450/2009
14. ASVG § 74 gültig von 01.01.2009 bis 31.12.2009 zuletzt geändert durch BGBl. II Nr. 346/2008
15. ASVG § 74 gültig von 01.01.2009 bis 31.12.2008 zuletzt geändert durch BGBl. II Nr. 289/2008
16. ASVG § 74 gültig von 01.01.2008 bis 31.12.2008 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 101/2007
17. ASVG § 74 gültig von 01.01.2008 bis 31.12.2007 zuletzt geändert durch BGBl. II Nr. 359/2007
18. ASVG § 74 gültig von 01.01.2007 bis 31.12.2007 zuletzt geändert durch BGBl. II Nr. 532/2006
19. ASVG § 74 gültig von 01.01.2006 bis 31.12.2006 zuletzt geändert durch BGBl. II Nr. 446/2005
20. ASVG § 74 gültig von 01.01.2005 bis 31.12.2005 zuletzt geändert durch BGBl. II Nr. 531/2004

21. ASVG § 74 gültig von 01.01.2005 bis 31.12.2004 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 142/2004
22. ASVG § 74 gültig von 01.01.2005 bis 31.12.2004 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 105/2004
23. ASVG § 74 gültig von 01.01.2004 bis 31.12.2004 zuletzt geändert durch BGBl. II Nr. 611/2003
24. ASVG § 74 gültig von 01.01.2003 bis 31.12.2003 zuletzt geändert durch BGBl. II Nr. 479/2002
25. ASVG § 74 gültig von 01.01.2002 bis 31.12.2002 zuletzt geändert durch BGBl. II Nr. 475/2001
26. ASVG § 74 gültig von 01.01.2002 bis 31.12.2001 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 67/2001
27. ASVG § 74 gültig von 01.01.2000 bis 31.12.2001 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 139/1997
28. ASVG § 74 gültig von 01.08.1996 bis 31.12.1999 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 411/1996

1. ASVG § 8 heute
2. ASVG § 8 gültig ab 01.04.2026 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 14/2026
3. ASVG § 8 gültig von 20.07.2024 bis 31.03.2026 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 106/2024
4. ASVG § 8 gültig von 01.09.2022 bis 19.07.2024 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 106/2024
5. ASVG § 8 gültig von 01.09.2022 bis 31.12.2019 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 64/2024
6. ASVG § 8 gültig von 01.01.2020 bis 31.08.2022 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 106/2024
7. ASVG § 8 gültig von 01.01.2020 bis 31.12.2019 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 100/2018
8. ASVG § 8 gültig von 01.07.2017 bis 31.12.2019 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 30/2017
9. ASVG § 8 gültig von 01.03.2017 bis 30.06.2017 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 53/2016
10. ASVG § 8 gültig von 01.01.2016 bis 28.02.2017 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 162/2015
11. ASVG § 8 gültig von 01.01.2016 bis 31.12.2015 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 144/2015
12. ASVG § 8 gültig von 01.01.2014 bis 31.12.2015 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 40/2014
13. ASVG § 8 gültig von 01.01.2014 bis 31.12.2013 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 3/2013
14. ASVG § 8 gültig von 01.01.2014 bis 31.12.2013 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 138/2013
15. ASVG § 8 gültig von 01.01.2014 bis 31.12.2013 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 137/2013
16. ASVG § 8 gültig von 01.01.2013 bis 31.12.2013 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 35/2012
17. ASVG § 8 gültig von 01.01.2011 bis 31.12.2012 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 111/2010
18. ASVG § 8 gültig von 01.01.2011 bis 31.12.2010 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 102/2010
19. ASVG § 8 gültig von 01.09.2010 bis 31.12.2010 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 62/2010
20. ASVG § 8 gültig von 01.09.2010 bis 31.12.2004 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 61/2010
21. ASVG § 8 gültig von 01.08.2009 bis 31.08.2010 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 62/2010
22. ASVG § 8 gültig von 01.08.2009 bis 31.07.2009 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 83/2009
23. ASVG § 8 gültig von 01.08.2009 bis 31.12.2004 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 84/2009
24. ASVG § 8 gültig von 01.10.2008 bis 31.07.2009 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 62/2010
25. ASVG § 8 gültig von 01.10.2008 bis 31.12.2004 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 83/2009
26. ASVG § 8 gültig von 01.01.2008 bis 30.09.2008 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 62/2010
27. ASVG § 8 gültig von 01.01.2008 bis 31.12.2004 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 83/2009
28. ASVG § 8 gültig von 01.01.2008 bis 31.12.2004 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 101/2007
29. ASVG § 8 gültig von 01.07.2007 bis 31.12.2007 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 62/2010
30. ASVG § 8 gültig von 01.07.2007 bis 31.12.2004 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 31/2007
31. ASVG § 8 gültig von 01.07.2007 bis 31.12.2004 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 83/2009
32. ASVG § 8 gültig von 01.01.2007 bis 30.06.2007 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 62/2010
33. ASVG § 8 gültig von 01.01.2007 bis 31.12.2004 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 83/2009
34. ASVG § 8 gültig von 01.01.2007 bis 31.12.2004 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 131/2006
35. ASVG § 8 gültig von 01.07.2006 bis 31.12.2006 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 62/2010
36. ASVG § 8 gültig von 01.07.2006 bis 31.12.2004 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 83/2009
37. ASVG § 8 gültig von 01.07.2006 bis 31.12.2004 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 131/2006
38. ASVG § 8 gültig von 01.01.2006 bis 30.06.2006 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 62/2010
39. ASVG § 8 gültig von 01.01.2006 bis 31.12.2005 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 132/2005
40. ASVG § 8 gültig von 01.01.2006 bis 31.12.2004 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 131/2006
41. ASVG § 8 gültig von 01.01.2006 bis 31.12.2004 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 83/2009
42. ASVG § 8 gültig von 01.01.2005 bis 31.12.2005 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 62/2010
43. ASVG § 8 gültig von 01.01.2005 bis 31.12.2004 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 83/2009

44. ASVG § 8 gültig von 01.01.2005 bis 31.12.2004 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 71/2005
45. ASVG § 8 gültig von 01.01.2005 bis 31.12.2004 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 142/2004
46. ASVG § 8 gültig von 01.01.2004 bis 31.12.2004 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 145/2003
47. ASVG § 8 gültig von 01.01.2004 bis 31.12.2003 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 71/2003
48. ASVG § 8 gültig von 01.01.2004 bis 20.08.2003 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 140/2002
49. ASVG § 8 gültig von 07.08.2002 bis 31.12.2003 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 114/2002
50. ASVG § 8 gültig von 01.01.2002 bis 06.08.2002 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 103/2001
51. ASVG § 8 gültig von 01.10.2001 bis 31.12.2001 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 99/2001
52. ASVG § 8 gültig von 01.08.2001 bis 30.09.2001 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 99/2001
53. ASVG § 8 gültig von 01.01.2000 bis 31.07.2001 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 173/1999
54. ASVG § 8 gültig von 01.01.2000 bis 31.12.1999 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 10/1999
55. ASVG § 8 gültig von 01.01.2000 bis 31.12.1999 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 138/1998
56. ASVG § 8 gültig von 01.01.2000 bis 31.12.1999 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 139/1997
57. ASVG § 8 gültig von 01.01.2000 bis 31.12.1999 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 30/1998
58. ASVG § 8 gültig von 01.08.1999 bis 31.12.1999 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 173/1999
59. ASVG § 8 gültig von 01.08.1999 bis 31.07.1999 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 10/1999
60. ASVG § 8 gültig von 01.08.1999 bis 31.07.1999 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 138/1998
61. ASVG § 8 gültig von 01.08.1999 bis 31.07.1999 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 139/1997
62. ASVG § 8 gültig von 01.08.1999 bis 31.12.1997 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 30/1998
63. ASVG § 8 gültig von 01.01.1999 bis 31.07.1999 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 10/1999
64. ASVG § 8 gültig von 01.08.1998 bis 31.12.1998 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 138/1998
65. ASVG § 8 gültig von 01.01.1998 bis 31.07.1998 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 138/1998
66. ASVG § 8 gültig von 01.01.1998 bis 31.12.1997 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 139/1997
67. ASVG § 8 gültig von 01.01.1998 bis 31.12.1997 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 30/1998
68. ASVG § 8 gültig von 01.08.1996 bis 31.12.1997 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 139/1997

1. B-VG Art. 133 heute
2. B-VG Art. 133 gültig von 01.01.2019 bis 24.05.2018 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 138/2017
3. B-VG Art. 133 gültig ab 01.01.2019 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 22/2018
4. B-VG Art. 133 gültig von 25.05.2018 bis 31.12.2018 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 22/2018
5. B-VG Art. 133 gültig von 01.08.2014 bis 24.05.2018 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 164/2013
6. B-VG Art. 133 gültig von 01.01.2014 bis 31.07.2014 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 51/2012
7. B-VG Art. 133 gültig von 01.01.2004 bis 31.12.2013 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 100/2003
8. B-VG Art. 133 gültig von 01.01.1975 bis 31.12.2003 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 444/1974
9. B-VG Art. 133 gültig von 25.12.1946 bis 31.12.1974 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 211/1946
10. B-VG Art. 133 gültig von 19.12.1945 bis 24.12.1946 zuletzt geändert durch StGBI. Nr. 4/1945
11. B-VG Art. 133 gültig von 03.01.1930 bis 30.06.1934

Spruch

G302 2005202-1/7E

IM NAMEN DER REPUBLIK!

Das Bundesverwaltungsgericht hat durch den Richter Mag. Manfred ENZI als Einzelrichter über die Beschwerde der XXXX, vertreten durch XXXX, gegen den Bescheid der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) vom 31.07.2012, AZ XXXX, zu Recht erkannt: Das Bundesverwaltungsgericht hat durch den Richter Mag. Manfred ENZI als Einzelrichter über die Beschwerde der römisch 40, vertreten durch römisch 40, gegen den Bescheid der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) vom 31.07.2012, AZ römisch 40, zu Recht erkannt:

A)

Die Beschwerde wird gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c iVm § 74 Abs. 3 Z 2 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG) als unbegründet abgewiesen. Die Beschwerde wird gemäß Paragraph 8, Absatz eins, Ziffer 3, Litera c, in Verbindung mit Paragraph 74, Absatz 3, Ziffer 2, Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG) als unbegründet abgewiesen.

B)

Die Revision ist gemäß Art 133 Abs. 4 B-VG nicht zulässig. Die Revision ist gemäß Artikel 133, Absatz 4, B-VG nicht zulässig.

Text

ENTSCHEIDUNGSGRÜNDE:

I. Verfahrensgang:römisch eins. Verfahrensgang:

1. Mit Bescheid der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt, AUVA (im Folgenden: belangte Behörde) vom 31.07.2012, XXXX, wurde gem. § 410 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG), BGBl Nr. 189/1955, festgestellt, dass die in der XXXX(im Folgenden: XXXX) untergebrachten Personen unabhängig vom Verrechnungsmodus, betreffend die Finanzierung dieser Unterbringung, der Teilversicherung in der Unfallversicherung gem. § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c ASVG unterliegen. Der XXXX (im Folgenden: BF) als Rechtsträgerin der XXXX werden gem. § 74 Abs. 3 Z 2 ASVG für in dieser Einrichtung untergebrachten (und zwar unabhängig vom Verrechnungsmodus betreffend die Finanzierung dieser Unterbringung) gem. § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c ASVG in der Unfallversicherung teilversicherten Personen die Unfallversicherungsbeiträge für XXXX Verpflegstage im Jahr 2010 in noch offenem Betrag von € 2.878,14 und für XXXX Verpflegstage im Jahr 2011 im Betrag von € 5.242,92 vorgeschrieben und sei daher der Betrag von € 8.121,06 binnen 14 Tagen nach Zustellung dieses Bescheides an die belangte Behörde zu überweisen.1. Mit Bescheid der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt, AUVA (im Folgenden: belangte Behörde) vom 31.07.2012, römisch 40 , wurde gem. Paragraph 410, des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG), Bundesgesetzblatt Nr. 189 aus 1955,, festgestellt, dass die in der XXXX(im Folgenden: römisch 40) untergebrachten Personen unabhängig vom Verrechnungsmodus, betreffend die Finanzierung dieser Unterbringung, der Teilversicherung in der Unfallversicherung gem. Paragraph 8, Absatz eins, Ziffer 3, Litera c, ASVG unterliegen. Der römisch 40 (im Folgenden: BF) als Rechtsträgerin der römisch 40 werden gem. Paragraph 74, Absatz 3, Ziffer 2, ASVG für in dieser Einrichtung untergebrachten (und zwar unabhängig vom Verrechnungsmodus betreffend die Finanzierung dieser Unterbringung) gem. Paragraph 8, Absatz eins, Ziffer 3, Litera c, ASVG in der Unfallversicherung teilversicherten Personen die Unfallversicherungsbeiträge für römisch 40 Verpflegstage im Jahr 2010 in noch offenem Betrag von € 2.878,14 und für römisch 40 Verpflegstage im Jahr 2011 im Betrag von € 5.242,92 vorgeschrieben und sei daher der Betrag von € 8.121,06 binnen 14 Tagen nach Zustellung dieses Bescheides an die belangte Behörde zu überweisen.

Begründend führt die belangte Behörde aus, dass gem. § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c ASVG Personen, die in einer Einrichtung untergebracht seien, die der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge dienen würde, in der Unfallversicherung teilversichert seien. Bei dieser Versicherung handle es sich um eine Pflichtversicherung. Die Beiträge zur Teilversicherung in der Unfallversicherung seien unter Beachtung von § 74 Abs. 3 Z 2 ASVG zur Gänze vom Träger der Einrichtung, in der die Unterbringung erfolge, zu tragen. Die sachliche Zuständigkeit der belangten Behörde zur Durchführung der Unfallversicherung ergebe sich gem. § 28 Abs. 1 ASVG. Grundlage für die Vorschreibung der Unfallversicherungsbeiträge sei die Tatsache, dass die XXXX ein Kompetenzzentrum für XXXX Rehabilitation sei und die inhaltliche Tätigkeit ihrer XXXX Abteilungen, nämlich sowohl der Abteilung für XXXX Rehabilitation, als auch der Abteilung für Therapien, der medizinischen Rehabilitation bzw. der Gesundheitsvorsorge diene. Die XXXX behaupte, für einen Teil der Patienten weder eine Meldung erstatten noch einen Unfallversicherungsbeitrag leisten zu müssen, da für diesen keine Maßnahmen der Rehabilitation oder der Gesundheitsvorsorge erbracht werden würde. Das begründe sie damit, dass für den einen Teil nur Krankenbehandlungen erbracht werden würden, weil deren Aufenthalt im Rahmen des LKF-Systems finanziert werde. Nur für den Teil der Patienten, deren Aufenthalt nicht im Rahmen des LKF-Systems, sondern durch direkte Abrechnung mit den Sozialversicherungsträgern finanziert werde, würden nach Meinung der XXXX Leistungen der Rehabilitation erbracht werden. Inhaltlich würden aber bei allen Patienten die gleichen (Rehabilitations-) Behandlungen in dem Sinn durchgeführt werden, als bei der Behandlung des einen Teils keine grundsätzlich anderen Behandlungen durchgeführt werden würden als beim anderen Teil. Der Zeitpunkt, an dem bei einem Patienten die Tagsatzverrechnung beginne, sei vom Zufall bestimmt. Er trete dann ein, wenn das Kontingent, das über das System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung abgerechnet werden dürfe, überschritten sei. Auf die Art der Behandlung werde hier nicht Bedacht genommen. Hier gehe es daher nur um Verrechnungsmodalitäten, nicht aber um die Trennung der Rehabilitation von anderen Behandlungen. Beim Versicherungstatbestand des § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c ASVG handle es sich um einen Pflichtversicherungstatbestand. Das heiße, die Versicherung sei nicht von internen Verrechnungsvorschriften des Unternehmens abhängig, sondern davon,

was tatsächlich Inhalt der Behandlung der Patienten sei. Jeder Betreiber einer Einrichtung, in der Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge stattfinde, sei ohne Aufforderung durch die belangte Behörde verpflichtet, die Personen zu melden, die in der Einrichtung untergebracht seien. Gemäß der Entscheidung des VwGH vom 10.06.1987, GZ 87/08/0010, setze die Versicherungspflicht nicht voraus, dass die Krankenanstalt, in der der Versicherte untergebracht sei, überwiegend der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge diene. Es genüge, wenn in der Krankenanstalt auch Einrichtungen bestehen würden, die der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge dienen würden, und dort Patienten zu diesen Zwecken untergebracht werden würden. Dies auch dann, wenn die Einrichtung bloß bestimmte Rehabilitationsmaßnahmen ermögliche und an den Patienten im Zuge der Unterbringung zum Zweck der medizinischen Rehabilitation von Gesundheitsvorsorge auch Akutbehandlungen vorgenommen werden würden. Die XXXX trete nach außen (siehe z.B. Internetauftritt) immer als Rehabilitationszentrum auf. Wenn der VwGH in seinem oben zitierten Erkenntnis schon bezüglich einer Krankenanstalt, in der auch Einrichtungen bestehen würden, die der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge dienen würden, und in der Patienten zu diesen Zwecken untergebracht werden würden, zum Ergebnis komme, dass ein Versicherungsschutz gem. § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c ASVG gegeben sei, müsse das umso mehr für eine Rehabilitationsklinik gelten. Gem. § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c letzter Fall ASVG seien Personen, die in einer Einrichtung untergebracht wären, die der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge dienen würden, in der Unfallversicherung teilversichert. Der Träger der Einrichtung, in der die Unterbringung erfolge, gelte bei diesen Teilversicherten nach § 35 Abs. 2 ASVG als Dienstgeber und hätte gem. §§ 33 iVm § 35 Abs. 2 iVm § 37 ASVG die Meldung bei der belangten Behörde zu erstatten und nach § 74 Abs. 3 Z 2 letzter Fall ASVG auch die Unfallversicherungsbeiträge zu tragen. Da der Rechtsträger der XXXX unrichtige Angaben über die bei ihm untergebrachten Patienten gemacht hätte, die er bei gehöriger Sorgfalt als unrichtig hätte erkennen müssen, seien gem. § 68 Abs. 1 ASVG die Beiträge für die letzten fünf Jahre zu entrichten. Die Unfallversicherungsbeiträge würden sich wie folgt berechnen: Laut Angaben der XXXX vom 31.01.2011 hätte es im Jahr 2010 XXXX Verpflegstage nach dem LKF-System, XXXX Verpflegstage nach dem Tagsatzverrechnungssystem gegeben. Seitens der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau wären zusätzlich XXXX Verpflegstage in der XXXX gemeldet worden. Das ergebe in Summe XXXX Verpflegstage, was zu einem Gesamtunfallversicherungsbeitrag idH von € 5.191,56 führen würde. Davon wären in einer Art Akontozahlung bereits € 2.313,42 beglichen worden, womit ein Rest von € 2.878,14 noch zu bezahlen sei. Für das Jahr 2011 wären seitens der XXXX am 24.01.2012 insgesamt XXXX Verpflegstage, seitens der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau zusätzlich XXXX Verpflegstage in der XXXX gemeldet worden. Daraus ergebe sich der im Spruch angegebene Gesamtunfallversicherungsbeitrag für das Jahr 2011. Die Fälligkeit der Beiträge sei gem. § 58 Abs. 6 ASVG in der Satzung des Unfallversicherungsträgers zu regeln. Nach der Satzung der belangten Behörde werden die Beiträge zur Unfallversicherung der angeführten Personen spätestens mit dem Ablauf jedes Kalenderjahres fällig und wären binnen einem Monat nach Fälligkeit zu bezahlen. Eine Verjährung der Beiträge sei unter Beachtung von § 68 Abs. 1 ASVG auf Grund der nicht erfolgten Meldung der Beitragsgrundlage durch den Träger der Einrichtung nicht eingetreten. Begründend führt die belangte Behörde aus, dass gem. Paragraph 8, Absatz eins, Ziffer 3, Litera c, ASVG Personen, die in einer Einrichtung untergebracht seien, die der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge dienen würde, in der Unfallversicherung teilversichert seien. Bei dieser Versicherung handle es sich um eine Pflichtversicherung. Die Beiträge zur Teilversicherung in der Unfallversicherung seien unter Beachtung von Paragraph 74, Absatz 3, Ziffer 2, ASVG zur Gänze vom Träger der Einrichtung, in der die Unterbringung erfolge, zu tragen. Die sachliche Zuständigkeit der belangten Behörde zur Durchführung der Unfallversicherung ergebe sich gem. Paragraph 28, Absatz eins, ASVG. Grundlage für die Vorschreibung der Unfallversicherungsbeiträge sei die Tatsache, dass die römisch 40 ein Kompetenzzentrum für römisch 40 Rehabilitation sei und die inhaltliche Tätigkeit ihrer römisch 40 Abteilungen, nämlich sowohl der Abteilung für römisch 40 Rehabilitation, als auch der Abteilung für Therapien, der medizinischen Rehabilitation bzw. der Gesundheitsvorsorge diene. Die römisch 40 behaupte, für einen Teil der Patienten weder eine Meldung erstatten noch einen Unfallversicherungsbeitrag leisten zu müssen, da für diesen keine Maßnahmen der Rehabilitation oder der Gesundheitsvorsorge erbracht werden würde. Das begründe sie damit, dass für den einen Teil nur Krankenbehandlungen erbracht werden würden, weil deren Aufenthalt im Rahmen des LKF-Systems finanziert werde. Nur für den Teil der Patienten, deren Aufenthalt nicht im Rahmen des LKF-Systems, sondern durch direkte Abrechnung mit den Sozialversicherungsträgern finanziert werde, würden nach Meinung der römisch 40 Leistungen der Rehabilitation erbracht werden. Inhaltlich würden aber bei allen Patienten die gleichen (Rehabilitations-) Behandlungen in dem Sinn durchgeführt werden, als bei der Behandlung des einen Teils keine grundsätzlich anderen

Behandlungen durchgeführt werden würden als beim anderen Teil. Der Zeitpunkt, an dem bei einem Patienten die Tagsatzverrechnung beginne, sei vom Zufall bestimmt. Er trete dann ein, wenn das Kontingent, das über das System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung abgerechnet werden dürfe, überschritten sei. Auf die Art der Behandlung werde hier nicht Bedacht genommen. Hier gehe es daher nur um Verrechnungsmodalitäten, nicht aber um die Trennung der Rehabilitation von anderen Behandlungen. Beim Versicherungstatbestand des Paragraph 8, Absatz eins, Ziffer 3, Litera c, ASVG handle es sich um einen Pflichtversicherungstatbestand. Das heiße, die Versicherung sei nicht von internen Verrechnungsvorschriften des Unternehmens abhängig, sondern davon, was tatsächlich Inhalt der Behandlung der Patienten sei. Jeder Betreiber einer Einrichtung, in der Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge stattfinde, sei ohne Aufforderung durch die belangte Behörde verpflichtet, die Personen zu melden, die in der Einrichtung untergebracht seien. Gemäß der Entscheidung des VwGH vom 10.06.1987, GZ 87/08/0010, setze die Versicherungspflicht nicht voraus, dass die Krankenanstalt, in der der Versicherte untergebracht sei, überwiegend der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge diene. Es genüge, wenn in der Krankenanstalt auch Einrichtungen bestehen würden, die der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge dienen würden, und dort Patienten zu diesen Zwecken untergebracht werden würden. Dies auch dann, wenn die Einrichtung bloß bestimmte Rehabilitationsmaßnahmen ermögliche und an den Patienten im Zuge der Unterbringung zum Zweck der medizinischen Rehabilitation von Gesundheitsvorsorge auch Akutbehandlungen vorgenommen werden würden. Die römisch 40 trete nach außen (siehe z.B. Internetauftritt) immer als Rehabilitationszentrum auf. Wenn der VwGH in seinem oben zitierten Erkenntnis schon bezüglich einer Krankenanstalt, in der auch Einrichtungen bestehen würden, die der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge dienen würden, und in der Patienten zu diesen Zwecken untergebracht werden würden, zum Ergebnis komme, dass ein Versicherungsschutz gem. Paragraph 8, Absatz eins, Ziffer 3, Litera c, ASVG gegeben sei, müsse das umso mehr für eine Rehabilitationsklinik gelten. Gem. Paragraph 8, Absatz eins, Ziffer 3, Litera c, letzter Fall ASVG seien Personen, die in einer Einrichtung untergebracht wären, die der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge dienen würden, in der Unfallversicherung teilversichert. Der Träger der Einrichtung, in der die Unterbringung erfolge, gelte bei diesen Teilversicherten nach Paragraph 35, Absatz 2, ASVG als Dienstgeber und hätte gem. Paragraphen 33, in Verbindung mit Paragraph 35, Absatz 2, in Verbindung mit Paragraph 37, ASVG die Meldung bei der belangten Behörde zu erstatten und nach Paragraph 74, Absatz 3, Ziffer 2, letzter Fall ASVG auch die Unfallversicherungsbeiträge zu tragen. Da der Rechtsträger der römisch 40 unrichtige Angaben über die bei ihm untergebrachten Patienten gemacht hätte, die er bei gehöriger Sorgfalt als unrichtig hätte erkennen müssen, seien gem. Paragraph 68, Absatz eins, ASVG die Beiträge für die letzten fünf Jahre zu entrichten. Die Unfallversicherungsbeiträge würden sich wie folgt berechnen: Laut Angaben der römisch 40 vom 31.01.2011 hätte es im Jahr 2010 römisch 40 Verpflegstage nach dem LKF-System, römisch 40 Verpflegstage nach dem Tagsatzverrechnungssystem gegeben. Seitens der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau wären zusätzlich römisch 40 Verpflegstage in der römisch 40 gemeldet worden. Das ergebe in Summe XXXXVerpflegstage, was zu einem Gesamtunfallversicherungsbeitrag idH von € 5.191,56 führen würde. Davon wären in einer Art Akontozahlung bereits € 2.313,42 beglichen worden, womit ein Rest von € 2.878,14 noch zu bezahlen sei. Für das Jahr 2011 wären seitens der römisch 40 am 24.01.2012 insgesamt römisch 40 Verpflegstage, seitens der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau zusätzlich römisch 40 Verpflegstage in der römisch 40 gemeldet worden. Daraus ergebe sich der im Spruch angegebene Gesamtunfallversicherungsbeitrag für das Jahr 2011. Die Fälligkeit der Beiträge sei gem. Paragraph 58, Absatz 6, ASVG in der Satzung des Unfallversicherungsträgers zu regeln. Nach der Satzung der belangten Behörde werden die Beiträge zur Unfallversicherung der angeführten Personen spätestens mit dem Ablauf jedes Kalenderjahres fällig und wären binnen einem Monat nach Fälligkeit zu bezahlen. Eine Verjährung der Beiträge sei unter Beachtung von Paragraph 68, Absatz eins, ASVG auf Grund der nicht erfolgten Meldung der Beitragsgrundlage durch den Träger der Einrichtung nicht eingetreten.

2. Gegen diesen Bescheid erhob die BF durch ihren rechtsfreundlichen Vertreter einen mit 10.09.2012 datierten Einspruch (nunmehr Beschwerde). Der Einspruch wurde unter anderem damit begründet, dass sich die Erstbehörde in der Bescheidbegründung bei ihrer Rechtsauslegung im Wesentlichen auf ein Urteil des VwGH vom 10.06.1987 zur GZ 87-080010 stütze und vermeine, dass jede Klinik, in welcher Maßnahmen der Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge erbracht werden würden, unabhängig von der tatsächlichen Behandlung für sämtliche Patienten versicherungspflichtig im Sinne des § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c ASVG sei. Entgegen der Rechtsmeinung der Behörde komme in dieser Entscheidung gerade nicht zum Ausdruck, dass ein die Versicherungspflicht auslösender Moment die Zweckbestimmung der Anstalt sei, sondern diese Versicherungspflicht durch die Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation oder

Gesundheitsversorgung begründet werde. So spreche das Gericht in seiner Entscheidung auf Seite 3 aus: "Die Begründung der Versicherungspflicht nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c ASVG setzt entgegen der belangten Behörde nicht voraus, dass die Krankenanstalt, in der die Unterbringung des Versicherten erfolgt, überwiegend der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge dient. Das die Versicherung auslösende Versicherungsbedürfnis ergibt sich nämlich nicht aus der Zweckbestimmung der Anstalt allein, in der der Versicherte untergebracht ist; vielmehr wird es durch die Maßnahme der medizinischen Rehabilitation oder der Gesundheitsvorsorge begründet, denen der Versicherte in der Anstalt in der er untergebracht ist unterzogen wird. Ob die Anstalt überwiegend diesen oder jenen Zweck dient, ist für das die Einbeziehung der in der Anstalt untergebrachten Personen in die Unfallversicherung begründende Versicherungsbedürfnis ohne Belang." Der VwGH stelle in seiner Rechtsansicht und der Beurteilung der Versicherungspflicht entgegen den Ausführungen der Erstbehörde ausdrücklich auf den Zweck der Unterbringung des einzelnen Patienten und die mit ihm durchgeführten Maßnahmen, ab. Demgemäß sei für die Beurteilung der Versicherungspflicht eine auf den Einzelfall jedes Patienten abzustellende Betrachtung durchzuführen, wobei festzustellen sei, ob tatsächlich eine Rehabilitations- oder Gesundheitsvorsorgemaßnahme im Sinne des § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c letzter Fall ASVG durchgeführt werde. Die oben angeführte Entscheidung halte schlicht fest, dass bei Krankenanstalten, welche nicht über eine für Rehabilitations- oder Gesundheitsvorsorgemaßnahme taugliche Einrichtung verfügen würden, ein Bestehen des Unfallversicherungsbedürfnisses von vorne herein ausgeschlossen werden könne. Im Umkehrschluss bedeute dies jedoch nicht, dass jede Krankenanstalt, die über derartige Einrichtungen für Rehabilitations- und/oder Gesundheitsvorsorgemaßnahmen verfüge, unabhängig von den vorgenommenen medizinischen Maßnahmen für jeden einzelnen Patienten eine Versicherung im Sinne von § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c ASVG zu bezahlen hätte, wie dies die Erstbehörde behauptete. Es müsse vielmehr für die Beurteilung des Bestehens einer Versicherungspflicht auf den medizinischen Zweck der Maßnahme abgestellt werden. Jede andere Auslegung würde dem verfassungsrechtlichen Gleichheitssatz zuwiderlaufen, der auch die Ungleichbehandlung bei Vorliegen gleicher Voraussetzungen sanktioniere. Der belangten Behörde sei es daher nicht erlaubt, pauschal und ohne Prüfung der tatsächlichen Voraussetzungen eine Vorschreibung von Versicherungsbeiträgen gegenüber der BF durchzuführen. Sie wäre vielmehr dazu angehalten gewesen zu überprüfen, ob im Einzelfall eine Krankenbehandlung oder Rehabilitation vorliege und ob die Patienten einer Akut- oder Rehabilitationsbehandlung und somit entweder einer Versicherungsbeitragspflicht unterliegen würden oder nicht. Dies vielmehr vor dem Hintergrund, da die BF im gesamten Vorverfahren die rechtliche Relevanz dieser notwendigen Unterscheidung behauptet hätte. Für die Beurteilung des Vorliegens einer Qualifikation von Behandlungsmaßnahmen als Krankenbehandlung oder Rehabilitation und/oder Gesundheitsvorsorge sei nicht nur von der Qualität der Maßnahme alleine, sondern auch von ihrer Zweckbestimmung auszugehen. Hierzu sei auf die Begriffsbestimmung der §§ 154a Abs. 1 und § 302 Abs. 1 ASVG zu verweisen. Die XXXX führe verschiedene medizinische Behandlungsarten durch und könne der Erstbehörde nicht gefolgt werden, wenn diese verneine, dass sämtliche Arten der Behandlung automatisch in die Versicherungspflicht münden würden. So könne unbestritten festgehalten werden, dass für Aufnahmen zum Zweck der Krankenbehandlung im Allgemeinen von vornherein ein nicht die Versicherungspflicht auslösender Behandlungscharakter zu unterstellen sei. Basierend auf dieser Rechtsansicht hätte die BF auch die Verrechnungen durchgeführt, weshalb es für die Erstbehörde leicht erkennbar gewesen wäre, welche Patienten einer Krankenbehandlung und welche einer Rehabilitationsbehandlung zugeführt worden seien. Diese Verrechnungsarten seien, entgegen den Darstellungen der Erstbehörde nicht bloß interne Verrechnungsvorgaben, sondern würden auf den tatsächlichen durchgeführten medizinischen Maßnahmen der einzelnen Patienten gründen und zwischen bloßen Kranken und "Rehabmaßnahmen" unterscheiden. Diese Verrechnungsmodalitäten seien somit nicht Ursache, sondern wie die Beitragspflicht Folge des Unterbringungszweckes des Patienten. Weiters werde angemerkt, dass die Berechnung der Erstbehörde für den in dem Bescheid vorgeschriebenen Betrag nicht nachvollziehbar und unschlüssig sei. Da die Erstbehörde wie oben beschrieben vor Bescheiderlassung eine Einzelüberprüfung der durchgeführten medizinischen Maßnahmen an den Patienten unterlassen habe, sei ein wesentlicher Verfahrensmangel entstanden. Im konkreten hätte die belangte Behörde bei jedem einzelnen Patienten die Voraussetzung der Versicherungspflicht zu prüfen gehabt, wobei aufgrund des Umfangs der Prüfung am Ende eine mündliche Verhandlung durchzuführen gewesen wäre.² Gegen diesen Bescheid erhob die BF durch ihren rechtsfreundlichen Vertreter einen mit 10.09.2012 datierten Einspruch (nunmehr Beschwerde). Der Einspruch wurde unter anderem damit begründet, dass sich die Erstbehörde in der Bescheidebegründung bei ihrer Rechtsauslegung im Wesentlichen auf ein Urteil des VwGH vom 10.06.1987 zur GZ 87-080010 stütze und verneine, dass jede Klinik, in welcher Maßnahmen der Rehabilitation oder

Gesundheitsvorsorge erbracht werden würden, unabhängig von der tatsächlichen Behandlung für sämtliche Patienten versicherungspflichtig im Sinne des Paragraph 8, Absatz eins, Ziffer 3, Litera c, ASVG sei. Entgegen der Rechtsmeinung der Behörde komme in dieser Entscheidung gerade nicht zum Ausdruck, dass ein die Versicherungspflicht auslösender Moment die Zweckbestimmung der Anstalt sei, sondern diese Versicherungspflicht durch die Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsversorgung begründet werde. So spreche das Gericht in seiner Entscheidung auf Seite 3 aus: "Die Begründung der Versicherungspflicht nach Paragraph 8, Absatz eins, Ziffer 3, Litera c, ASVG setzt entgegen der belangten Behörde nicht voraus, dass die Krankenanstalt, in der die Unterbringung des Versicherten erfolgt, überwiegend der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge diene. Dass die Versicherung auslösende Versicherungsbedürfnis ergibt sich nämlich nicht aus der Zweckbestimmung der Anstalt allein, in der der Versicherte untergebracht ist; vielmehr wird es durch die Maßnahme der medizinischen Rehabilitation oder der Gesundheitsvorsorge begründet, denen der Versicherte in der Anstalt in der er untergebracht ist unterzogen wird. Ob die Anstalt überwiegend diesen oder jenen Zweck diene, ist für das die Einbeziehung der in der Anstalt untergebrachten Personen in die Unfallversicherung begründende Versicherungsbedürfnis ohne Belang." Der VwGH stelle in seiner Rechtsansicht und der Beurteilung der Versicherungspflicht entgegen den Ausführungen der Erstbehörde ausdrücklich auf den Zweck der Unterbringung des einzelnen Patienten und die mit ihm durchgeführten Maßnahmen, ab. Demgemäß sei für die Beurteilung der Versicherungspflicht eine auf den Einzelfall jedes Patienten abzustellende Betrachtung durchzuführen, wobei festzustellen sei, ob tatsächlich eine Rehabilitations- oder Gesundheitsvorsorgemaßnahme im Sinne des Paragraph 8, Absatz eins, Ziffer 3, Litera c, letzter Fall ASVG durchgeführt werde. Die oben angeführte Entscheidung halte schlicht fest, dass bei Krankenanstalten, welche nicht über eine für Rehabilitations- oder Gesundheitsvorsorgemaßnahme taugliche Einrichtung verfügen würden, ein Bestehen des Unfallversicherungsbedürfnisses von vorne herein ausgeschlossen werden könne. Im Umkehrschluss bedeute dies jedoch nicht, dass jede Krankenanstalt, die über derartige Einrichtungen für Rehabilitations- und/oder Gesundheitsvorsorgemaßnahmen verfüge, unabhängig von den vorgenommenen medizinischen Maßnahmen für jeden einzelnen Patienten eine Versicherung im Sinne von Paragraph 8, Absatz eins, Ziffer 3, Litera c, ASVG zu bezahlen hätte, wie dies die Erstbehörde behaupte. Es müsse vielmehr für die Beurteilung des Bestehens einer Versicherungspflicht auf den medizinischen Zweck der Maßnahme abgestellt werden. Jede andere Auslegung würde dem verfassungsrechtlichen Gleichheitssatz zuwiderlaufen, der auch die Ungleichbehandlung bei Vorliegen gleicher Voraussetzungen sanktioniere. Der belangten Behörde sei es daher nicht erlaubt, pauschal und ohne Prüfung der tatsächlichen Voraussetzungen eine Vorschreibung von Versicherungsbeiträgen gegenüber der BF durchzuführen. Sie wäre vielmehr dazu angehalten gewesen zu überprüfen, ob im Einzelfall eine Krankenbehandlung oder Rehabilitation vorliege und ob die Patienten einer Akut- oder Rehabilitationsbehandlung und somit entweder einer Versicherungsbeitragspflicht unterliegen würden oder nicht. Dies vielmehr vor dem Hintergrund, da die BF im gesamten Vorverfahren die rechtliche Relevanz dieser notwendigen Unterscheidung behauptet hätte. Für die Beurteilung des Vorliegens einer Qualifikation von Behandlungsmaßnahmen als Krankenbehandlung oder Rehabilitation und/oder Gesundheitsvorsorge sei nicht nur von der Qualität der Maßnahme alleine, sondern auch von ihrer Zweckbestimmung auszugehen. Hierzu sei auf die Begriffsbestimmung der Paragraphen 154 a, Absatz eins und Paragraph 302, Absatz eins, ASVG zu verweisen. Die römisch 40 führe verschiedene medizinische Behandlungsarten durch und könne der Erstbehörde nicht gefolgt werden, wenn diese verneine, dass sämtliche Arten der Behandlung automatisch in die Versicherungspflicht münden würden. So könne unbestritten festgehalten werden, dass für Aufnahmen zum Zweck der Krankenbehandlung im Allgemeinen von vornherein ein nicht die Versicherungspflicht auslösender Behandlungscharakter zu unterstellen sei. Basierend auf dieser Rechtsansicht hätte die BF auch die Verrechnungen durchgeführt, weshalb es für die Erstbehörde leicht erkennbar gewesen wäre, welche Patienten einer Krankenbehandlung und welche einer Rehabilitationsbehandlung zugeführt worden seien. Diese Verrechnungsarten seien, entgegen den Darstellungen der Erstbehörde nicht bloß interne Verrechnungsvorgaben, sondern würden auf den tatsächlichen durchgeführten medizinischen Maßnahmen der einzelnen Patienten gründen und zwischen bloßen Kranken und "Rehabmaßnahmen" unterscheiden. Diese Verrechnungsmodalitäten seien somit nicht Ursache, sondern wie die Beitragspflicht Folge des Unterbringungszweckes des Patienten. Weiters werde angemerkt, dass die Berechnung der Erstbehörde für den in dem Bescheid vorgeschriebenen Betrag nicht nachvollziehbar und unschlüssig sei. Da die Erstbehörde wie oben beschrieben vor Bescheiderlassung eine Einzelüberprüfung der durchgeführten medizinischen Maßnahmen an den Patienten unterlassen habe, sei ein wesentlicher Verfahrensmangel entstanden. Im

konkreten hätte die belangte Behörde bei jedem einzelnen Patienten die Voraussetzung der Versicherungspflicht zu prüfen gehabt, wobei aufgrund des Umfanges der Prüfung am Ende eine mündliche Verhandlung durchzuführen gewesen wäre.

3. Die belangte Behörde legte am 08.11.2012 dem Landeshauptmann von Kärnten den Verwaltungsakt unter Anschluss einer mit 24.10.2012 datierten Stellungnahme vor. In der Stellungnahme führt die belangte Behörde nach der Wiederholung des Sachverhaltes und der Angaben im Einspruch aus, dass die BF eine inhaltliche Rechtswidrigkeit des gegenständlichen Bescheides vorbringe und dazu ausführe, dass im Urteil des VwGH vom 16.06.1987 zur Gerichtszahl 87/08/0010 nicht zum Ausdruck komme, dass ein die Versicherungspflicht auslösender Moment die Zweckbestimmung der Anstalt sei, sondern diese Versicherungspflicht durch die Maßnahme der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsversorgung begründet werde und der VwGH auf den Zweck der Unterbringung des einzelnen Patienten und die mit ihm durchgeführten Maßnahmen abstelle. Vielmehr müsse für die Beurteilung des Bestehens einer Versicherungspflicht auf den medizinischen Zweck der Maßnahme abgestellt werden. Die XXXX sei ein Kompetenzzentrum für XXXX Rehabilitation und trete nach außen als reines Rehabilitationszentrum in Erscheinung. Die inhaltliche Tätigkeit ihrer XXXX Abteilungen, nämlich sowohl der Abteilung für 3. Die belangte Behörde legte am 08.11.2012 dem Landeshauptmann von Kärnten den Verwaltungsakt unter Anschluss einer mit 24.10.2012 datierten Stellungnahme vor. In der Stellungnahme führt die belangte Behörde nach der Wiederholung des Sachverhaltes und der Angaben im Einspruch aus, dass die BF eine inhaltliche Rechtswidrigkeit des gegenständlichen Bescheides vorbringe und dazu ausführe, dass im Urteil des VwGH vom 16.06.1987 zur Gerichtszahl 87/08/0010 nicht zum Ausdruck komme, dass ein die Versicherungspflicht auslösender Moment die Zweckbestimmung der Anstalt sei, sondern diese Versicherungspflicht durch die Maßnahme der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsversorgung begründet werde und der VwGH auf den Zweck der Unterbringung des einzelnen Patienten und die mit ihm durchgeführten Maßnahmen abstelle. Vielmehr müsse für die Beurteilung des Bestehens einer Versicherungspflicht auf den medizinischen Zweck der Maßnahme abgestellt werden. Die römisch 40 sei ein Kompetenzzentrum für römisch 40 Rehabilitation und trete nach außen als reines Rehabilitationszentrum in Erscheinung. Die inhaltliche Tätigkeit ihrer römisch 40 Abteilungen, nämlich sowohl der Abteilung für

XXXX Rehabilitation, als auch der Abteilung für Therapien (XXXX), diene ausschließlich der medizinischen Rehabilitation bzw. der Gesundheitsvorsorge. Primärer Zweck der Unterbringung eines Patienten in der XXXX könne daher nur eine medizinische Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge sein. Gemäß der zitierten Entscheidung des VwGH vom 10.06.1987, GZ 87/08/0010, setze die Versicherungspflicht nicht voraus, dass die Krankenanstalt, in der der Versicherte untergebracht sei, überwiegend der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge diene. Es genüge, wenn in der Krankenanstalt auch Einrichtungen bestehen würden, die der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge dienen würden, und dort Patienten zu diesen Zwecken untergebracht werden würden. Wesentlich sei hierbei, dass diese Personen im Rahmen der Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge jedenfalls auch den die Versicherungspflicht in der Unfallversicherung begründenden Risiken ausgesetzt seien. Dies gelte auch dann, wenn die Einrichtung bloß bestimmte Rehabilitationsmaßnahmen ermögliche und an den Patienten im Zuge der Unterbringung zum Zweck der medizinischen Rehabilitation von Gesundheitsvorsorge auch Akutbehandlungen vorgenommen werden würden. Da der Schwerpunkt der XXXX in der Rehabilitation liege, seien auch die die Versicherungspflicht in der Unfallversicherung begründenden Risiken gegeben. Die Durchführung einer Akut- oder Erstbehandlung ändere nichts am Vorliegen dieser Risiken und der damit verbundenen Versicherungspflicht. Gemäß der BF sei für die Beurteilung des Vorliegens einer Qualifikation von Behandlungsmaßnahmen als Krankenbehandlung oder Rehabilitation und/oder Gesundheitsvorsorge nicht nur von der Qualität der Maßnahme allein, sondern auch von ihrer Zweckbestimmung auszugehen und sei auf die Begriffsbestimmung der § 154a Abs. 1 und § 302 Abs. 1 ASVG zu verweisen. Diese Meinung widerspreche dem Urteil des VwGH vom 10.06.1987 (GZ 87/08/0010). Das Urteil führe vielmehr - die Ansicht der belangten Behörde stärend - aus: "So gesehen muss die Teilversicherung dieser Personen in der Unfallversicherung nach der genannten Bestimmung, aber auch dann bejaht werden, wenn bei ihnen im Zuge der Unterbringung zum Zwecke der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge auch Akutbehandlungen vorgenommen worden sein sollten. Ob die Unterbringung etwa den Bestimmungen der §§ 155f (insbesondere § 155 Abs. 2 Z 4) oder 300ff (insbesondere § 302 Abs. 1 Z 1 oder § 307a Abs. 2 Z 4) ASVG entsprochen hat, ist für die Teilversicherung in der Unfallversicherung gleichfalls nicht von Belang". Die BF behaupte die Notwendigkeit der Durchführung einer Einzelüberprüfung der durchgeführten medizinischen Maßnahmen an den Patienten durch die belangte Behörde. Der maßgebliche

Sachverhalt sei von der belangten Behörde unvollständig festgestellt worden. Für die Beurteilung der Versicherungspflicht sei eine auf den Einzelfall jedes Patienten abstellende Betrachtung durchzuführen, wobei festzustellen sei, ob tatsächlich eine Rehabilitations- oder Gesundheitsvorsorge Maßnahme im Sinne des § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c letzter Fall ASVG durchgeführt worden sei. Gemäß § 35 Abs. 2 ASVG gelte der Träger der Einrichtung, in der die Unterbringung von gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c letzter Fall ASVG teilversicherten Personen erfolge, als Dienstgeber und habe dieser - nämlich die BF - gemäß dem § 33 in Verbindung mit § 35 Abs. 2 in Verbindung mit § 37 ASVG die Meldung bei der belangten Behörde zu erstatten. Beim Versicherungstatbestand des § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c ASVG handle es sich um einen Pflichtversicherungstatbestand. Jeder Betreiber einer Einrichtung, in der Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge stattfinde, sei ohne Aufforderung durch die belangte Behörde verpflichtet, die Personen zu melden, die in der Einrichtung untergebracht seien. Damit sei eine Verpflichtung der BF normiert, nämlich eine korrekte An- und Abmeldung der Pflichtversicherten zu erstatten. Eine Meldung sei durch die XXXX mit Schreiben vom 31.01.2011 für das Jahr 2010 erfolgt und wären XXXX Verpflegstage nach dem LKF-System und XXXX Verpflegstage nach dem Tagsatzverrechnungssystem bekannt gegeben worden. Für das Jahr 2011 wären seitens der XXXX am 24.01.2012 insgesamt XXXX Verpflegstage bekannt gegeben worden. Bei dieser Aufspaltung in Verpflegstage nach dem LKF-System und Tagsatzverrechnungssystem handle es sich um eine interne Verrechnungsvorschrift, die keinen Aufschluss über den tatsächlichen Inhalt der Behandlung der Patienten gebe. Wäre dem so, so wären rund 22% der Patienten der XXXX reine Akutfälle. Dies könne nicht den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen. Die XXXX trete nach außen als Kompetenzzentrum für XXXX Rehabilitation auf, dessen Schwerpunkt ausschließlich in der medizinischen Rehabilitation und Gesundheitsvorsorge liegen würde. Aufgrund dieses objektiven Erscheinungsbildes sowie des Umstandes, dass eine im Zuge der Rehabilitation durchgeführte Akutbehandlung der Pflichtversicherung nicht schade, sei die belangte Behörde zu Recht von einer Pflichtversicherung sämtlicher in der XXXX untergebrachter Patienten ausgegangen. Sofern in der von der XXXX bekanntgegebenen Belegszahl auch reine Akutfälle inkludiert seien, sei es Aufgabe der BF - die ja auch über die medizinischen Unterlagen verfügen würde - eine Einzelfallprüfung durchzuführen und diese Akutfälle im Rahmen ihrer Meldepflicht der belangten Behörde mitzuteilen. Weiter sei die Behauptung der BF falsch, dass die Verrechnungsarten der XXXX auf den tatsächlich durchgeführten medizinischen Maßnahmen der einzelnen Patienten gründen und zwischen bloßen Kranken- und Rehabilitationsmaßnahmen unterschieden werde und diese Verrechnungsmodalitäten somit nicht Ursache, sondern wie die Beitragspflicht Folge des Unterbringungszweckes des Patienten seien. Tatsächlich sei der Zeitpunkt, an dem bei einem Patienten die Tagsatzverrechnung beginne, rein vom Zufall bestimmt. Er trete dann ein, wenn das Kontingent, das über das System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF-System) abgerechnet werden dürfe, überschritten sei. Auf die Art der Behandlung werde hierbei nicht Bedacht genommen. Hier gehe es daher nur um Verrechnungsmodalitäten, nicht aber um die Trennung der Rehabilitation von anderen Behandlungen. Inhaltlich würden bei allen Patienten aber die gleichen (Rehabilitations-) Behandlungen in dem Sinne durchgeführt werden, als bei der Behandlung des einen Teils keine grundsätzlich anderen Behandlungen durchgeführt werden als beim anderen Teil. Bezüglich des Vorbringens, dass die Berechnung der Erstbehörde für den in den Bescheid vorgeschriebenen Betrag nicht nachvollziehbar und unschlüssig sei, sei auf die Endabrechnung 2010 vom 11.10.2011 sowie § 74 Abs. 2 ASVG zu verweisen, gemäß welcher die Beiträge für die nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c und f teilversicherten Personen von einer festen kalendertagsbezogenen Beitragsgrundlage zu bemessen seien, und deren Höhe durch die Satzung des Unfallversicherungsträgers einheitlich festzusetzen sei. Die Beitragsgrundlagen für das Jahr 2010 würden € 23,82, für das Jahr 2011 € 24,11 betragen. Multipliziert mit dem Beitragssatz 0,5% und den von der BF und der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau bekanntgegebenen Verpflegstagen (XXXX für das Jahr 2010 und XXXX für das Jahr 2011). Für das Jahr 2010 komme die Akontozahlung der BF in Höhe von € 2.313,42 zum Abzug und ergebe sich somit ein Restbetrag für 2010 in Höhe von € 2.878,14. Für das Jahr 2011 ergebe sich ein Betrag von € 5.242,92, somit gesamt € 8.121,06. römisch 40 Rehabilitation, als auch der Abteilung für Therapien (römisch 40), diene ausschließlich der medizinischen Rehabilitation bzw. der Gesundheitsvorsorge. Primärer Zweck der Unterbringung eines Patienten in der römisch 40 könne daher nur eine medizinische Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge sein. Gemäß der zitierten Entscheidung des VwGH vom 10.06.1987, GZ 87/08/0010, setze die Versicherungspflicht nicht voraus, dass die Krankenanstalt, in der der Versicherte untergebracht sei, überwiegend der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge diene. Es genüge, wenn in der Krankenanstalt auch Einrichtungen bestehen würden, die der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge dienen würden, und dort Patienten zu diesen Zwecken untergebracht werden würden. Wesentlich sei hierbei, dass diese Personen im Rahmen der Maßnahmen der

medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge jedenfalls auch den die Versicherungspflicht in der Unfallversicherung begründenden Risiken ausgesetzt seien. Dies gelte auch dann, wenn die Einrichtung bloß bestimmte Rehabilitationsmaßnahmen ermögliche und an den Patienten im Zuge der Unterbringung zum Zweck der medizinischen Rehabilitation von Gesundheitsvorsorge auch Akutbehandlungen vorgenommen werden würden. Da der Schwerpunkt der römisch 40 in der Rehabilitation liege, seien auch die die Versicherungspflicht in der Unfallversicherung begründenden Risiken gegeben. Die Durchführung einer Akut- oder Erstbehandlung ändere nichts am Vorliegen dieser Risiken und der damit verbundenen Versicherungspflicht. Gemäß der BF sei für die Beurteilung des Vorliegens einer Qualifikation von Behandlungsmaßnahmen als Krankenbehandlung oder Rehabilitation und/oder Gesundheitsvorsorge nicht nur von der Qualität der Maßnahme allein, sondern auch von ihrer Zweckbestimmung auszugehen und sei auf die Begriffsbestimmung der Paragraph 154 a, Absatz eins und Paragraph 302, Absatz eins, ASVG zu verweisen. Diese Meinung widerspreche dem Urteil des VwGH vom 10.06.1987 (GZ 87/08/0010). Das Urteil führe vielmehr - die Ansicht der belangten Behörde stärkend - aus: "So gesehen muss die Teilversicherung dieser Personen in der Unfallversicherung nach der genannten Bestimmung, aber auch dann bejaht werden, wenn bei ihnen im Zuge der Unterbringung zum Zwecke der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge auch Akutbehandlungen vorgenommen worden sein sollten. Ob die Unterbringung etwa den Bestimmungen der Paragraphen 155 f, (insbesondere Paragraph 155, Absatz 2, Ziffer 4,) oder 300ff (insbesondere Paragraph 302, Absatz eins, Ziffer eins, oder Paragraph 307 a, Absatz 2, Ziffer 4,) ASVG entsprochen hat, ist für die Teilversicherung in der Unfallversicherung gleichfalls nicht von Belang". Die BF behaupte die Notwendigkeit der Durchführung einer Einzelüberprüfung der durchgeführten medizinischen Maßnahmen an den Patienten durch die belangte Behörde. Der maßgebliche Sachverhalt sei von der belangten Behörde unvollständig festgestellt worden. Für die Beurteilung der Versicherungspflicht sei eine auf den Einzelfall jedes Patienten abstellende Betrachtung durchzuführen, wobei festzustellen sei, ob tatsächlich eine Rehabilitations- oder Gesundheitsvorsorge Maßnahme im Sinne des Paragraph 8, Absatz eins, Ziffer 3, Litera c, letzter Fall ASVG durchgeführt worden sei. Gemäß Paragraph 35, Absatz 2, ASVG gelte der Träger der Einrichtung, in der die Unterbringung von gemäß Paragraph 8, Absatz eins, Ziffer 3, Litera c, letzter Fall ASVG teilversicherten Personen erfolge, als Dienstgeber und habe dieser - nämlich die BF - gemäß dem Paragraph 33, in Verbindung mit Paragraph 35, Absatz 2, in Verbindung mit Paragraph 37, ASVG die Meldung bei der belangten Behörde zu erstatten. Beim Versicherungstatbestand des Paragraph 8, Absatz eins, Ziffer 3, Litera c, ASVG handle es sich um einen Pflichtversicherungstatbestand. Jeder Betreiber einer Einrichtung, in der Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge stattfinde, sei ohne Aufforderung durch die belangte Behörde verpflichtet, die Personen zu melden, die in der Einrichtung untergebracht seien. Damit sei eine Verpflichtung der BF normiert, nämlich eine korrekte An- und Abmeldung der Pflichtversicherten zu erstatten. Eine Meldung sei durch die römisch 40 mit Schreiben vom 31.01.2011 für das Jahr 2010 erfolgt und wären römisch 40 Verpflegstage nach dem LKF-System und römisch 40 Verpflegstage nach dem Tagsatzverrechnungssystem bekannt gegeben worden. Für das Jahr 2011 wären seitens der römisch 40 am 24.01.2012 insgesamt römisch 40 Verpflegstage bekannt gegeben worden. Bei dieser Aufspaltung in Verpflegstage nach dem LKF-System und Tagsatzverrechnungssystem handle es sich um eine interne Verrechnungsvorschrift, die keinen Aufschluss über den tatsächlichen Inhalt der Behandlung der Patienten gebe. Wäre dem so, so wären rund 22% der Patienten der römisch 40 reine Akutfälle. Dies könne nicht den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen. Die römisch 40 trete nach außen als Kompetenzzentrum für römisch 40 Rehabilitation auf, dessen Schwerpunkt ausschließlich in der medizinischen Rehabilitation und Gesundheitsvorsorge liegen würde. Aufgrund dieses objektiven Erscheinungsbildes sowie des Umstandes, dass eine im Zuge der Rehabilitation durchgeführte Akutbehandlung der Pflichtversicherung nicht schade, sei die belangte Behörde zu Recht von einer Pflichtversicherung sämtlicher in der römisch 40 untergebrachter Patienten ausgegangen. Sofern in der von der römisch 40 bekanntgegebenen Belegzahl auch reine Akutfälle inkludiert seien, sei es Aufgabe der BF - die ja auch über die medizinischen Unterlagen verfügen würde - eine Einzelfallprüfung durchzuführen und diese Akutfälle im Rahmen ihrer Meldepflicht der belangten Behörde mitzuteilen. Weiter sei die Behauptung der BF falsch, dass die Verrechnungsarten der römisch 40 auf den tatsächlich durchgeführten medizinischen Maßnahmen der einzelnen Patienten gründen und zwischen bloßen Kranken- und Rehabilitationsmaßnahmen unterschieden werde und diese Verrechnungsmodalitäten somit nicht Ursache, sondern wie die Beitragspflicht Folge des Unterbringungszweckes des Patienten seien. Tatsächlich sei der Zeitpunkt, an dem bei einem Patienten die Tagsatzverrechnung beginne, rein vom Zufall bestimmt. Er trete dann ein, wenn das Kontingent, das über das System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF-System) abgerechnet werden dürfe, überschritten sei. Auf die Art der Behandlung

werde hierbei nicht Bedacht genommen. Hier gehe es daher nur um Verrechnungsmodalitäten, nicht aber um die Trennung der Rehabilitation von anderen Behandlungen. Inhaltlich würden bei allen Patienten aber die gleichen (Rehabilitations-) Behandlungen in dem Sinne durchgeführt werden, als bei der Behandlung des einen Teils keine grundsätzlich anderen Behandlungen durchgeführt werden als beim anderen Teil. Bezüglich des Vorbringens, dass die Berechnung der Erstbehörde für den in den Bescheid vorgeschriebenen Betrag nicht nachvollziehbar und unschlüssig sei, sei auf die Endabrechnung 2010 vom 11.10.2011 sowie Paragraph 74, Absatz 2, ASVG zu verweisen, gemäß welcher die Beiträge für die nach Paragraph 8, Absatz eins, Ziffer 3, Litera c und f teilversicherten Personen von einer festen kalendertagsbezogenen Beitragsgrundlage zu bemessen seien, und deren Höhe durch die Satzung des Unfallversicherungsträgers einheitlich festzusetzen sei. Die Beitragsgrundlagen für das Jahr 2010 würden € 23,82, für das Jahr 2011 € 24,11 betragen. Multipliziert mit dem Beitragssatz 0,5% und den von der BF und der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau bekanntgegebenen Verpflegstagen (römisch 40 für das Jahr 2010 und römisch 40 für das Jahr 2011). Für das Jahr 2010 komme die Akontozahlung der BF in Höhe von € 2.313,42 zum Abzug und ergebe sich somit ein Restbetrag für 2010 in Höhe von € 2.878,14. Für das Jahr 2011 ergebe sich ein Betrag von € 5.242,92, somit gesamt € 8.121,06.

4. Zur Stellungnahme der belangten Behörde langte seitens der rechtsfreundlichen Vertretung der BF am 18.12.2012 folgende Stellungnahme ein. Entgegen der Rechtsmeinung der belangten Behörde sei anzuführen, dass sämtlichen Ausführungen im Einspruch durch die BF jedenfalls rechtliche Berechtigung zukomme. Eine pauschale Versicherungspflicht, wie dies offensichtlich von der belangten Behörde gefordert werde, sei nicht nur aus dem Normzweck des Gesetzes nicht zu entnehmen, sondern wäre vielmehr nicht verfassungskonform. So würden sämtliche medizinische Einrichtungen, welche die Rehabilitationsmaßnahmen anbieten würden, gegenüber anderen medizinischen Einrichtungen unmittelbar bzw. mittelbar diskriminiert werden. Im Übrigen dürfe auf die genauen Ausführungen zu diesem Thema im Einspruch verwiesen werden. Die BF sei selbstverständlich ihrer Pflicht nachgekommen und hätte die aus ihrer Sicht unter die Versicherungspflicht fallenden Patienten gesetzmäßig gemeldet. Es obliege nunmehr der belangten Behörde im anhängigen Verfahren darzustellen, warum diese vermeine darin, für weitere Patienten eine Versicherungspflicht zu sehen. In diesem Zusammenhang hätte bereits im Stadium des Ermittlungsverfahrens von der belangten Behörde detailliert dargelegt werden müssen, warum einzelne Patienten unter die Versicherungspflicht fallen sollen, obwohl sie nicht einer Rehabilitationsmaßnahme unterliegen würden. Die pauschale Behauptung, eine Versicherungspflicht auf Grund des Internetauftritts der BF zu erkennen, sei aus rechtlicher Sicht nicht nachvollziehbar und schon gar nicht vertretbar. Sie werde auch dem geforderten Maße an Ermittlungshandlungen in keinsten Weise gerecht. Sämtliche anderen von der BF vorgebrachten Punkte würden vollinhaltlich aufrecht gehalten werden, da es der belangten Behörde nicht gelinge, diese zu entkräften.

5. Infolge Zuständigkeitsübergangs legte der Landeshauptmann von

XXXX am 18.03.2014 dem Bundesverwaltungsgericht die Beschwerde der BF gegen den Bescheid der belangten Behörde vom 31.07.2012, AZ XXXX, samt dem Bezug habenden Akt des Verwaltungsverfahrens zur weiteren Bearbeitung vor. Dieser wurde am selbigen Tag der Gerichtsabteilung G302 zugewiesen. römisch 40 am 18.03.2014 dem Bundesverwaltungsgericht die Beschwerde der BF gegen den Bescheid der belangten Behörde vom 31.07.2012, AZ römisch 40, samt dem Bezug habenden Akt des Verwaltungsverfahrens zur weiteren Bearbeitung vor. Dieser wurde am selbigen Tag der Gerichtsabteilung G302 zugewiesen.

6. Mit hg. Verfahrensordnung vom 09.09.2015 wurden die rechtsfreundliche Vertretung der BF sowie die belangte Behörde vom Ergebnis der vor dem erkennenden Bundesverwaltungsgericht geführten Beweisaufnahme in Kenntnis gesetzt und wurde ihnen die Gelegenheit zur Äußerung im Rahmen des Parteiengehörs binnen festgesetzter Frist gegeben.

7. Mit Eingabe vom 09.10.2015 übermittelte die rechtsfreundliche Vertretung der BF im Rahmen des seitens des Bundesverwaltungsgerichtes gewährten Parteiengehörs eine Stellungnahme. In dieser wurde nach Verweis auf die Rechtsmittelausführung und die bereits vorliegenden Stellungnahmen im Wesentlichen vorgebracht, dass die dargelegte Rechtsansicht in Bezug auf die Bestimmung des § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c ASVG vollinhaltlich aufrechterhalten werde. Dass es sich beim Versicherungstatbestand des § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c ASVG um einen Pflichtversicherungstatbestand handelt, sei unstrittig. Die belangte Behörde vertrete nunmehr offensichtlich die Rechtsansicht, dass es für die Annahme des angeführten Pflichtversicherungstatbestandes ausreichend wäre, dass in einer Einrichtung Rehabilitation und Gesundheitsvorsorge angeboten werde und im Ergebnis jedem in einer solchen

Einrichtung aufgenommenen Patienten ein Versicherungsschutz nach der leg. cit. zu komme. Diese Rechtsansicht sei haltlos und als unrichtig zu werten. Die belangte Behörde müsse einräumen, dass für die Prüfung einer Unfallversicherungspflicht auf den Inhalt der Behandlung des Patienten abzustellen sei. Die Argumentation der belangten Behörde sei aber dann insofern nicht homogen, als sie sich mit der Behandlungszweck jener Patienten, für welche mit dem angefochtenen Bescheid Unfallversicherungsbeiträge vorgeschrieben werden würden, nicht einmal ansatzweise auseinandersetze. Bei der Beurteilung der Teilversicherung in der Unfallversicherung gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c ASVG komme es nicht darauf an, dass die Krankenanstalt, in der der Versicherte untergebracht sei, (überwiegend) der Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation diene. Wie bereits mehrfach von Seiten der BF vorgebracht, werde die Versicherungspflicht eben nicht allein durch die Zweckbestimmung der Anstalt ausgelöst, sondern vielmehr durch die Maßnahme der Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge begründet. Dabei sei die Frage ob die Anstalt überwiegend diesen oder anderen Zwecken diene, für die Einbeziehung des in der Anstalt untergebrachten Patienten in der Unfallversicherung ohne Belang. Somit sei aber darauf abzustellen, ob in Bezug auf einen Patienten für dessen Pflagestage nunmehr Unfallversicherungsbeiträge seitens der belangten Behörde begehrt würden, überhaupt Rehabilitations- oder Gesundheitsvorsorgemaßnahmen durchgeführt worden seien. Dass in der XXXX Rehabilitations- oder Gesundheitsvorsorgemaßnahmen erbracht werden sei unstrittig. Es dürfe aber nicht übersehen werden, dass die XXXX keinesfalls ausschließlich eine Einrichtung der Rehabilitations- oder Gesundheitsvorsorge darstelle, sondern in dieser auch kontinuierlich, so auch im verfahrensrelevanten Zeitraum, Akut-Nachbehandlungen von XXXX Patienten vorgenommen worden seien bzw. würden, wobei gegenüber diesem Patientengut ausschließlich Krankenbehandlungen vorgenommen würden. Auch die belangte Behörde könne sich nicht des Umstandes verschließen, dass im österreichischen Gesundheitswesen zwischen akuten und postakuten Patienten bzw. Behandlungen sowie Maßnahmen der Rehabilitations- oder Gesundheitsvorsorge differenziert werde. Dabei dürfe auch nicht übersehen werden, dass für sogenannte "Stufe B-Patienten" - in diesem Zusammenhang werde auch auf Punkt 3.3. des LKF-Modells 2015 und die dort festgelegte Einstufung verwiesen - jederzeit eine intensivmedizinische Intervention entstehen könne, womit aber der Zweck der Behandlung, der in einer medizinischen Heilbehandlung zu sehen sei, evident sei. Bei den sogenannten "Stufe B-Patienten", wie sie in der XXXX medizinisch behandelt würden und bei denen es sich vornehmlich um schwer kranke Patienten nach einem Schlaganfall oder Patienten mit einem Schädelhirntrauma nach einem Unfall handle, erfolge ausschließlich eine Heilbehandlung mit der Zielsetzung der Heilung von einem akuten Krankheitsgeschehen. Hierbei sei auch anzumerken, dass dem gestiegenen Bedarf an postakuter bzw. medizinischer Versorgung an der XXXX zwischenzeitig auch durch Anhebung der Bettenanzahl für "Stufe-B - Patienten" am Rahmen der regionalen Strukturplanung entsprochen worden sei. Vergleichbar verhalte es sich bei den "Stufe C-Patienten". Zur Unterscheidung von "Stufe-B - Patienten" zu einem Rehabilitationspatienten sei auch gemeinsam mit den zuständigen Versicherungsträgern eine Pflagestagegrenze entsprechend einer sinnvollen Patientenqualifikation festgelegt worden. Somit sei es aber auch vollkommen verfehlt, der BF zu unterstellen, dass der Zeitpunkt, an dem bei einem Patienten die Tagsatzberechnung beginne, vom Zufall bestimmt sei. Diese Patienten nunmehr als Rehabilitationspatienten zu qualifizieren, würde im Hinblick auf den enormen medizinischen Heilbehandlungsbedarf und der Schwere des Krankheitsbildes des einzelnen Patienten schon an Ironie grenzen. Faktum sei, dass solange von einer medizinischen Heilbehandlung des Patienten auszugehen sei, der Versicherungstatbestand nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c ASVG nicht zum Tragen kommen könne. Die BF als Rechtsträgerin der XXXX verwehre sich auch gegen den Vorwurf unrichtige Angaben über die bei ihr untergebrachten Patienten gemacht zu haben.⁷ Mit Eingabe vom 09.10.2015 übermittelte die rechtsfreundliche Vertretung der BF im Rahmen des seitens des Bundesverwaltungsgerichtes gewährten Parteiengehörs eine Stellungnahme. In dieser wurde nach Verweis auf die Rechtsmittelausführung und die bereits vorliegenden Stellungnahmen im Wesentlichen vorgebracht, dass die dargelegte Rechtsansicht in Bezug auf die Bestimmung des Paragraph 8, Absatz eins, Ziffer 3, Litera c, ASVG vollinhaltlich aufrechterhalten werde. Dass es sich beim Versicherungstatbestand des Paragraph 8, Absatz eins, Ziffer 3, Litera c, ASVG um einen Pflichtversicherungstatbestand handelt, sei unstrittig. Die belangte Behörde vertrete nunmehr offensichtlich die Rechtsansicht, dass es für die Annahme des angeführten Pflichtversicherungstatbestandes ausreichend wäre, dass in einer Einrichtung Rehabilitation und Gesundheitsvorsorge angeboten werde und im Ergebnis jedem in einer solchen Einrichtung aufgenommenen Patienten ein Versicherungsschutz nach der leg. cit. zu komme. Diese Rechtsansicht sei haltlos und als unrichtig zu werten. Die belangte Behörde müsse einräumen, dass für die Prüfung einer Unfallversicherungspflicht auf den Inhalt der Behandlung des Patienten abzustellen sei. Die Argumentation der belangten Behörde sei aber dann insofern nicht homogen, als sie sich mit der Behandlungszweck

jener Patienten, für welche mit dem angefochtenen Bescheid Unfallversicherungsbeiträge vorgeschrieben werden würden, nicht einmal ansatzweise auseinandersetze. Bei der Beurteilung der Teilversicherung in der Unfallversicherung gemäß Paragraph 8, Absatz eins, Ziffer 3, Litera c, ASVG komme es nicht darauf an, dass die Krankenanstalt, in der der Versicherte untergebracht sei, (überwiegend) der Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation diene. Wie bereits mehrfach von Seiten der BF vorgebracht, werde die Versicherungspflicht eben nicht allein durch die Zweckbestimmung der Anstalt ausgelöst, sondern vielmehr durch die Maßnahme der Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge begründet. Dabei sei die Frage ob die Anstalt überwiegend diesen oder anderen Zwecken diene, für die Einbeziehung des in der Anstalt untergebrachten Patienten in der Unfallversicherung ohne Belang. Somit sei aber darauf abzustellen, ob in Bezug auf einen Patienten für dessen Pflagestage nunmehr Unfallversicherungsbeiträge seitens der belangten Behörde begehrt würden, überhaupt Rehabilitations- oder Gesundheitsvorsorgemaßnahmen durchgeführt worden seien. Dass in der römisch 40 Rehabilitations- oder Gesundheitsvorsorgemaßnahmen erbracht werden sei unstrittig. Es dürfe aber nicht übersehen werden, dass die römisch 40 keinesfalls ausschließlich eine Einrichtung der Rehabilitations- oder Gesundheitsvorsorge darstelle, sondern in dieser auch kontinuierlich, so auch im verfahrensrelevanten Zeitraum, Akut-Nachbehandlungen von römisch 40 Patienten vorgenommen worden seien bzw. würden, wobei gegenüber diesem Patientengut ausschließlich Krankenbehandlungen vorgenommen würden. Auch die belangte Behörde könne sich nicht des Umstandes verschließen, dass im österreichischen Gesundheitswesen zwischen akuten und postakuten Patienten bzw. Behandlungen sowie Maßnahmen der Rehabilitations- oder Gesundheitsvorsorge differenziert werde. Dabei dürfe auch nicht übersehen werden, dass für sogenannte "Stufe B-Patienten" - in diesem Zusammenhang werde auch auf Punkt 3.3. des LKF-Modells 2015 und die dort festgelegte Einstufung verwiesen - jederzeit eine intensivmedizinische Intervention entstehen könne, womit aber der Zweck der Behandlung, der in einer medizinischen Heilbehandlung zu sehen sei, evident sei. Bei den sogenannten "Stufe B-Patienten", wie sie in der römisch 40 medizinisch behandelt würden und bei denen es sich vornehmlich um schwer kranke Patienten nach einem Schlaganfall oder Patienten mit einem Schädelhirntrauma nach einem Unfall handle, erfolge ausschließlich eine Heilbehandlung mit der Zielsetzung der Heilung von einem akuten Krankheitsgeschehen. Hierbei sei auch anzumerken, dass dem gestiegenen Bedarf an postakuter bzw. medizinischer Versorgung an der römisch 40 zwischenzeitig auch durch Anhebung der Bettenanzahl für "Stufe-B - Patienten" am Rahmen der regionalen Strukturplanung entsprochen worden sei. Vergleichbar verhalte es sich bei den "Stufe C-Patienten". Zur Unterscheidung von "Stufe-B - Patienten" zu einem Rehabilitationspatienten sei auch gemeinsam mit den zuständigen Versicherungsträgern eine Pflagestagegrenze entsprechend einer sinnvollen Patientenqualifikation festgelegt worden. Somit sei es aber auch vollkommen verfehlt, der BF zu unterstellen, dass der Zeitpunkt, an dem bei einem Patienten die Tagsatzberechnung beginne, vom Zufall bestimmt sei. Diese Patienten nunmehr als Rehabilitationspatienten zu qualifizieren, würde im Hinblick auf den enormen medizinischen Heilbehandlungsbedarf und der Schwere des Krankheitsbildes des einzelnen Patienten schon an Ironie grenzen. Faktum sei, dass solange von einer medizinischen Heilbehandlung des Patienten auszugehen sei, der Versicherungstatbestand nach Paragraph 8, Absatz eins, Ziffer 3, Litera c, ASVG nicht zum Tragen kommen könne. Die BF als Rechtsträgerin der römisch 40 verwehre sich auch gegen den Vorwurf unrichtige Angaben über die bei ihr untergebrachten Patienten gemacht zu haben.

8. Mit Eingabe vom 03.11.2015 übermittelte die belangte Behörde dem Bundesverwaltungsgericht eine Replik zur Stellungnahme der rechtsfreundlichen Vertretung der BF, in der sie im Wesentlichen vorbrachte, dass sie sich mit dem Inhalt der Verständigung vom Ergebnis der Beweisaufnahme des Bundesverwaltungsgerichts vom 09.09.2015 einverstanden erkläre und daher dazu auch keine Stellung nehme. Die Stellungnahme beziehe sich daher insbesondere auf die von der BF abgegebene Stellungnahme zur Verständigung vom Ergebnis der Beweisaufnahme. Die belangte Behörde verweise auf die bereits Seite vorgelegten Stellungnahmen und auf § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c ASVG. Der zitierte Gesetzestext treffe auf in der XXXX untergebrachten Personen genau zu. Selbst wenn alle oder einzelne Patienten (nur) Krankenbehandlungen erhalten würden, sei wohl unbestritten, dass sie in einer Einrichtung untergebracht seien, die der medizinischen Rehabilitation diene. Sollte die Definition des Gesetzgebers nicht als ausreichend für einen Pflichtversicherungsschutz der Patienten angesehen werden, sei hinzuzufügen, dass mit dieser Unterbringung in einer Einrichtung, die der medizinischen Rehabilitation diene, wohl auch verbunden sei, dass in allen Fällen, in denen Patienten Krankenbehandlungen erhalten würden, gleichzeitig auch Maßnahmen der Rehabilitation stattfinden würden. Die BF behaupte, dass es Patienten gebe, bei denen es Rehabilitationsmaßnahmen gar nicht geben könne, da die Zielsetzung eine Heilung von einem Krankheitsgeschehen sei. Dies könne nur durch Heilbehandlung, nicht aber durch Rehabilitationsmaßnahmen möglich sein. Die BF stelle fest, dass es in Hinblick auf

den enormen medizinischen Heilbehandlungsbedarf und die Schwere des Krankheitsbildes des einzelnen Patienten schon an Ironie grenze, wenn man diese als Rehabilitationspatienten qualifizieren würde. Erstmals habe die Beschwerdeführerin eine Unterscheidung zwischen sogenannten "Stufe a-, b- und c-Patienten" gemacht. Bei den sogenannten "Stufe b-Patienten" handle es sich vornehmlich um schwer kranke Patienten nach einem XXXX oder um Patienten mit einem XXXX nach einem XXXX, hier erfolge ausschließlich eine Heilbehandlung mit der Zielsetzung der Heilung von einem akuten Krankheitsgeschehen. Bei den "Stufe c-Patienten" verhalte es sich ebenso. Abgesehen davon, dass es beim Stand der heutigen Medizin schwer vorstellbar sei, dass in einem Rehabilitationszentrum neben Heilbehandlungen nicht auch Maßnahmen der Rehabilitation erfolgen würden, merke die belangte Behörde an, dass sie selber als Unfallversicherungsträger XXXX Rehabilitationszentren betreibe, in denen unter anderen genau solche Patienten rehabilitiert werden. Auch die Rehabilitation habe die Zielsetzung, den Zustand eines Patienten, wenn möglich, zu bessern oder zu heilen. Da eine vollständige Heilung von einem akuten Krankheitsgeschehen in vielen dieser schweren Fälle gar nicht möglich sei, sei dennoch das Ziel, immer zumindest eine Besserung oder Stabilisierung des Zustandes des Patienten zu erreichen. Der Patient solle ja (unter anderem) in die Lage versetzt werden, mit seinem Zustand bestmöglich zurecht zu kommen. Die belangte Behörde finde es aus diesem Grunde auch nicht zynisch, solche Patienten als Rehabilitationspatienten zu qualifizieren, würden doch Heilbehandlung und Rehabilitation denselben Zielen dienen, nämlich eine vollständige Ausheilung des Patienten zu erreichen, sollte dies nicht möglich sein, zumindest eine Besserung oder eine Stabilisierung des Zustandes zu erreichen. Die belangte Behörde gewähre selbstverständlich auch schwerstverletzten Patienten (z.B. mit einem XXXX) Rehabilitation, weil sich die oben dargestellten Ziele sowohl durch Heilbehandlung und in Ergänzung zu dieser auch durch Rehabilitationsmaßnahmen erreichen lassen würden. Dass gerade eine Rehabilitationsklinik vermeine, neben der Heilbehandlung auf Maßnahmen der Rehabilitation verzichten zu können und tatsächlich verzichte, weil der Patient schwer "krank" sei, sei nicht glaubwürdig und auch nicht nachvollziehbar. Es verhalte sich nach Meinung der belangten Behörde so, dass die Maßnahmen der Rehabilitation unter dem Titel Heilbehandlung stattfinden würden. Eine Trennung zwischen Heilbehandlung und Maßnahmen der Rehabilitation in einem Rehabilitationszentrum könne daher nicht nachvollzogen werden. Im Übrigen habe die Beschwerdeführerin in keiner Weise dargelegt, für welche Patienten es "nur" eine Heilbehandlung gebe und wie diese Heilbehandlung, bei der keine Maßnahmen der Rehabilitation stattfinden würden, im Detail ablaufe. Sie habe auch nicht dargelegt, wie man ein Verrechnungssystem anders interpretieren solle, wie es von Seiten der belangten Behörde geschehe, wenn nach einer gewissen Anzahl von Tagen, die Verpflegstage nach den LKF-System aufgebracht werden würden und es danach nur mehr Verpflegstage nach dem Tagsatzverrechnungssystem gebe. Interessant wäre in diesem Zusammenhang, wie sich die Behandlungsmethoden von einem Tag zum anderen so ändern, dass ab einem Tag X die Heilbehandlung endet und plötzlich (nur mehr oder ergänzend) Maßnahmen der Rehabilitation erfolgen würden. Selbst wenn es sich so verhalte, dass zur Unterscheidung von "Stufe-b-Patienten" zu einem Rehabilitationspatienten gemeinsam mit den zuständigen Versicherungsträgern eine Pfl egetagegrenze entsprechend einer sinnvollen Patientenqualifikation festgelegt worden sei, sei es nicht glaubwürdig, dass hier in einer Rehabilitationsklinik zwischen reiner Heilbehandlung und reiner Rehabilitationsbehandlung unterschieden werde.⁸ Mit Eingabe vom 03.11.2015 übermittelte die belangte Behörde dem Bundesverwaltungsgericht eine Replik zur Stellungnahme der rechtsfreundlichen Vertretung der BF, in der sie im Wesentlichen vorbrachte, dass sie sich mit dem Inhalt der Verständigung vom Ergebnis der Beweisaufnahme des Bundesverwaltungsgerichts vom 09.09.2015 einverstanden erkläre und daher dazu auch keine Stellung nehme. Die Stellungnahme beziehe sich daher insbesondere auf die von der BF abgegebene Stellungnahme zur Verständigung vom Ergebnis der Beweisaufnahme. Die belangte Behörde verweise auf die bereits Seite vorgelegten Stellungnahmen und auf Paragraph 8, Absatz eins, Ziffer 3, Litera c, ASVG. Der zitierte Gesetzestext treffe auf in der römisch 40 untergebrachten Personen genau zu. Selbst wenn alle oder einzelne Patienten (nur) Krankenbehandlungen erhalten würden, sei wohl unbestritten, dass sie in einer Einrichtung untergebracht seien, die der medizinischen Rehabilitation diene. Sollte die Definition des Gesetzgebers nicht als ausreichend für einen Pflichtversicherungsschutz der Patienten angesehen werden, sei hinzuzufügen, dass mit dieser Unterbringung in einer Einrichtung, die der medizinischen Rehabilitation diene, wohl auch verbunden sei, dass in allen Fällen, in denen Patienten Krankenbehandlungen erhalten würden, gleichzeitig auch Maßnahmen der Rehabilitation stattfinden würden. Die BF behaupte, dass es Patienten gebe, bei denen es Rehabilitationsmaßnahmen gar nicht geben könne, da die Zielsetzung eine Heilung von einem Krankheitsgeschehen sei. Dies könne nur durch Heilbehandlung, nicht aber durch Rehabilitationsmaßnahmen möglich sein. Die BF stelle fest, dass es in Hinblick auf den enormen medizinischen Heilbehandlungsbedarf und die Schwere

des Krankheitsbildes des einzelnen Patienten schon an Ironie grenze, wenn man diese als Rehabilitationspatienten qualifizieren würde. Erstmals habe die Beschwerdeführerin eine Unterscheidung zwischen sogenannten "Stufe a-, b- und c-Patienten" gemacht. Bei den sogenannten "Stufe b-Patienten" handle es sich vornehmlich um schwer kranke Patienten nach einem römisch 40 oder um Patienten mit einem römisch 40 nach einem römisch 40, hier erfolge ausschließlich eine Heilbehandlung mit der Zielsetzung der Heilung von einem akuten Krankheitsgeschehen. Bei den "Stufe c-Patienten" verhalte es sich ebenso. Abgesehen davon, dass es beim Stand der heutigen Medizin schwer vorstellbar sei, dass in einem Rehabilitationszentrum neben Heilbehandlungen nicht auch Maßnahmen der Rehabilitation erfolgen würden, merke die belangte Behörde an, dass sie selber als Unfallversicherungsträger römisch 40 Rehabilitationszentren betreibe, in denen unter anderen genau solche Patienten rehabilitiert werden. Auch die Rehabilitation habe die Zielsetzung, den Zustand eines Patienten, wenn möglich, zu bessern oder zu heilen. Da eine vollständige Heilung von einem akuten Krankheitsgeschehen in vielen dieser schweren Fälle gar nicht möglich sei, sei dennoch das Ziel, immer zumindest eine Besserung oder Stabilisierung des Zustandes des Patienten zu erreichen. Der Patient solle ja (unter anderem) in die Lage versetzt werden, mit seinem Zustand bestmöglich zurecht zu kommen. Die belangte Behörde finde es aus diesem Grunde auch nicht zynisch, solche Patienten als Rehabilitationspatienten zu qualifizieren, würden doch Heilbehandlung und Rehabilitation denselben Zielen dienen, nämlich eine vollständige Ausheilung des Patienten zu erreichen, sollte dies nicht möglich sein, zumindest eine Besserung oder eine Stabilisierung des Zustandes zu erreichen. Die belangte Behörde gewähre selbstverständlich auch schwerstverletzten Patienten (z.B. mit einem römisch 40) Rehabilitation, weil sich die oben dargestellten Ziele sowohl durch Heilbehandlung und in Ergänzung zu dieser auch durch Rehabilitationsmaßnahmen erreichen lassen würden. Dass gerade eine Rehabilitationsklinik vermeine, neben der Heilbehandlung auf Maßnahmen der Rehabilitation verzichten zu können und tatsächlich verzichte, weil der Patient schwer "krank" sei, sei nicht glaubwürdig und auch nicht nachvollziehbar. Es verhalte sich nach Meinung der belangten Behörde so, dass die Maßnahmen der Rehabilitation unter dem Titel Heilbehandlung stattfinden würden. Eine Trennung zwischen Heilbehandlung und Maßnahmen der Rehabilitation in einem Rehabilitationszentrum könne daher nicht nachvollzogen werden. Im Übrigen habe die Beschwerdeführerin in keiner Weise dargelegt, für welche Patienten es "nur" eine Heilbehandlung gebe und wie diese Heilbehandlung, bei der keine Maßnahmen der Rehabilitation stattfinden würden, im Detail ablaufe. Sie habe auch nicht dargelegt, wie man ein Verrechnungssystem anders interpretieren solle, wie es von Seiten der belangten Behörde geschehe, wenn nach einer gewissen Anzahl von Tagen, die Verpflegstage nach den LKF-System aufgebracht werden würden und es danach nur mehr Verpflegstage nach dem Tagsatzverrechnungssystem gebe. Interessant wäre in diesem Zusammenhang, wie sich die Behandlungsmethoden von einem Tag zum anderen so ändern, dass ab einem Tag römisch zehn die Heilbehandlung endet und plötzlich (nur mehr oder ergänzend) Maßnahmen der Rehabilitation erfolgen würden. Selbst wenn es sich so verhalte, dass zur Unterscheidung von "Stufe-b-Patienten" zu einem Rehabilitationspatienten gemeinsam mit den zuständigen Versicherungsträgern eine Pfl egetagegrenze entsprechend einer sinnvollen Patientenqualifikation festgelegt worden sei, sei es nicht glaubwürdig, dass hier in einer Rehabilitationsklinik zwischen reiner Heilbehandlung und reiner Rehabilitationsbehandlung unterschieden werde.

II. Das Bundesverwaltungsgericht hat erwogenrömisch zwei. Das Bundesverwaltungsgericht hat erwogen:

1. Feststellungen:

Die XXXX ist eine Öffentliche Sonderkrankenanstalt gemäß XXXX mit Sitz in XXXX. Die BF fungiert als Rechtsträgerin der XXXX. Die römisch 40 ist eine Öffentliche Sonderkrankenanstalt gemäß römisch 40 mit Sitz in römisch 40. Die BF fungiert als Rechtsträgerin der römisch 40.

Die XXXX ist ein Kompetenzzentrum für XXXX Rehabilitation und tritt nach außen als reines Rehabilitationszentrum in Erscheinung. Die inhaltliche Tätigkeit ihrer zwei Abteilungen, nämlich sowohl der Abteilung für XXXX, als auch der Abteilung für Therapien (XXXX), dient ausschließlich der medizinischen Rehabilitation bzw. der Gesundheitsvorsorge. Primärer Zweck der Unterbringung eines Patienten in der XXXX ist die medizinische Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge. In der XXXX stehen XXXX Rehabilitationsbetten zur Verfügung. Die Unterbringung erfolgt ausschließlich in Ein- oder Zweibettzimmern. Die römisch 40 ist ein Kompetenzzentrum für römisch 40 Rehabilitation und tritt nach außen als reines Rehabilitationszentrum in Erscheinung. Die inhaltliche Tätigkeit ihrer zwei Abteilungen, nämlich sowohl der Abteilung für römisch 40, als auch der Abteilung für Therapien (römisch 40), dient ausschließlich

der medizinischen Rehabilitation bzw. der Gesundheitsvorsorge. Primärer Zweck der Unterbringung eines Patienten in der römisch 40 ist die medizinische Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge. In der römisch 40 stehen römisch 40 Rehabilitationsbetten zur Verfügung. Die Unterbringung erfolgt ausschließlich in Ein- oder Zweibettzimmern.

Im Jahr 2010 bestanden XXXX und im Jahr 2011 XXXX Verpflegstage. Im Jahr 2010 bestanden römisch 40 und im Jahr 2011 römisch 40 Verpflegstage.

2. Beweiswürdigung:

Der oben dargestellte Verfahrensgang und der festgestellte Sachverhalt ergeben sich aus dem diesbezüglich unbedenklichen und unzweifelhaften Inhalt der vom Landeshauptmann von XXXX vorgelegten Verwaltungsakten und aus dem Akt des Bundesverwaltungsgerichtes. Der oben dargestellte Verfahrensgang und der festgestellte Sachverhalt ergeben sich aus dem diesbezüglich unbedenklichen und unzweifelhaften Inhalt der vom Landeshauptmann von römisch 40 vorgelegten Verwaltungsakten und aus dem Akt des Bundesverwaltungsgerichtes.

3. Rechtliche Beurteilung:

3.1. Zuständigkeit und anzuwendendes Recht:

Mit der Verwaltungsgerichtsbarkeits-Novelle 2012, BGBl. I Nr. 51/2012, wurde mit 01.01.2014 (Art. 151 Abs. 51 Z 6 B-VG) das Bundesverwaltungsgericht (Art. 129 B-VG) eingerichtet. Mit der Verwaltungsgerichtsbarkeits-Novelle 2012, Bundesgesetzblatt Teil eins, Nr. 51 aus 2012,, wurde mit 01.01.2014 (Artikel 151, Absatz 51, Ziffer 6, B-VG) das Bundesverwaltungsgericht (Artikel 129, B-VG) eingerichtet.

Gemäß Art. 151 Abs. 51 Ziffer 8 Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG), BGBl. Nr. 1/1930, geht die Zuständigkeit zur Weiterführung der mit Ablauf des 31.12.2013 bei den Behörden anhängigen Verfahren, in denen diese Behörden sachlich in Betracht kommende Oberbehörde oder im Instanzenzug übergeordnete Behörde sind, auf die Verwaltungsgerichte über. Gemäß Artikel 151, Absatz 51, Ziffer 8 Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG), Bundesgesetzblatt Nr. 1 aus 1930,, geht die Zuständigkeit zur Weiterführung der mit Ablauf des 31.12.2013 bei den Behörden anhängigen Verfahren, in denen diese Behörden sachlich in Betracht kommende Oberbehörde oder im Instanzenzug übergeordnete Behörde sind, auf die Verwaltungsgerichte über.

Im konkreten Fall ist somit die Zuständigkeit des Landeshauptmannes von XXXX, bei welchem das Verfahren mit Ablauf des 31. Dezember 2013 anhängig war, mit 01.01.2014 auf das Bundesverwaltungsgericht übergegangen. Im konkreten Fall ist somit die Zuständigkeit des Landeshauptmannes von römisch 40, bei welchem das Verfahren mit Ablauf des 31. Dezember 2013 anhängig war, mit 01.01.2014 auf das Bundesverwaltungsgericht übergegangen.

Gemäß Art 130 Abs. 1 Z 1 B-VG erkennen die Verwaltungsgerichte über Beschwerden gegen den Bescheid einer Verwaltungsbehörde wegen Rechtswidrigkeit. Gemäß Artikel 130, Absatz eins, Ziffer eins, B-VG erkennen die Verwaltungsgerichte über Beschwerden gegen den Bescheid einer Verwaltungsbehörde wegen Rechtswidrigkeit.

Gemäß § 414 Abs. 1 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG), BGBl 1955/189 in der Fassung BGBl. I Nr. 139/2013 kann seit dem 01.01.2014 gegen Bescheide der Versicherungsträger in Verwaltungssachen Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht erhoben werden. Gemäß Paragraph 414, Absatz eins, Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG), BGBl 1955/189 in der Fassung Bundesgesetzblatt Teil eins, Nr. 139 aus 2013, kann seit dem 01.01.2014 gegen Bescheide der Versicherungsträger in Verwaltungssachen Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht erhoben werden.

Gemäß § 6 BVwGG entscheidet das Bundesverwaltungsgericht durch Einzelrichter, sofern nicht in Bundes- oder Landesgesetzen die Entscheidung durch Senate vorgesehen ist. Gemäß Paragraph 6, BVwGG entscheidet das Bundesverwaltungsgericht durch Einzelrichter, sofern nicht in Bundes- oder Landesgesetzen die Entscheidung durch Senate vorgesehen ist.

Da in den maßgeblichen gesetzlichen Bestimmungen eine Senatszuständigkeit nicht vorgesehen ist, obliegt in der gegenständlichen Rechtssache die Entscheidung dem nach der jeweils geltenden Geschäftsverteilung des Bundesverwaltungsgerichtes zuständigen Einzelrichter.

Nach § 9 Abs. 2 Z 1 VwGVG ist belangte Behörde in den Fällen des Art. 130 Abs. 1 Z 1 B-VG jene Behörde, die den angefochtenen Bescheid erlassen hat - vorliegend sohin die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt. Nach Paragraph 9, Absatz 2, Ziffer eins, VwGVG ist belangte Behörde in den Fällen des Artikel 130, Absatz eins, Ziffer eins, B-VG jene

Behörde, die den angefochtenen Bescheid erlassen hat - vorliegend sohin die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt.

Das Verfahren der Verwaltungsgerichte mit Ausnahme des Bundesfinanzgerichtes ist durch das VwGVG, BGBl. I 33/2013 i.d.F. BGBl. I 122/2013, geregelt (§ 1 leg. cit.). Gemäß § 58 Abs. 2 VwGVG bleiben entgegenstehende Bestimmungen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Bundesgesetzes bereits kundgemacht wurden, in Kraft. Das Verfahren der Verwaltungsgerichte mit Ausnahme des Bundesfinanzgerichtes ist durch das VwGVG, Bundesgesetzblatt Teil eins, 33 aus 2013, in der Fassung Bundesgesetzblatt Teil eins, 122 aus 2013,, geregelt (Paragraph eins, leg. cit.). Gemäß Paragraph 58, Absatz 2, VwGVG bleiben entgegenstehende Bestimmungen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Bundesgesetzes bereits kundgemacht wurden, in Kraft.

Gemäß § 17 VwGVG sind, soweit in diesem Bundesgesetz nicht anderes bestimmt ist, auf das Verfahren über Beschwerden gemäß Art. 130 Abs. 1 B-VG die Bestimmungen des AVG mit Ausnahme der §§ 1 bis 5 sowie des IV. Teiles, und im Übrigen jene verfahrensrechtlichen Bestimmungen in Bundes- oder Landesgesetzen sinngemäß anzuwenden, die die Behörde in dem Verfahren vor dem Verwaltungsgericht vorangegangenen Verfahren angewendet hat oder anzuwenden gehabt hätte. Gemäß Paragraph 17, VwGVG sind, soweit in diesem Bundesgesetz nicht anderes bestimmt ist, auf das Verfahren über Beschwerden gemäß Artikel 130, Absatz eins, B-VG die Bestimmungen des AVG mit Ausnahme der Paragraphen eins bis 5 sowie des römisch vier. Teiles, und im Übrigen jene verfahrensrechtlichen Bestimmungen in Bundes- oder Landesgesetzen sinngemäß anzuwenden, die die Behörde in dem Verfahren vor dem Verwaltungsgericht vorangegangenen Verfahren angewendet hat oder anzuwenden gehabt hätte.

Gemäß § 27 VwGVG hat das Verwaltungsgericht, soweit es nicht Rechtswidrigkeit wegen Unzuständigkeit der Behörde gegeben findet, es den angefochtenen Bescheid, die angefochtene Ausübung unmittelbarer verwaltungsbehördlicher Befehls- und Zwangsgewalt und die angefochtene Weisung auf Grund der Beschwerde (§ 9 Abs. 1 Z 3 und 4) oder auf Grund der Erklärung über den Umfang der Anfechtung (§ 9 Abs. 3) zu überprüfen. Gemäß Paragraph 27, VwGVG hat das Verwaltungsgericht, soweit es nicht Rechtswidrigkeit wegen Unzuständigkeit der Behörde gegeben findet, es den angefochtenen Bescheid, die angefochtene Ausübung unmittelbarer verwaltungsbehördlicher Befehls- und Zwangsgewalt und die angefochtene Weisung auf Grund der Beschwerde (Paragraph 9, Absatz eins, Ziffer 3 und 4) oder auf Grund der Erklärung über den Umfang der Anfechtung (Paragraph 9, Absatz 3,) zu überprüfen.

Gemäß § 28 Abs. 1 VwGVG hat das Verwaltungsgericht die Rechtssache durch Erkenntnis zu erledigen, sofern die Beschwerde nicht zurückzuweisen oder das Verfahren einzustellen ist. Gemäß Paragraph 28, Absatz eins, VwGVG hat das Verwaltungsgericht die Rechtssache durch Erkenntnis zu erledigen, sofern die Beschwerde nicht zurückzuweisen oder das Verfahren einzustellen ist.

Gemäß § 28 Abs. 2 VwGVG hat das Verwaltungsgericht über Beschwerden gegen den Bescheid einer Verwaltungsbehörde wegen Rechtswidrigkeit iSd. Art. 130 Abs. 1 Z 1 B-VG dann in der Sache selbst zu entscheiden, wenn der maßgebliche Sachverhalt feststeht (Z 1) oder die Feststellung des maßgeblichen Sachverhalts durch das Verwaltungsgericht selbst im Interesse der Raschheit gelegen oder mit einer erheblichen Kostenersparnis verbunden ist (Z2). Gemäß Paragraph 28, Absatz 2, VwGVG hat das Verwaltungsgericht über Beschwerden gegen den Bescheid einer Verwaltungsbehörde wegen Rechtswidrigkeit iSd. Artikel 130, Absatz eins, Ziffer eins, B-VG dann in der Sache selbst zu entscheiden, wenn der maßgebliche Sachverhalt feststeht (Ziffer eins,) oder die Feststellung des maßgeblichen Sachverhalts durch das Verwaltungsgericht selbst im Interesse der Raschheit gelegen oder mit einer erheblichen Kostenersparnis verbunden ist (Z2).

Zu Spruchteil A): Abweisung der Beschwerde:

3.2. Bei der rechtlichen Beurteilung werden die Rechtsmaterien zum Zeitpunkt der Erlassung des erstinstanzlichen Bescheides herangezogen.

"§ 8 Abs. 1 Z 3 lit c ASVG" § 8 Absatz eins, Ziffer 3, Litera c, ASVG

§ 8. (1) Nur in den nachstehend angeführten Versicherungen sind überdies auf Grund dieses Bundesgesetzes versichert (teilversichert): Paragraph 8, (1) Nur in den nachstehend angeführten Versicherungen sind überdies auf Grund dieses Bundesgesetzes versichert (teilversichert):

[...]

3. in der Unfallversicherung hinsichtlich der nachstehend bezeichneten Tätigkeiten (Beschäftigungsverhältnisse):

[...]

c) die Teilnehmer an Umschulungs-, Nachschulungs- und sonstigen beruflichen Ausbildungslehrgängen der Gebietskörperschaften, des Arbeitsmarktservice, des Bundesamtes für Soziales und Behindertenwesen, der Sozialversicherungsträger sowie der gesetzlichen beruflichen Vertretungen der Dienstgeber und Dienstnehmer, soweit die Schulung nicht im Rahmen eines Dienst- oder Lehrverhältnisses durchgeführt wird, sowie die Lehrenden bei solchen Lehrgängen, desgleichen die Volontäre, ferner Personen, die in einer Einrichtung untergebracht sind, die der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge dient;

[...]

§ 28 ASVG Paragraph 28, ASVG

Zur Durchführung der Unfallversicherung sind sachlich zuständig:

1. die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, soweit nicht einer der unter Z 2 und 3 genannten Versicherungsträger zuständig ist; 1. die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, soweit nicht einer der unter Ziffer 2 und 3 genannten Versicherungsträger zuständig ist;

[...]

§ 35 ASVG Paragraph 35, ASVG

[...]

(2) Bei den nach § 4 Abs. 1 Z 4 und 5 Pflichtversicherten sowie den nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c und m Teilversicherten gilt der Träger der Einrichtung, in der die Ausbildung, Beschäftigungstherapie oder Unterbringung erfolgt, bei den nach § 4 Abs. 1 Z 8 Pflichtversicherten der Versicherungsträger, der die berufliche Ausbildung gewährt, bei den nach § 4 Abs. 1 Z 9 Pflichtversicherten die Entwicklungshilfeorganisation, bei der die Versicherten beschäftigt oder ausgebildet werden, bei den nach § 4 Abs. 1 Z 11 Pflichtversicherten der jeweilige Träger nach dem Freiwilligengesetz als Dienstgeber. Bei Heimarbeitern (§ 4 Abs. 1 Z 7) gilt als Dienstgeber der Auftraggeber im Sinne der gesetzlichen Vorschriften über die Heimarbeit, auch wenn sich der Auftraggeber zur Weitergabe der Arbeit an die Heimarbeiter einer Mittelsperson bedient. Bei den im § 3 Abs. 3 vorletzter Satz genannten Personen gilt der Beschäftigte im Sinne des § 3 Abs. 3 des Arbeitskräfteüberlassungsgesetzes als Dienstgeber. (2) Bei den nach Paragraph 4, Absatz eins, Ziffer 4 und 5 Pflichtversicherten sowie den nach Paragraph 8, Absatz eins, Ziffer 3, Litera c und m Teilversicherten gilt der Träger der Einrichtung, in der die Ausbildung, Beschäftigungstherapie oder Unterbringung erfolgt, bei den nach Paragraph 4, Absatz eins, Ziffer 8, Pflichtversicherten der Versicherungsträger, der die berufliche Ausbildung gewährt, bei den nach Paragraph 4, Absatz eins, Ziffer 9, Pflichtversicherten die Entwicklungshilfeorganisation, bei der die Versicherten beschäftigt oder ausgebildet werden, bei den nach Paragraph 4, Absatz eins, Ziffer 11, Pflichtversicherten der jeweilige Träger nach dem Freiwilligengesetz als Dienstgeber. Bei Heimarbeitern (Paragraph 4, Absatz eins, Ziffer 7,) gilt als Dienstgeber der Auftraggeber im Sinne der gesetzlichen Vorschriften über die Heimarbeit, auch wenn sich der Auftraggeber zur Weitergabe der Arbeit an die Heimarbeiter einer Mittelsperson bedient. Bei den im Paragraph 3, Absatz 3, vorletzter Satz genannten Personen gilt der Beschäftigte im Sinne des Paragraph 3, Absatz 3, des Arbeitskräfteüberlassungsgesetzes als Dienstgeber.

[...]

§ 74 Abs. 2 ASVG Paragraph 74, Absatz 2, ASVG

[...]

Der Beitrag für die nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c und f teilversicherten Personen ist von einer festen kalendertagsbezogenen Beitragsgrundlage zu bemessen, deren Höhe durch die Satzung des Unfallversicherungsträgers einheitlich festzusetzen ist; sie muss sich mindestens auf 2,18 € belaufen und darf die Höchstbeitragsgrundlage (§ 45 Abs. 1) nicht überschreiten. Der Beitragssatz wird gleichfalls durch die Satzung des Trägers der Unfallversicherung im Rahmen des Erforderlichen einheitlich festgesetzt. Der Beitrag für die nach Paragraph 8, Absatz eins, Ziffer 3, Litera c und f teilversicherten Personen ist von einer festen kalendertagsbezogenen Beitragsgrundlage zu bemessen, deren Höhe durch die Satzung des Unfallversicherungsträgers einheitlich festzusetzen ist; sie muss sich mindestens auf 2,18 € belaufen und darf die Höchstbeitragsgrundlage (Paragraph 45, Absatz eins,) nicht überschreiten. Der Beitragssatz wird gleichfalls durch die Satzung des Trägers der Unfallversicherung im Rahmen des Erforderlichen einheitlich festgesetzt.

[...]

§ 74 Abs. 3 Z 2 ASVG: Paragraph 74, Absatz 3, Ziffer 2, ASVG:

[...]

Die Beiträge sind zur Gänze zu tragen:

für die nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c teilversicherten Teilnehmer an Umschulungs-, Nachschulungs- und sonstigen beruflichen Ausbildungslehrgängen sowie für Lehrende bei solchen Lehrgängen von der den Lehrgang veranstaltenden Körperschaft, für die nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c teilversicherten Volontäre vom Inhaber des Betriebes, in dem die Tätigkeit ausgeübt wird, für die nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c teilversicherten Personen, die in einer Einrichtung untergebracht sind, die der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge dient, vom Träger der Einrichtung, in der die Unterbringung erfolgt; für die nach Paragraph 8, Absatz eins, Ziffer 3, Litera c, teilversicherten Teilnehmer an Umschulungs-, Nachschulungs- und sonstigen beruflichen Ausbildungslehrgängen sowie für Lehrende bei solchen Lehrgängen von der den Lehrgang veranstaltenden Körperschaft, für die nach Paragraph 8, Absatz eins, Ziffer 3, Litera c, teilversicherten Volontäre vom Inhaber des Betriebes, in dem die Tätigkeit ausgeübt wird, für die nach Paragraph 8, Absatz eins, Ziffer 3, Litera c, teilversicherten Personen, die in einer Einrichtung untergebracht sind, die der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge dient, vom Träger der Einrichtung, in der die Unterbringung erfolgt;

[...]

§ 2 Kärntner Krankenanstaltenordnung (K-KAO) Paragraph 2, Kärntner Krankenanstaltenordnung (K-KAO)

Die Krankenanstalten werden eingeteilt in

1. allgemeine Krankenanstalten, das sind Krankenanstalten für Personen, ohne Unterschied des Geschlechts, des Alters oder der Art der ärztlichen Betreuung (§ 1 Abs. 1 und 2); 1. allgemeine Krankenanstalten, das sind Krankenanstalten für Personen, ohne Unterschied des Geschlechts, des Alters oder der Art der ärztlichen Betreuung (Paragraph eins, Absatz eins und 2);
2. Sonderkrankenanstalten, das sind Krankenanstalten für die Untersuchung und Behandlung von Personen mit bestimmten Krankheiten oder von Personen bestimmter Altersstufen oder für bestimmte Zwecke;
3. Pflegeanstalten für chronisch Kranke, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen;
4. Sanatorien, das sind Krankenanstalten, die durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung entsprechen;
5. selbständige Ambulatorien, das sind organisatorisch selbständige Einrichtungen, die der Untersuchung oder Behandlung von Personen dienen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen. Der Verwendungszweck eines selbständigen Ambulatoriums erfährt dann keine Änderung, wenn dieses Ambulatorium über eine angemessene Zahl von Betten verfügt, die für eine kurzfristige, vierundzwanzig Stunden nicht überschreitende Unterbringung zur Durchführung ambulanter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unentbehrlich ist. Die Durchführung von Hausbesuchen im jeweiligen Einzugsgebiet ist zulässig."

3.3. § 28 Z 1 ASVG normiert die sachliche Zuständigkeit der belangten Behörde zur Durchführung der Unfallversicherung. Die XXXX ist eine Sonderkrankenanstalt für XXXX Rehabilitation und tritt nach außen ausschließlich als Rehabilitationszentrum in Erscheinung. Der vordergründige Zweck der Unterbringung ist die medizinische Rehabilitation. 3.3. Paragraph 28, Ziffer eins, ASVG normiert die sachliche Zuständigkeit der belangten Behörde zur Durchführung der Unfallversicherung. Die römisch 40 ist eine Sonderkrankenanstalt für römisch 40 Rehabilitation und tritt nach außen ausschließlich als Rehabilitationszentrum in Erscheinung. Der vordergründige Zweck der Unterbringung ist die medizinische Rehabilitation.

Dass die BF Träger der XXXX ist, welches der medizinischen Rehabilitation der dort untergebrachten Personen dient, ist nach der gesamten Aktenlage unbestritten. Die BF gilt daher gemäß § 35 Abs. 2 ASVG als Dienstgeber für die in der verfahrensgegenständlichen Klinik untergebrachten Teilversicherten nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c. Dass die BF Träger der

römisch 40 ist, welches der medizinischen Rehabilitation der dort untergebrachten Personen dient, ist nach der gesamten Aktenlage unbestritten. Die BF gilt daher gemäß Paragraph 35, Absatz 2, ASVG als Dienstgeber für die in der verfahrensgegenständlichen Klinik untergebrachten Teilversicherten nach Paragraph 8, Absatz eins, Ziffer 3, Litera c ASVG.

3.4. Der Verwaltungsgerichtshof (Zl. 87/08/0010 vom 10.06.1987; in diesem Sinne auch Zl. 86/08/0251 vom 10.03.1988) führt in seiner Rechtsprechung zu § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c Folgendes aus: 3.4. Der Verwaltungsgerichtshof (Zl. 87/08/0010 vom 10.06.1987; in diesem Sinne auch Zl. 86/08/0251 vom 10.03.1988) führt in seiner Rechtsprechung zu Paragraph 8, Absatz eins, Ziffer 3, Litera c, Folgendes aus:

"Gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c letzter Fall ASVG sind Personen, die in einer Einrichtung untergebracht sind, die der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge dient, in der Unfallversicherung teilversichert. Der Träger der Einrichtung, in der die Unterbringung erfolgt, gilt bei diesen Teilversicherten nach § 35 Abs. 2 zweiter Fall leg. cit. als Dienstgeber und hat nach § 74 Abs. 3 Z 2 letzter Fall leg. cit. auch die Unfallversicherungsbeiträge zu tragen." Gemäß Paragraph 8, Absatz eins, Ziffer 3, Litera c, letzter Fall ASVG sind Personen, die in einer Einrichtung untergebracht sind, die der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge dient, in der Unfallversicherung teilversichert. Der Träger der Einrichtung, in der die Unterbringung erfolgt, gilt bei diesen Teilversicherten nach Paragraph 35, Absatz 2, zweiter Fall leg. cit. als Dienstgeber und hat nach Paragraph 74, Absatz 3, Ziffer 2, letzter Fall leg. cit. auch die Unfallversicherungsbeiträge zu tragen.

Gemäß § 37 erster Satz leg. cit. sind für die Meldungen der nur in der Unfallversicherung pflichtversicherten Personen - von hier nicht in Betracht kommenden Ausnahmen abgesehen - die Grundsätze der §§ 33 bis 35 und 35 Abs. 3 mit der Maßgabe entsprechend anzuwenden, dass die Meldungen beim zuständigen Träger der Unfallversicherung zu erstatten sind. Gemäß Paragraph 37, erster Satz leg. cit. sind für die Meldungen der nur in der Unfallversicherung pflichtversicherten Personen - von hier nicht in Betracht kommenden Ausnahmen abgesehen - die Grundsätze der Paragraphen 33 bis 35 und 35 Absatz 3, mit der Maßgabe entsprechend anzuwenden, dass die Meldungen beim zuständigen Träger der Unfallversicherung zu erstatten sind.

Die Begründung der Versicherungspflicht in der Unfallversicherung nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c letzter Fall ASVG setzt entgegen der Ansicht der belangten Behörde nicht voraus, dass die Krankenanstalt (Einrichtung), in der die Unterbringung des Versicherten erfolgt, überwiegend der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge dient. Dass die Versicherungspflicht auslösende Versicherungsbedürfnis ergibt sich nämlich nicht aus der Zweckbestimmung der Anstalt allein, in der der Versicherte untergebracht ist; vielmehr wird es durch die Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation oder der Gesundheitsvorsorge begründet, denen der Versicherte in der Anstalt, in der er untergebracht ist, unterzogen wird (z.B. Bewegungstherapie, vgl. 1084 BlgNR 14. GP 30). Ob die Anstalt überwiegend diesen oder anderen Zwecken dient, ist für das die Einbeziehung der in der Anstalt untergebrachten Personen in die Unfallversicherung begründende Versicherungsbedürfnis ohne Belang. Fehlen einer Anstalt allerdings jegliche Einrichtungen, die der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge dienen, dann ist dieses Versicherungsbedürfnis nicht gegeben, weil von vornherein auszuschließen ist, dass bei den dort untergebrachten Personen Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge durchgeführt werden. Die in einer solchen Anstalt untergebrachten Personen können daher auf keinen Fall der Teilversicherung in der Unfallversicherung nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c letzter Fall ASVG unterliegen. Bestehen jedoch in einer Krankenanstalt auch Einrichtungen, die der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge dienen, und werden dort Patienten zum Zwecke der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge untergebracht, dann sind diese Personen im Rahmen der Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge jedenfalls auch den im speziellen Fall die Versicherungspflicht in der Unfallversicherung begründenden Risiken ausgesetzt. Dies gilt auch dann, wenn die in der Krankenanstalt vorhandenen Einrichtungen keine "umfassende" medizinische Rehabilitation, sondern bloß bestimmte Rehabilitationsmaßnahmen ermöglichen. So gesehen muss die Teilversicherung dieser Personen in der Unfallversicherung nach der genannten Bestimmung aber auch dann bejaht werden, wenn bei ihnen im Zuge der Unterbringung zum Zwecke der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge auch Akutbehandlungen vorgenommen worden sein sollten. Ob die Unterbringung etwa den Bestimmungen der §§ 155 f (insbesondere § 155 Abs. 2 Z. 4) oder 300 ff (insbesondere § 302 Abs. 1 Z. 1 oder § 307a Abs. 2 Z. 4) ASVG entsprochen hat, ist für die Teilversicherung in der Unfallversicherung gleichfalls nicht von Belang. "Die Begründung der Versicherungspflicht in der Unfallversicherung nach Paragraph 8, Absatz eins, Ziffer 3, Litera c, letzter Fall ASVG setzt entgegen der Ansicht der

belangten Behörde nicht voraus, dass die Krankenanstalt (Einrichtung), in der die Unterbringung des Versicherten erfolgt, überwiegend der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge dient. Das die Versicherungspflicht auslösende Versicherungsbedürfnis ergibt sich nämlich nicht aus der Zweckbestimmung der Anstalt allein, in der der Versicherte untergebracht ist; vielmehr wird es durch die Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation oder der Gesundheitsvorsorge begründet, denen der Versicherte in der Anstalt, in der er untergebracht ist, unterzogen wird (z.B. Bewegungstherapie, vergleiche 1084 BlgNR 14. Gesetzgebungsperiode 30). Ob die Anstalt überwiegend diesen oder anderen Zwecken dient, ist für das die Einbeziehung der in der Anstalt untergebrachten Personen in die Unfallversicherung begründende Versicherungsbedürfnis ohne Belang. Fehlen einer Anstalt allerdings jegliche Einrichtungen, die der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge dienen, dann ist dieses Versicherungsbedürfnis nicht gegeben, weil von vornherein auszuschließen ist, dass bei den dort untergebrachten Personen Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge durchgeführt werden. Die in einer solchen Anstalt untergebrachten Personen können daher auf keinen Fall der Teilversicherung in der Unfallversicherung nach Paragraph 8, Absatz eins, Ziffer 3, Litera c, letzter Fall ASVG unterliegen. Bestehen jedoch in einer Krankenanstalt auch Einrichtungen, die der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge dienen, und werden dort Patienten zum Zwecke der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge untergebracht, dann sind diese Personen im Rahmen der Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge jedenfalls auch den im speziellen Fall die Versicherungspflicht in der Unfallversicherung begründenden Risiken ausgesetzt. Dies gilt auch dann, wenn die in der Krankenanstalt vorhandenen Einrichtungen keine "umfassende" medizinische Rehabilitation, sondern bloß bestimmte Rehabilitationsmaßnahmen ermöglichen. So gesehen muss die Teilversicherung dieser Personen in der Unfallversicherung nach der genannten Bestimmung aber auch dann bejaht werden, wenn bei ihnen im Zuge der Unterbringung zum Zwecke der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge auch Akutbehandlungen vorgenommen worden sein sollten. Ob die Unterbringung etwa den Bestimmungen der Paragraphen 155, f (insbesondere Paragraph 155, Absatz 2, Ziffer 4,) oder 300 ff (insbesondere Paragraph 302, Absatz eins, Ziffer eins, oder Paragraph 307 a, Absatz 2, Ziffer 4,) ASVG entsprochen hat, ist für die Teilversicherung in der Unfallversicherung gleichfalls nicht von Belang."

Im Sinne der zitierten Entscheidungen ist es ausreichend, wenn in der Krankenanstalt auch Einrichtungen bestehen, die der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge dienen und dort Patienten zu diesen Zwecken untergebracht werden. Hierbei ist entscheidend, dass diese Personen im Rahmen der Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation/Gesundheitsvorsorge jedenfalls auch den die Versicherungspflicht in der Unfallversicherung begründenden Risiken ausgesetzt sind.

3.5. In den Erläuternden Bemerkungen zur RV, 1084 Blg. NR XIV. GP zu §§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. c, 28 Z 2, 35 Abs. 2 und 74 Abs. 3 Z.2) wird Folgendes ausgeführt: 3.5. In den Erläuternden Bemerkungen zur RV, 1084 Blg. NR römisch vierzehn. Gesetzgebungsperiode zu Paragraphen 8, Absatz eins, Ziffer 3, Litera c,, 28 Ziffer 2, 35, Absatz 2 und 74 Absatz 3, Ziffer 2,) wird Folgendes ausgeführt:

"Die Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter und die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt haben darauf hingewiesen, dass zurzeit die in vorwiegend der Rehabilitation dienenden Krankenanstalten der Pensionsversicherungsträger untergebrachten Patienten auf Grund der mit einer solchen Unterbringung verbundenen arbeitstherapeutischen Maßnahmen gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c ASVG unfallversichert gehalten (als Teilnehmer an Umschulungs- bzw. Nachschulungs- oder sonstigen beruflichen Ausbildungslehrgängen eines Sozialversicherungsträgers) wenden. Im Hinblick auf die Fortentwicklung und die damit verbundenen Differenzierung der Rehabilitationsmethoden wird nach Meinung der beiden Anstalten eine Abgrenzung der in Rede stehenden Personen von jenen Patienten, die im Rahmen des Therapiebetriebes Tätigkeiten verrichten, die nicht ohne weiteres als berufliche Schulungsmaßnahmen verstanden werden, können, immer schwieriger; andererseits besteht nach den Feststellungen der Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter auch bei solchen anderen. Formen der Therapie (z. B. Bewegungstherapie) ein Versicherungsbedürfnis. Durch die vorliegende Ergänzung des § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c ASVG wird den dargestellten Überlegungen insofern entsprochen, als Personen, die in einer Einrichtung untergebracht sind, die der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge dient, in die Unfallversicherung einbezogen werden. Infolge der Einbeziehung der in einer Einrichtung, die der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge dient, unter gebrachten Personen in den Unfallversicherungsschutz bedarf es einer Ergänzung auch (des § 74 Abs. 3 Z. 2 ASVG in der Richtung, dass der Träger der Einrichtung, in der die Unterbringung erfolgt, die Beiträge zur Gänze zu

tragen hat." "Die Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter und die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt haben darauf hingewiesen, dass zurzeit die in vorwiegend der Rehabilitation dienenden Krankenanstalten der Pensionsversicherungsträger untergebrachten Patienten auf Grund der mit einer solchen Unterbringung verbundenen arbeitstherapeutischen Maßnahmen gemäß Paragraph 8, Absatz eins, Ziffer 3, Litera c, ASVG unfallversichert gehalten (als Teilnehmer an Umschulungs- bzw. Nachschulungs- oder sonstigen beruflichen Ausbildungslehrgängen eines Sozialversicherungsträgers) wenden. Im Hinblick auf die Fortentwicklung und die damit verbundenen Differenzierung der Rehabilitationsmethoden wird nach Meinung der beiden Anstalten eine Abgrenzung der in Rede stehenden Personen von jenen Patienten, die im Rahmen des Therapiebetriebes Tätigkeiten verrichten, die nicht ohne weiteres als berufliche Schulungsmaßnahmen verstanden werden, können, immer schwieriger; andererseits besteht nach den Feststellungen der Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter auch bei solchen anderen. Formen der Therapie (z. B. Bewegungstherapie) ein Versicherungsbedürfnis. Durch die vorliegende Ergänzung des Paragraph 8, Absatz eins, Ziffer 3, Litera c, ASVG wird den dargestellten Überlegungen insofern entsprochen, als Personen, die in einer Einrichtung untergebracht sind, die der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge dient, in die Unfallversicherung einbezogen werden. Infolge der Einbeziehung der in einer Einrichtung, die der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge dient, unter gebrachten Personen in den Unfallversicherungsschutz bedarf es einer Ergänzung auch (des Paragraph 74, Absatz 3, Ziffer 2, ASVG in der Richtung, dass der Träger der Einrichtung, in der die Unterbringung erfolgt, die Beiträge zur Gänze zu tragen hat."

Mit den beiden obig zitierten Formulierungen der Regierungsvorlage "andererseits besteht [...] auch bei solchen anderen Formen der Therapie (z. B. Bewegungstherapie) ein Versicherungsbedürfnis" sowie "durch die vorliegende Ergänzung des § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c ASVG wird den dargestellten Überlegungen insofern entsprochen, als Personen, die in einer Einrichtung untergebracht sind, die der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge dient, in die Unfallversicherung einbezogen werden" wird deutlich, dass der Gesetzgeber bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen ein umfassendes Versicherungsbedürfnis durch die Einbindung in die Pflichtversicherung der Unfallversicherung unter anderem jener Personen intendierte, die in einer Einrichtung der medizinischen Rehabilitation zu deren Zwecke untergebracht sind. Mit den beiden obig zitierten Formulierungen der Regierungsvorlage "andererseits besteht [...] auch bei solchen anderen Formen der Therapie (z. B. Bewegungstherapie) ein Versicherungsbedürfnis" sowie "durch die vorliegende Ergänzung des Paragraph 8, Absatz eins, Ziffer 3, Litera c, ASVG wird den dargestellten Überlegungen insofern entsprochen, als Personen, die in einer Einrichtung untergebracht sind, die der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge dient, in die Unfallversicherung einbezogen werden" wird deutlich, dass der Gesetzgeber bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen ein umfassendes Versicherungsbedürfnis durch die Einbindung in die Pflichtversicherung der Unfallversicherung unter anderem jener Personen intendierte, die in einer Einrichtung der medizinischen Rehabilitation zu deren Zwecke untergebracht sind.

3.6. Im vorliegenden Beschwerdefall ist unter einer Einrichtung der medizinischen Rehabilitation jedenfalls auch eine Sonderkrankenanstalt für XXXX Rehabilitation zu subsumieren, wie es die verfahrensgegenständliche Einrichtung ist, hierbei wird auf die getroffenen Feststellungen verwiesen. 3.6. Im vorliegenden Beschwerdefall ist unter einer Einrichtung der medizinischen Rehabilitation jedenfalls auch eine Sonderkrankenanstalt für römisch 40 Rehabilitation zu subsumieren, wie es die verfahrensgegenständliche Einrichtung ist, hierbei wird auf die getroffenen Feststellungen verwiesen.

Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation hat die medizinische Behandlung in der jeweiligen Einrichtung selbst zu erfolgen (VwGH vom 10.03.1988, Zl. 86/08/0251).

Der Begriff der "Unterbringung" einer Person in einer Einrichtung schließt ein Element der Dauer ein, das im Falle einer bloßen Vorsprache bei einer solchen Einrichtung, ihrer ambulanten Inanspruchnahme oder anderer kurzfristiger Aufenthalte nicht gegeben ist, weshalb keine Unfallversicherungspflicht besteht (VwGH vom 24.06.1997, Zl. 95/08/0064, VwSlg 14.696 A). Da es nicht auf eine bestimmte Form therapeutischer Maßnahmen (zB arbeitstherapeutischer Art) ankommen soll, reicht die bloße Unterbringung, die immer mit Therapiemaßnahmen verbunden sein wird, aus (vgl. Teschner/Widlar/Pöltner, ASVG § 8 Anm. 19). Eine Einrichtung muss weder ausschließlich noch überwiegend Zwecken der Reha und/oder Gesundheitsvorsorge dienen. Es genügt, wenn in einer Krankenanstalt auch solche Einrichtungen bestehen und Patienten zu diesem Zweck untergebracht werden. Es schadet auch nicht, wenn nur bestimmte Reha-Maßnahmen möglich sind und zudem auch Akutbehandlungen vorgenommen werden (VwGH vom 10.03.1988, Zl. 86/08/0251, VwSlg 12.667 A; VwGH vom 10.06.1987, Zl. 87/08/0010, ÖJZ VwGH A 1988/207;

Moser in Moser/Müller/Pfeil, SV-Kommentar zu § 8 ASVG, RZ 40). Der Begriff der "Unterbringung" einer Person in einer Einrichtung schließt ein Element der Dauer ein, das im Falle einer bloßen Vorsprache bei einer solchen Einrichtung, ihrer ambulanten Inanspruchnahme oder anderer kurzfristiger Aufenthalte nicht gegeben ist, weshalb keine Unfallversicherungspflicht besteht (VwGH vom 24.06.1997, Zl. 95/08/0064, VwSlg 14.696 A). Da es nicht auf eine bestimmte Form therapeutischer Maßnahmen (zB arbeitstherapeutischer Art) ankommen soll, reicht die bloße Unterbringung, die immer mit Therapiemaßnahmen verbunden sein wird, aus vergleiche Teschner/Widlar/Pöltner, ASVG Paragraph 8, Anmerkung 19). Eine Einrichtung muss weder ausschließlich noch überwiegend Zwecken der Reha und/oder Gesundheitsvorsorge dienen. Es genügt, wenn in einer Krankenanstalt auch solche Einrichtungen bestehen und Patienten zu diesem Zweck untergebracht werden. Es schadet auch nicht, wenn nur bestimmte Reha-Maßnahmen möglich sind und zudem auch Akutbehandlungen vorgenommen werden (VwGH vom 10.03.1988, Zl. 86/08/0251, VwSlg 12.667 A; VwGH vom 10.06.1987, Zl. 87/08/0010, ÖJZ VwGH A 1988/207; Moser in Moser/Müller/Pfeil, SV-Kommentar zu Paragraph 8, ASVG, RZ 40).

Nach der Judikatur des VwGH muss die Teilversicherung der Personen in der Unfallversicherung einerseits bejaht werden, wenn in einer Krankenanstalt auch Einrichtungen bestehen, die der medizinischen Rehabilitation dienen, und dort Patienten zum Zwecke der medizinischen Rehabilitation untergebracht sind, da diese Personen im Rahmen der Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation jedenfalls auch den im speziellen Fall die Versicherungspflicht in der Unfallversicherung begründenden Risiken ausgesetzt sind, - als andererseits auch dann -, wenn bei ihnen im Zuge der Unterbringung zum Zwecke der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge auch Akutbehandlungen vorgenommen worden sein sollten (VwGH vom 10.06.1987, Zl. 87/08/0010).

Wenn daher die BF anführt, dass es für manche Patienten/RehabilitandInnen ausschließlich eine Heilbehandlung/Krankenbehandlung gebe, jedoch keine Maßnahmen der Rehabilitation, so übersieht sie, dass im Sinne der zitierten Judikatur des Verwaltungsgerichtshofes (VwGH vom 10.06.1987, Zl. 87/08/0010; VwGH vom 10.03.1988, Zl. 86/08/0251) auch jene Personengruppe einer Rehabilitationseinrichtung, bei der im Zuge der Unterbringung zum Zwecke der medizinischen Rehabilitation "Akutbehandlungen" (ergo [intensiv]-medizinische Maßnahmen) vorgenommen worden sein sollten, von der Unfallversicherung mitumfasst ist.

Zudem ergibt sich aus der Regierungsvorlage (1084 Blg. NR XIV. GP), dass die Novellierung des § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c auch den Zweck hatte, den Personenkreis, der von der Unfallversicherung erfasst sein sollte, zu erweitern. Zudem ergibt sich aus der Regierungsvorlage (1084 Blg. NR römisch vierzehn. GP), dass die Novellierung des Paragraph 8, Absatz eins, Ziffer 3, Litera c, auch den Zweck hatte, den Personenkreis, der von der Unfallversicherung erfasst sein sollte, zu erweitern.

Eine Rehabilitation hat unter dem Aspekt der Ganzheitlichkeit zu erfolgen. Dies geht auch aus der Vorgabe der WHO hervor, nach welcher es heißt: "Rehabilitation ist der koordinierte Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, technischer und pädagogischer Maßnahmen zur Funktionsverbesserung, zum Erreichen einer größtmöglichen Eigenaktivität, zur weitestgehenden unabhängigen Partizipation in allen Lebensbereichen, damit der Betroffene in seiner Lebensgestaltung so frei wie möglich wird."

3.7. Für den zu beurteilenden Fall bedeutet dies:

Gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c ASVG sind Personen, die in einer Einrichtung untergebracht sind, die der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge dienen, in der Unfallversicherung teilversichert. Bei dieser Versicherung handelt es sich um eine Pflichtversicherung. Die Beiträge zur Teilversicherung in der Unfallversicherung sind gemäß § 74 Abs. 3 Z 2 ASVG zur Gänze vom Träger der Einrichtung, in der die Unterbringung erfolgt, zu tragen. Der Träger der Einrichtung, in der die Unterbringung erfolgt, gilt gemäß § 35 Abs. 2 ASVG als Dienstgeber, der nach den Bestimmungen der §§ 33 iVm 35 Abs. 2 iVm 37 Meldung bei der belangten Behörde zu erstatten und gemäß § 74 Abs. 3 Z 2 ASVG die Unfallversicherungsbeiträge zur Gänze zu tragen hat. Gemäß Paragraph 8, Absatz eins, Ziffer 3, Litera c, ASVG sind Personen, die in einer Einrichtung untergebracht sind, die der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge dienen, in der Unfallversicherung teilversichert. Bei dieser Versicherung handelt es sich um eine Pflichtversicherung. Die Beiträge zur Teilversicherung in der Unfallversicherung sind gemäß Paragraph 74, Absatz 3, Ziffer 2, ASVG zur Gänze vom Träger der Einrichtung, in der die Unterbringung erfolgt, zu tragen. Der Träger der Einrichtung, in der die Unterbringung erfolgt, gilt gemäß Paragraph 35, Absatz 2, ASVG als Dienstgeber, der nach den

Bestimmungen der Paragraphen 33, in Verbindung mit 35 Absatz 2, in Verbindung mit 37 Meldung bei der belangten Behörde zu erstatten und gemäß Paragraph 74, Absatz 3, Ziffer 2, ASVG die Unfallversicherungsbeiträge zur Gänze zu tragen hat.

Ob die Unterbringung den Bestimmungen der §§ 300 ff ASVG entsprochen hat, ist der höchstgerichtlichen Judikatur zufolge für die Teilversicherung in der Unfallversicherung nicht von Belang (VwGH vom 10.06.1987, Zl. 87/08/0010). Ob die Unterbringung den Bestimmungen der Paragraphen 300, ff ASVG entsprochen hat, ist der höchstgerichtlichen Judikatur zufolge für die Teilversicherung in der Unfallversicherung nicht von Belang (VwGH vom 10.06.1987, Zl. 87/08/0010).

Im Sinne der zitierten Judikatur des VwGH ist davon auszugehen, dass die in der XXXX untergebrachten Personen im Rahmen der durchgeführten Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation im verfahrensgegenständlichen Zeitraum jedenfalls auch den im speziellen Fall die Versicherungspflicht in der Unfallversicherung begründenden Risiken ausgesetzt waren. Im Sinne der zitierten Judikatur des VwGH ist davon auszugehen, dass die in der römisch 40 untergebrachten Personen im Rahmen der durchgeführten Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation im verfahrensgegenständlichen Zeitraum jedenfalls auch den im speziellen Fall die Versicherungspflicht in der Unfallversicherung begründenden Risiken ausgesetzt waren.

Die XXXX ist eine auf Rehabilitation spezialisierte Einrichtung. Die Durchführung von nicht rein rehabilitativen Maßnahmen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation ändert nichts am Vorliegen von Unfallgefahren und der damit verbundenen Versicherungspflicht, daher sind auch die die Versicherungspflicht in der Unfallversicherung begründenden Risiken gegeben. Die römisch 40 ist eine auf Rehabilitation spezialisierte Einrichtung. Die Durchführung von nicht rein rehabilitativen Maßnahmen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation ändert nichts am Vorliegen von Unfallgefahren und der damit verbundenen Versicherungspflicht, daher sind auch die die Versicherungspflicht in der Unfallversicherung begründenden Risiken gegeben.

Wenn die BF vorbringt, dass für einen Teil der Patienten keine Maßnahmen der Rehabilitation erbracht worden seien, so ist dem entgegenzuhalten, dass im vorliegenden Beschwerdefall bei den von der verfahrensgegenständlichen Klinik an den RehabilitandInnen vorgenommenen Behandlungen nicht von einer stringenten Trennung zwischen reiner Krankenbehandlung und Rehabilitationsmaßnahmen auszugehen sein wird, sondern sämtliche durchgeführten Behandlungen (ergo auch "Akutbehandlungen" im Sinne von [intensiv]-medizinischen Behandlungen) im Rahmen der Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation - und damit jeweils zum Zwecke des übergeordneten Ziels der Rehabilitation - erfolgt sind.

Es erscheint daher nicht unsachlich, den gesamten Personenkreis der RehabilitandInnen der XXXX im entscheidungsmaßgeblichen Zeitraum zur Abdeckung von Risiken im Umfeld der Sozialversicherung in die Unfallversicherung einzubeziehen. Es erscheint daher nicht unsachlich, den gesamten Personenkreis der RehabilitandInnen der römisch 40 im entscheidungsmaßgeblichen Zeitraum zur Abdeckung von Risiken im Umfeld der Sozialversicherung in die Unfallversicherung einzubeziehen.

Der erkennende Richter schließt sich bei der zu lösenden Rechtsfrage im Sinne der bislang ergangenen höchstgerichtlichen Entscheidungen der Rechtsmeinung der belangten Behörde an, wenn diese sich im Besonderen auf das Judikat VwGH vom 10.06.1987, Zl. 87/08/0010 stützt.

3.8. Berechnung der Unfallversicherungsbeiträge:

Die Berechnung der zu leistenden Unfallversicherungsbeiträge wurde im erstinstanzlichen Bescheid bzw. in der Stellungnahme der belangten Behörde plausibel aufgeschlüsselt und nachvollziehbar dargelegt, somit geht der diesbezügliche Einwand der BF ins Leere.

3.9. Die Beschwerde erweist sich aus den genannten Gründen als unbegründet und war daher abzuweisen.

4. Entfall einer mündlichen Verhandlung

Gemäß § 24 Abs. 1 VwGVG hat das Verwaltungsgericht auf Antrag oder, wenn es dies für erforderlich hält, von Amts wegen eine öffentliche mündliche Verhandlung durchzuführen. Gemäß Abs. 3 hat der Beschwerdeführer die Durchführung einer Verhandlung in der Beschwerde oder im Vorlageantrag zu beantragen. Den sonstigen Parteien ist Gelegenheit zu geben, binnen angemessener, zwei Wochen nicht übersteigender Frist einen Antrag auf Durchführung einer Verhandlung zu stellen. Ein Antrag auf Durchführung einer Verhandlung kann nur mit Zustimmung der anderen

Parteien zurückgezogen werden. Gemäß Abs. 4 kann, soweit durch Bundes- oder Landesgesetz nicht anderes bestimmt ist, das Verwaltungsgericht ungeachtet eines Parteiantrages von einer Verhandlung absehen, wenn die Akten erkennen lassen, dass die mündliche Erörterung eine weitere Klärung der Rechtssache nicht erwarten lässt, und einem Entfall der Verhandlung weder Art. 6 Abs. 1 der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten, BGBl. Nr. 210/1958, noch Art. 47 der Charta der Grundrechte der Europäischen Union, ABl. Nr. C 83 vom 30.03.2010 S. 389 entgegenstehen. Gemäß Abs. 5 kann das Verwaltungsgericht von der Durchführung (Fortsetzung) einer Verhandlung absehen, wenn die Parteien ausdrücklich darauf verzichten. Ein solcher Verzicht kann bis zum Beginn der (fortgesetzten) Verhandlung erklärt werden. Gemäß Paragraph 24, Absatz eins, VwGVG hat das Verwaltungsgericht auf Antrag oder, wenn es dies für erforderlich hält, von Amts wegen eine öffentliche mündliche Verhandlung durchzuführen. Gemäß Absatz 3, hat der Beschwerdeführer die Durchführung einer Verhandlung in der Beschwerde oder im Vorlageantrag zu beantragen. Den sonstigen Parteien ist Gelegenheit zu geben, binnen angemessener, zwei Wochen nicht übersteigender Frist einen Antrag auf Durchführung einer Verhandlung zu stellen. Ein Antrag auf Durchführung einer Verhandlung kann nur mit Zustimmung der anderen Parteien zurückgezogen werden. Gemäß Absatz 4, kann, soweit durch Bundes- oder Landesgesetz nicht anderes bestimmt ist, das Verwaltungsgericht ungeachtet eines Parteiantrages von einer Verhandlung absehen, wenn die Akten erkennen lassen, dass die mündliche Erörterung eine weitere Klärung der Rechtssache nicht erwarten lässt, und einem Entfall der Verhandlung weder Artikel 6, Absatz eins, der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten, Bundesgesetzblatt Nr. 210 aus 1958,, noch Artikel 47, der Charta der Grundrechte der Europäischen Union, ABl. Nr. C 83 vom 30.03.2010 S. 389 entgegenstehen. Gemäß Absatz 5, kann das Verwaltungsgericht von der Durchführung (Fortsetzung) einer Verhandlung absehen, wenn die Parteien ausdrücklich darauf verzichten. Ein solcher Verzicht kann bis zum Beginn der (fortgesetzten) Verhandlung erklärt werden.

Im gegenständlichen Fall ist dem angefochtenen Bescheid ein umfassendes Ermittlungsverfahren durch die belangte Behörde vorangegangen. Für die in der Beschwerde behauptete Mangelhaftigkeit des Verfahrens ergeben sich aus der Sicht des Bundesverwaltungsgerichtes keinerlei Anhaltspunkte. Vielmehr wurde den Grundsätzen der Amtswegigkeit, der freien Beweiswürdigung, der Erforschung der materiellen Wahrheit und des Parteiengehörs entsprochen. So ist die belangte Behörde ihrer Ermittlungspflicht durch detaillierte Recherche nachgekommen. Der Sachverhalt wurde nach Durchführung eines ordnungsgemäßen Ermittlungsverfahrens unter schlüssiger Beweiswürdigung festgestellt.

Der für diesen Fall maßgebliche Sachverhalt konnte als durch die Aktenlage hinreichend geklärt erachtet werden. In der Beschwerde wurden keine noch zu klärenden Tatsachenfragen in konkreter und substantiierter Weise aufgeworfen und war gegenständlich auch keine komplexe Rechtsfrage zu lösen (VwGH 31.07.2007, GZ 2005/05/0080). Dem Absehen von der Verhandlung stehen hier auch Art 6 Abs. 1 EMRK und Art 47 der Charta der Grundrechte der Europäischen Union nicht entgegen. Der für diesen Fall maßgebliche Sachverhalt konnte als durch die Aktenlage hinreichend geklärt erachtet werden. In der Beschwerde wurden keine noch zu klärenden Tatsachenfragen in konkreter und substantiierter Weise aufgeworfen und war gegenständlich auch keine komplexe Rechtsfrage zu lösen (VwGH 31.07.2007, GZ 2005/05/0080). Dem Absehen von der Verhandlung stehen hier auch Artikel 6, Absatz eins, EMRK und Artikel 47, der Charta der Grundrechte der Europäischen Union nicht entgegen.

Zu Spruchteil B): Unzulässigkeit der Revision:

Gemäß § 25a Abs. 1 des Verwaltungsgerichtshofgesetzes 1985 (VwGG), BGBl. Nr. 10/1985 idgF, hat das Verwaltungsgericht im Spruch seines Erkenntnisses oder Beschlusses auszusprechen, ob die Revision gemäß Art. 133 Abs. 4 B-VG zulässig ist. Der Ausspruch ist kurz zu begründen. Gemäß Paragraph 25 a, Absatz eins, des Verwaltungsgerichtshofgesetzes 1985 (VwGG), Bundesgesetzblatt Nr. 10 aus 1985, idgF, hat das Verwaltungsgericht im Spruch seines Erkenntnisses oder Beschlusses auszusprechen, ob die Revision gemäß Artikel 133, Absatz 4, B-VG zulässig ist. Der Ausspruch ist kurz zu begründen.

Die Revision gegen die gegenständliche Entscheidung ist gemäß Art. 133 Abs. 4 B-VG nicht zulässig, weil die Entscheidung nicht von der Lösung einer Rechtsfrage abhängt, der grundsätzliche Bedeutung zukommt. Weder weicht die gegenständliche Entscheidung von der bisherigen Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes ab, noch fehlt es an einer Rechtsprechung; weiters ist die vorliegende Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes auch nicht als uneinheitlich zu beurteilen. Auch liegen keine sonstigen Hinweise auf eine grundsätzliche Bedeutung der zu lösenden Rechtsfrage vor. Die Revision gegen die gegenständliche Entscheidung ist gemäß Artikel 133, Absatz 4, B-VG nicht zulässig, weil die Entscheidung nicht von der Lösung einer Rechtsfrage abhängt, der grundsätzliche Bedeutung

zukommt. Weder weicht die gegenständliche Entscheidung von der bisherigen Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes ab, noch fehlt es an einer Rechtsprechung; weiters ist die vorliegende Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes auch nicht als uneinheitlich zu beurteilen. Auch liegen keine sonstigen Hinweise auf eine grundsätzliche Bedeutung der zu lösenden Rechtsfrage vor.

Konkrete Rechtsfragen grundsätzlicher Bedeutung sind weder in der gegenständlichen Beschwerde vorgebracht worden noch im Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht hervorgekommen.

Schlagworte

Dienstgebereigenschaft, Krankenanstalt, Pflichtversicherung,
Unfallversicherung

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:BVWG:2015:G302.2005202.1.00

Zuletzt aktualisiert am

29.09.2016

Quelle: Bundesverwaltungsgericht BVwg, <https://www.bvwg.gv.at>

© 2026 JUSLINE

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

www.jusline.at