

TE Vfgh Erkenntnis 2006/3/17 B304/05

JUSLINE Entscheidung

🕒 Veröffentlicht am 17.03.2006

Index

L9 Sozial- und Gesundheitsrecht

L9440 Krankenanstalt, Spital

Norm

B-VG Art83 Abs2

ABGB §1042

ASVG §144, §151

Bund-Länder-Vereinbarung gemäß Art15a Abs1 B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, BGBl I 60/2002 - LKF-Vereinbarung

Bund-Länder-Vereinbarung gemäß Art15a Abs1 B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000, BGBl I 111/1997 - LKF-Vereinbarung

Oö KAG 1997 §71

Leitsatz

Verletzung im Recht auf ein Verfahren vor dem gesetzlichen Richter durch Zurückweisung des Antrags der beschwerdeführenden Betriebskrankenkasse auf Ersatz der Kosten für intensivmedizinische Betreuung eines Versicherten im häuslichen Bereich durch den Oö Krankenanstaltenfonds; keine medizinische Hauskrankenpflege iSd ASVG; Anspruch im Hinblick auf die erforderliche, aber mangels Vorhandenseins verfügbarer Einrichtungen nicht mögliche Anstaltspflege vom System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung erfasst; Zuständigkeit der Schiedskommission nach dem Oö KAG 1997 daher gegeben

Spruch

Die beschwerdeführende Partei ist durch den angefochtenen Bescheid in ihrem verfassungsgesetzlich gewährleisteten Recht auf ein Verfahren vor dem gesetzlichen Richter verletzt worden.

Der Bescheid wird aufgehoben.

Das Land Oberösterreich ist schuldig, der beschwerdeführenden Partei zu Handen ihres Rechtsvertreters die mit EUR 2160,-- bestimmten Prozesskosten binnen vierzehn Tagen bei Exekution zu ersetzen.

Begründung

Entscheidungsgründe:

I . 1. Der bei der beschwerdeführenden Betriebskrankenkasse versicherte Markus M erlitt im Jahr 1997 einen Verkehrsunfall; seither besteht bei ihm eine nahezu komplette Querschnittlähmung unterhalb des Kopfes. M wird im Erdgeschoß eines von seiner Familie errichteten und behindertengerecht ausgestatteten Wohnhauses durch

geschultes Personal auf Grund ärztlicher Anordnung betreut. Das Pflegepersonal arbeitet im 12-Stunden-Rhythmus, wobei jeweils zwei Pflegepersonen eine Woche lang im Wechseldienst die Pflege durchführen.

Mit Bescheid vom 11. März 1999 wies die beschwerdeführende Partei den Antrag des M auf Gewährung der medizinischen Hauskrankenpflege gemäß §151 ASVG ab; begründend wurde dazu ausgeführt, bei M liege der Versicherungsfall der Krankheit nicht (mehr) vor. M erhob sodann an das Landesgericht Linz als Arbeits- und Sozialgericht Klage mit dem Begehren, die beschwerdeführende Partei zur Gewährung der Hauskrankenpflege zu verurteilen. Das Landesgericht Linz erkannte die beschwerdeführende Partei im zweiten Rechtsgang mit Urteil vom 29. Juli 2002 für schuldig, ab 23. Mai 2002 die Kosten der Hauskrankenpflege des M in Höhe von monatlich EUR 23.302,49 zu übernehmen (bis zu diesem Tag hatte die beschwerdeführende Partei die Kosten freiwillig übernommen). Dieses Urteil wurde vom Berufungsgericht bestätigt.

Mit Beschluss des Obersten Gerichtshofes vom 21. Juni 2004, 10 ObS 68/04d, wurden - in Stattgebung der Revision der beschwerdeführenden Partei - die Urteile der Vorinstanzen im stattgebenden Teil aufgehoben und die Sozialrechtssache zur neuerlichen Verhandlung und Entscheidung an das Erstgericht zurückverwiesen. Der Oberste Gerichtshof vertrat in diesem Beschluss die Auffassung, M habe zwar Anspruch auf Hauskrankenpflege, doch sei in der Satzung der beklagten Betriebskrankenkasse für die bei M konkret erforderlichen medizinischen Maßnahmen keine Honorarposition und auch keine vergleichbare Position vorgesehen; auch könne der in der Satzung für medizinische Hauskrankenpflege vorgesehene Pauschalsatz von EUR 8,72 pro Pfl egetag - "bei verfassungskonformer Auslegung" - für Fälle einer zeitlich ohne Unterbrechung notwendigen medizinischen Behandlung eines Versicherten im häuslichen Bereich nicht herangezogen werden. M habe daher - "ausnahmsweise" - Anspruch auf volle Kostenerstattung nach Marktpreisen.

2. Mit Schriftsatz vom 10. September 2004 stellte die beschwerdeführende Partei bei der Schiedskommission nach dem Oö. Krankenanstaltengesetz beim Amt der Oö. Landesregierung den Antrag, den Oö. Krankenanstaltenfonds schuldig zu erkennen, der beschwerdeführenden Partei den Aufwand für die Krankenbehandlung, Beistellung von Heilbehelfen und Heilmitteln und die Pflege von M für die Zeit vom 16. Juli 1997 bis 31. Dezember 2003 (Aufwand für Hauskrankenpflege bis 30. August 2004) in Höhe von EUR 1,064.266,-- samt 4 vH Zinsen seit 1. September 2004 binnen vierzehn Tagen zu ersetzen.

Begründend wurde dazu im Wesentlichen Folgendes ausgeführt:

Der Oberste Gerichtshof habe ausgesprochen, dass der Zustand des M Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit erfordere. M bedürfe daher der Anstaltspflege. Diese sei aber im vorliegenden Fall im Land Oberösterreich nicht verfügbar: Die Unterbringung auf der Intensivstation einer Krankenanstalt komme nämlich aus verschiedenen Gründen, so insbesondere im Hinblick auf die Gefahr schwerer psychischer Störungen und wegen des hohen Infektionsrisikos, nicht in Betracht; Einrichtungen zur Unterbringung beatmungspflichtiger Personen außerhalb einer Intensivstation seien aber im Land Oberösterreich nicht vorhanden. Auf Grund dieses "Versorgungsdefizites" öffentlicher Krankenanstalten seien somit anstaltstypische Leistungen "unzulässigerweise" in Hauskrankenpflege "abgeschoben" worden; die soziale Krankenversicherung habe daher Anspruch auf Ersatz jenes Aufwandes, der - aus der Sicht der Krankenversicherung - mit den im Sinne der Bund-Länder-Vereinbarungen über die Krankenanstaltenfinanzierung geleisteten Pauschalbeiträgen abgegolten sei.

Mit Bescheid vom 13. Dezember 2004 wies die Schiedskommission diesen Antrag wegen Unzuständigkeit zurück. Begründend wird ua. dazu Folgendes ausgeführt:

"Folgt man der Einschätzung des Verfassungsgerichtshofes in dessen Erkenntnis vom 3. März 2004, V91/03-6, V94,95/03-8, darin ist die hier dem M erbrachte intensiv-medizinische Pflege nicht vom Begriff der medizinischen Hauskrankenpflege iSd §144 Abs1 iVm §151 ASVG umfasst. Der Verfassungsgerichtshof vertrat vielmehr die Ansicht, dass bei M kein Anspruch auf medizinische Hauskrankenpflege bestehe, weil Maßnahmen der Intensivpflege im Sinne von §20 GuKG erforderlich seien und der Patient deshalb in einer Pflegeanstalt für chronisch Kranke (§2 Abs1 Z4 KAKuG) untergebracht sein müsste. Nach dieser Rechtsansicht ist hier also überhaupt keine Leistung Entscheidungsgegenstand, die unter die Bund-Bundesländer KRAZAF-Vereinbarung BGBl. I Nr. 111/1997 und damit in die Entscheidungskompetenz der Kommission fiele.

Folgt man dagegen der ... Rechtsansicht des Obersten Gerichtshofes dann liegt hier eine 'echte' medizinische Hauskrankenpflege iSd §151 ASVG vor; nach dieser Bestimmung ist diese zu gewähren, wenn und solange es die Art

der Krankheit erfordert und sie wird gem §151 Abs2 ASVG - gerade nicht durch Krankenanstalten, sondern - durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (§12 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes, BGBl. I Nr. 108/1997) erbracht, die vom Krankenversicherungsträger beigestellt werden oder die mit dem Krankenversicherungsträger in einem Vertragsverhältnis iSd Sechsten Teiles des ASVG stehen oder die im Rahmen von Vertragseinrichtungen tätig sind, die medizinische Hauskrankenpflege betreiben. Die medizinische Hauskrankenpflege wird also von diplomiertem Krankenpflegepersonal erbracht und umfasst gemäß §151 Abs3 ASVG medizinische Leistungen und qualifizierte Pflegeleistungen, wie zB die Verabreichung von Injektionen, Sonde[n]ernährung, Dekubitusversorgung.

§151 ASVG wurde durch die 50. ASVG-Novelle mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 1992 eingeführt. Durch diese Bestimmung wurde die seit der 32. ASVG-Novelle als freiwillige Leistung bestehende Hauskrankenpflege in eine Pflichtleistung umgewandelt. Aus den Gesetzesmaterialien lassen sich die dafür bestandenen Motive des Gesetzgebers klar erkennen, ist dort doch ausdrücklich festgehalten, dass die Einführung der medizinischen Hauskrankenpflege als flankierende Maßnahme zur Bettenreduktion in den Krankenanstalten erfolgt. Sie ist daher nach §144 Abs1 und 3 ASVG, wenn und solange es die Art der Krankheit zulässt, anstelle von Anstaltspflege zu gewähren. Der Gesetzgeber hat die medizinische Hauskrankenpflege daher gezielt als Maßnahme eingeführt, die die Anstaltspflege ersetzen soll. Die Einfügung der Bestimmung in den Unterabschnitt des ASVG, der auch die Anstaltspflege regelt, ist insofern also ganz bewusst erfolgt. Die anstaltsersetzende Funktion der medizinischen Hauskrankenpflege ist für diese Art der Leistung generell und nicht etwa nur im vorliegenden Fall typisch, sodass die Antragstellerin aus dieser Eigenschaft rechtlich nichts (zusätzliches) zu gewinnen vermag. Der Hinweis der Antragstellerin auf den medizinischen-technischen Fortschritt, der eine Pflege wie im vorliegenden Fall erst ermöglicht, mag zwar durchaus zutreffend sein, auch daraus lässt sich aber für den Standpunkt der Antragstellerin nichts Grundsätzliches ableiten. Selbst wenn nämlich eine den Anforderungen des M adäquate Anstaltspflege möglich wäre, müsste dem Grundsatz des §144 ASVG folgend, solange es die Art der Krankheit zulässt, auch in einem solchen Fall anstelle von Anstaltspflege medizinische Hauskrankenpflege gewährt werden. Auch unter diesem Gesichtspunkt liegt also bei der vom Obersten Gerichtshof angestellten Betrachtungsweise jedenfalls eine 'echte' medizinische Hauskrankenpflege iSd §151 ASVG vor, die in die Leistungspflicht der Antragstellerin, nicht aber in diejenige der Antragsgegnerin fällt und daher auch nicht Gegenstand der unter Art11 der Bund-Bundesländer KRAZAF-Vereinbarung BGBl. I Nr. 111/1997 fallenden, von den Krankenanstalten zu erbringenden Leistungen ist.

Aus all diesen Überlegungen fällt daher die Erlassung eines Leistungsbescheides mit dem aus dem Spruch näher ersichtlichen Inhalt jedenfalls nicht in die Entscheidungskompetenz der Schiedskommission, weshalb der Antrag zurückzuweisen war."

3. Gegen diesen - keinem weiteren Rechtszug unterliegenden (vgl. §70 Abs17 Oö. KAG 1997) - Bescheid richtet sich die vorliegende, auf Art144 B-VG gestützte Beschwerde, worin die Verletzung verfassungsgesetzlich gewährleisteter Rechte behauptet und die kostenpflichtige Aufhebung des angefochtenen Bescheides beantragt wird.

Die belangte Behörde erstattete eine Gegenschrift, in welcher sie den angefochtenen Bescheid verteidigt und die Abweisung der Beschwerde beantragt.

II. Der Verfassungsgerichtshof hat über die - zulässige - Beschwerde erwogen:

1. Gemäß §70 Oö. KAG 1997 wird beim Amt der Landesregierung eine Schiedskommission errichtet, die aus einem Vorsitzenden (aus dem Kreis der Richter des Aktivstandes des OLG Linz) und sechs weiteren Mitgliedern besteht.

Der Wirkungskreis dieser Schiedskommission ist in §71 Oö. KAG 1997 geregelt; diese Bestimmung lautet samt Überschrift wie folgt:

"§71

Aufgaben der Schiedskommission

Die Schiedskommission hat folgende Aufgaben:

1. Entscheidung über Streitigkeiten aus zwischen den Rechtsträgern der Fondskrankenanstalten und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger oder einem Träger der Sozialversicherung abgeschlossenen Verträgen einschließlich der Entscheidung über die aus diesen Verträgen erwachsenden Ansprüche gegenüber Trägern der Sozialversicherung oder gegenüber dem Oö. Krankenanstaltenfonds;

2. Entscheidung über Streitigkeiten zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger oder einem Träger der Sozialversicherung und dem Oö. Krankenanstaltenfonds über die wechselseitigen Verpflichtungen und Ansprüche aus der im §1 genannten Vereinbarung gemäß Art15a B-VG;

3. Entscheidung über Ansprüche, die sich auf den Sanktionsmechanismus gemäß der im §1 genannten Vereinbarung gemäß Art15a B-VG gründen;

4. Entscheidung über die im §69 Abs1 und 2 genannten Angelegenheiten."

Die in §71 Z2 und 3 Oö. KAG 1997 verwiesenen - im vorliegenden Fall maßgebenden - Bund-Länder-Vereinbarungen (Vereinbarung über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000, BGBl. I Nr. 111/1997, und Vereinbarung über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, BGBl. I Nr. 60/2002) sehen vor, den Trägern öffentlicher und gemeinnützig geführter privater Allgemeiner Krankenanstalten (§2 Abs1 Z1 KAKuG) sowie öffentlicher Sonderkrankenanstalten (§2 Abs1 Z2 KAKuG), soweit sie im Jahr 1996 Zuschüsse des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds erhalten haben, auf Grund des Modells der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung Zuschüsse zu gewähren (Art2).

2. Die beschwerdeführende Partei behauptet ua., in ihrem verfassungsgesetzlich gewährleisteten Recht auf ein Verfahren vor dem gesetzlichen Richter verletzt zu sein, und zwar dadurch, dass die belangte Behörde zu Unrecht eine Sachentscheidung verweigert habe.

Schon dieser Vorwurf erweist sich als begründet:

2.1. Gemäß §117 Z2 ASVG sind aus dem Versicherungsfall der Krankheit Krankenbehandlung, "erforderlichenfalls" medizinische Hauskrankenpflege oder Anstaltspflege zu gewähren.

Anstaltspflege ist zu gewähren, wenn und solange es die Art der Krankheit erfordert. Wenn und solange es die Art der Krankheit zulässt, ist an Stelle von Anstaltspflege medizinische Hauskrankenpflege zu gewähren. Anstaltspflege kann aber auch dann gewährt werden, wenn die Möglichkeit einer medizinischen Hauskrankenpflege nicht gegeben ist (§144 Abs1 ASVG). Anstaltspflege oder medizinische Hauskrankenpflege sind nur zu gewähren, wenn sie "durch die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung bedingt" sind (vgl. §144 Abs3 ASVG). Die Unterbringung in einer Pflegeanstalt für chronisch Kranke, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen (§2 Abs1 Z4 KAKuG), gilt nicht als Anstaltspflege (§144 Abs4 ASVG).

Die medizinische Hauskrankenpflege ist in §151 ASVG näher geregelt; diese Bestimmung lautet samt Überschrift wie folgt:

"Medizinische Hauskrankenpflege

§151. (1) Wenn und solange es die Art der Krankheit erfordert, ist medizinische Hauskrankenpflege zu gewähren.

(2) Die medizinische Hauskrankenpflege wird erbracht durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (§12 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes, BGBl. I Nr. 108/1997), die vom Krankenversicherungsträger beigestellt werden oder die mit dem Krankenversicherungsträger in einem Vertragsverhältnis im Sinne des Sechsten Teiles dieses Bundesgesetzes stehen oder die im Rahmen von Vertragseinrichtungen tätig sind, die medizinische Hauskrankenpflege betreiben.

(3) Die Tätigkeit des Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege kann nur auf ärztliche Anordnung erfolgen. Die Tätigkeit umfaßt medizinische Leistungen und qualifizierte Pflegeleistungen, wie die Verabreichung von Injektionen, Sondenernährung, Dekubitusversorgung. Zur medizinischen Hauskrankenpflege gehören nicht die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung des Kranken.

(4) Hat der (die) Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner (§338) oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) des Versicherungsträgers in Anspruch genommen, so gebührt ihm Kostenersatz gemäß §131.

(5) Die medizinische Hauskrankenpflege wird für ein und denselben Versicherungsfall für die Dauer von längstens vier Wochen gewährt. Darüber hinaus wird sie nach Vorliegen einer ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Sozialversicherungsträger weitergewährt.

(6) Medizinische Hauskrankenpflege wird nicht gewährt, wenn der (die) Anspruchsberechtigte in einer der im §144 Abs4 bezeichneten Einrichtungen untergebracht ist."

2.2. Der Verfassungsgerichtshof hat mit seinem Erkenntnis VfSlg. 17.155/2004 den Antrag des Obersten Gerichtshofes auf Aufhebung einer Bestimmung in der Satzung der nunmehr beschwerdeführenden Partei im Wesentlichen mit der Begründung abgewiesen, der Antrag beruhe auf der unrichtigen Prämisse, dass Intensivpflegepatienten wie jene der Ausgangsfälle Anspruch auf medizinische Hauskrankenpflege hätten. Wenn §144 Abs1 dritter Satz ASVG den Anspruch auf Hauskrankenpflege an Stelle von Anstaltspflege nur für den Fall zulasse, "wenn und solange es die Art der Krankheit zulässt", dann liege dem offenbar zugrunde, dass die Art der Krankheit Hauskrankenpflege jedenfalls dann nicht zulasse, wenn hierfür eine apparative und personelle Ausstattung erforderlich sei, wie sie typischerweise nur in Krankenanstalten vorgehalten werde, wozu insbesondere Beatmungssysteme, aber auch das Erfordernis einer "Rund-um-die-Uhr-Betreuung" zählten.

Im arbeits- und sozialgerichtlichen Verfahren (vgl. insbesondere den nach dem erwähnten Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes ergangenen Aufhebungsbeschluss des Obersten Gerichtshofes vom 21. Juni 2004, 10 ObS 68/04d) wurde die beschwerdeführende Betriebskrankenkasse zur Erstattung der Kosten der Pflege des Versicherten in voller Höhe ("zu Marktpreisen" - vgl. dazu die eingangs wiedergegebene Begründung) verurteilt.

2.3. Mit dem nunmehr angefochtenen Bescheid wird das Begehren der beschwerdeführenden Betriebskrankenkasse auf Ersatz dieser Kosten durch den Oö. Krankenanstaltenfonds zurückgewiesen, wobei die belangte Behörde zum Sachverhalt ua. Folgendes festgestellt hat:

"Bei der Unterbringung zu Hause handelt es sich um eine der Anstaltspflege gleichwertige Behandlung, die in Bezug auf die psychischen Auswirkungen der Behandlung auf einer Intensivstation weit überlegen ist. Würde man M langfristig auf einer Intensivstation unterbringen, würden daraus schwere psychische Störungen resultieren; es wäre mit ausgeprägten depressiven Dekompensationen zu rechnen, die wiederum zu einer erheblichen Gefährdung im vitalen Bereich und zu erheblichen Komplikationen im somatischen Bereich führen würden. Nur das optimale Zusammenwirken von Milieufaktoren und Betreuungspersonen hat dazu geführt, dass bei M eine für die Verhältnisse beachtliche Lebensqualität vorliegt. Es handelt sich dabei allerdings um ein sehr labiles Gleichgewicht. Die institutionelle Unterbringung auf einer Intensivstation mit dem damit verbundenen Wechsel der Bezugspersonen und des vertrauten Milieus, würde mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit zu einem (lebensgefährlichen) depressiven Zustand führen. Bei der Unterbringung auf einer Intensivstation besteht überdies ein Infektionsrisiko. Dieses Infektionsrisiko hängt von der Invasivität und der Dauer des Aufenthaltes ab. Die am häufigsten auftretende intensivstationsbezogene Infektion ist die Lungenentzündung; dazu entwickeln sich noch selektierte krankmachende, gegen Antibiotika resistente Keime. Das Infektionsrisiko steigt mit der Aufenthaltsdauer; bereits nach 21 Tagen beträgt es 100 %. Im häuslichen Umfeld sind hingegen nur 'normale' Besiedlungskeime zu erwarten, mit denen jeder Mensch in Symbiose lebt. Die Risiken aus Sicht der Beatmungspflicht sind im häuslichen Bereich kaum höher einzuschätzen als bei einer stationären Pflege auf einer Intensivstation. Andere Risiken im Sinne der notwendigen intensiven Körperpflege (Blasen- und Mastdarmpflege, Dekubitusprophylaxe) sind gleichwertig hoch oder bei sachgerechter Durchführung sogar niedriger als auf einer Intensivstation. Insgesamt würden die Auswirkungen einer Infektion (insbesondere der Lunge) bei einer Dauerunterbringung auf einer Intensivstation zu einer nicht beherrschbaren Komplikation führen. Eine Einrichtung zur Unterbringung beatmungspflichtiger Patienten außerhalb einer Intensivstation, also in einem Einzelzimmer auf einer normalen Bettenstation wäre zwar im Vergleich zur Intensivstation die bessere Variante, ist aber - sofern überhaupt verfügbar - der derzeitigen Betreuungsmaßnahme im häuslichen Bereich unterlegen."

Der Oberste Gerichtshof hatte dazu im seinerzeitigen, zu V91/03 ua. protokollierten Antrag wörtlich Folgendes ausgeführt:

"Der Kläger befindet sich, sofern er die in Frage stehende Behandlung im Rahmen der medizinischen Hauskrankenpflege nicht mehr erhält, in einer lebensbedrohlichen Situation, da auch die mit nachteiligen Begleitumständen verbundene Möglichkeit einer stationären Behandlung in einer Intensivstation nach den getroffenen Feststellungen keineswegs gesichert erscheint."

An anderer Stelle spricht der Oberste Gerichtshof von einem "völlig außergewöhnlichen Fall einer dauernden intensivmedizinischen Behandlung eines Versicherten im häuslichen Bereich".

2.4. Der Verfassungsgerichtshof geht von diesen - auch in die Gegenschrift der belangten Behörde übernommenen - Feststellungen aus. Daraus ergibt sich, dass es sich bei dem in Rede stehenden Leidenszustand (beatmungspflichtiger Tetraplegiker) um einen solchen handelt, der seiner Art nach grundsätzlich die dauerhafte Unterbringung in einer

apparativ und personell entsprechend ausgestatteten Abteilung einer bettenführenden Krankenanstalt erfordern würde. Ein Patient mit diesem Leidenszustand kann im Prinzip nicht in häuslicher Pflege (im herkömmlichen Sinne) behandelt werden, es sei denn, diese erfolgt im Rahmen einer apparativen und personellen Ausstattung, die der üblicherweise nur in einer bettenführenden Krankenanstalt vorhandenen "nachgebildet" ist.

2.4.1. Der Oberste Gerichtshof hat dies in seinem Beschluss vom 21. Juni 2004, 10 ObS 68/04d, im Kern nicht anders gesehen:

So gelangt die von ihm als Beleg herangezogene Literaturstelle

"zu dem Ergebnis, dass ein Anspruch auf medizinische Hauskrankenpflege sowie auf Gewährung der erforderlichen Maßnahmen der Krankenbehandlung besteht, wenn und soweit es nachweisbar ist, dass der Patient einer Versorgung rund um die Uhr durch geschultes Pflegepersonal bedarf und eine stationäre Unterbringung in einer Krankenanstalt medizinisch kontraindiziert ist, weil in diesem Fall das Kostenargument angesichts der Betroffenheitsintensität des Patienten in den Hintergrund tritt",

wonach also nicht zweifelhaft ist, dass in erster Linie (dh. falls nicht aus besonderen Gründen kontraindiziert) an eine Unterbringung in einer Krankenanstalt gedacht werden muss. Als geeigneter Ort einer solchen Unterbringung komme jedoch - so der Oberste Gerichtshof in seiner Begründung - in Ermangelung anderer Alternativen nur eine Intensivstation in Betracht. Eine solche Unterbringung wäre nach den gerichtlichen Feststellungen allerdings für diesen Patienten mit negativen, möglicherweise lebensbedrohlichen Konsequenzen verbunden, die durch die häusliche Pflege vermieden werden können, wobei vom Obersten Gerichtshof eine hohe Infektionsgefahr und die Gefahr des Eintritts psychischer Störungen als lebensbedrohend hervorgehoben wurden. Eine Einrichtung zur Unterbringung beatmungspflichtiger Patienten außerhalb einer Intensivstation gebe es in Österreich nicht; die Unterbringung zu Hause sei eine "der Anstaltspflege gleichwertige Behandlung" welche in bezug auf die psychischen Auswirkungen und im Hinblick auf das Infektionsrisiko der Behandlung auf einer Intensivstation weit überlegen sei.

2.4.2. Auch der Oberste Gerichtshof hält also bei einem solchen Krankheitsbild wie dem hier in Rede stehenden im Hinblick auf den benötigten apparativen Aufwand die Unterbringung in einer Krankenanstalt an sich für erforderlich, jedoch im konkreten Fall im Hinblick auf das Fehlen geeigneter Abteilungen (in denen ein erhöhtes Infektionsrisiko ebenso vermieden würde wie eine Lebenssituation, die zwangsläufig zu schweren Depressionen führen müsste) für nicht möglich bzw. eine (mögliche) Unterbringung auf einer Intensivstation für medizinisch kontraindiziert. In der mündlichen Verhandlung hat auch der Vertreter des Oö. Krankenanstaltenfonds bestätigt, dass beatmungspflichtige Patienten tatsächlich jahrelang auf Intensivstationen untergebracht werden.

2.4.3. Bei einem Fall, wie er dem Beschwerdefall zugrunde liegt, handelt es sich also - und von dieser Auffassung abzugehen, sieht der Verfassungsgerichtshof keinen Anlass - gerade nicht um eine Konstellation, die der Gesetzgeber bei der Einrichtung der medizinischen Hauskrankenpflege im §151 ASVG vor Augen hatte: Die genannte Bestimmung geht einerseits nämlich davon aus, dass es sich (erstens) nur um eine vorübergehende Hauskrankenpflege bis zur vollständigen Genesung handelt und dass (zweitens) die Pflege mit den in Wohnungen üblicherweise vorhandenen sachlichen Ressourcen erbracht werden kann, jedoch die Hinzuziehung von Angehörigen des "gehobenen Dienstes für die Gesundheits- und Krankenpflege" im Sinne des §12 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes, BGBl. I Nr. 108/1997, für einen bestimmten Zeitraum erforderlich ist. Während es sich also bei der in §151 ASVG geregelten Hauskrankenpflege insofern um ein Minus gegenüber der Anstaltspflege handelt, als die Art der Krankheit einen stationären Aufenthalt nicht mehr erfordert, ist bei dem hier in Rede stehenden Krankheitsbild eine Unterbringung in einer Krankenanstalt zwar auf Dauer erforderlich, diese ist aber letztlich deswegen nicht möglich, weil eine solche Unterbringung auf Dauer in den faktisch im Lande vorhandenen Einrichtungen (zB Intensivstationen) medizinisch kontraindiziert wäre und geeignete Einrichtungen für eine solche Unterbringung nicht vorhanden sind. Diese an die Stelle der Anstaltspflege tretende qualifizierte häusliche Betreuung ist weder eine vorübergehende, noch genügt die Beiziehung des erwähnten qualifizierten Personals, sondern es bedarf überdies auch der apparativen Ausstattung, wie sie sonst nur in Krankenanstalten vorhanden ist.

2.4.4. Auch die Darlegungen im Leistungsstreitverfahren und in der nunmehr in Behandlung stehenden Beschwerde, einschließlich der Ausführungen der Parteienvertreter in der mündlichen Verhandlung, machen deutlich, dass für einen Leidenszustand der hier in Rede stehenden Art zumindest in den im Bundesland Oberösterreich verfügbaren Einrichtungen keine adäquate Versorgungsmöglichkeit besteht.

2.4.5. Der Zustand des Betroffenen ist aber jedenfalls als ein der Anstaltspflege zugänglicher Behandlungsfall (und nicht als Asylierungsfall) iS der §§133 ff ASVG anzusehen: Auf Grund der Entscheidung der Gerichte im Leistungsstreitverfahren ist nämlich davon auszugehen, dass ein Versicherungsfall der Krankheit vorliegt.

2.5. Mit der grundsätzlichen Bejahung eines gesetzlich begründeten Behandlungsanspruches im Rechtsverhältnis zwischen dem Krankenversicherungsträger und der versicherten Person und der sich daraus ergebenden Verpflichtung der beschwerdeführenden Betriebskrankenkasse, die Kosten der Intensivbetreuung des M auf Grund von dessen sozialversicherungsrechtlichem Leistungsanspruch in voller Höhe zu erstatten, ist aber noch nicht die Frage entschieden, wer endgültig die Kosten einer solchen Behandlung zu tragen hat. Dies insbesondere deshalb, weil die Bereitstellung der Krankenbehandlung (einschließlich der medizinischen Hauskrankenpflege) auf der einen und die Bereitstellung der Ressourcen, die bei Anstaltspflege benötigt werden, auf der anderen Seite nicht nur unterschiedlichen Verantwortungsträgern gesetzlich aufgetragen, sondern auch durch unterschiedliche Finanzierungssysteme gekennzeichnet sind.

2.5.1. Die Krankenversicherungsträger sind verpflichtet, Anstaltspflege durch Einweisung in eine Krankenanstalt zu gewähren, "wenn und solange es die Krankheit erfordert" (§144 Abs1 ASVG), wobei der Erkrankte in erster Linie jedenfalls "in eine landesfondsfinanzierte Krankenanstalt einzuweisen" ist (§145 Abs1 ASVG). Diese wieder sind verpflichtet, die gemäß §145 ASVG eingewiesenen Kranken in die allgemeine Gebührenklasse aufzunehmen (§148 Z1 ASVG), wobei die den Krankenanstalten gebührenden Zahlungen zur Gänze von den Landesfonds zu entrichten sind (§148 Z2 ASVG; vgl. auch §59 Abs1 Oö. KAG 1997). Alle Leistungen der Krankenanstalten, insbesondere im stationären, halbstationären, tagesklinischen und spitalsambulantem Bereich, einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen sind mit näher bezeichneten Zahlungen der Landesfonds abgegolten (§148 Z3 ASVG; ebenso §66 Abs1 Oö. KAG 1997). Den Trägern der sozialen Krankenversicherung entstehen somit gegenüber den fondsfinanzierten Krankenanstalten - abgesehen von den Pauschalbeiträgen an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung (§447f ASVG) - keine weiteren Zahlungsverpflichtungen. Aber auch im Verhältnis zwischen den Krankenversicherungsträgern und den Landesfonds sind mit diesen Pauschalbeiträgen (und den Beiträgen der Versicherten gemäß §447f Abs7 ASVG) an die Länder (Landesfonds) alle Leistungen der im §148 ASVG genannten Krankenanstalten insbesondere im stationären, halbstationären, tagesklinischen und spitalsambulantem Bereich einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen für Versicherte und anspruchsberechtigte Angehörige der Träger der Sozialversicherung nach Maßgabe des §148 Z3 ASVG zur Gänze abgegolten (§447f Abs8 ASVG).

2.5.2. Die eben genannten gesetzlichen Bestimmungen sind in Umsetzung der Bund-Länder-Vereinbarungen über die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997-2000 bzw. 2001-2004 erlassen worden. Sie entsprechen diesen Vereinbarungen, wonach die Erfüllung der dem Krankenversicherungsträger gegenüber seinen Versicherten obliegenden Sachleistungsverpflichtung "inklusive des jeweiligen medizinischen Standards, der eine ausreichende Behandlung der Versicherten sicherstellt, von den Ländern (Landesfonds) im Namen der Träger der Sozialversicherung" (Art11 Abs4 bzw. Art16 Abs4, letzter Satz, dieser Vereinbarungen) gegen Leistung des erwähnten jährlichen Pauschalbeitrages (Art9 bzw. Art13 dieser Vereinbarungen) übernommen wird (zur Abgeltungswirkung des Pauschalbeitrages vgl. Art11 Abs1 bzw. Art16 Abs1 dieser Vereinbarungen).

2.5.3. Die medizinische Hauskrankenpflege iS des §144 Abs1 iVm §151 ASVG ist von diesen Bund-Länder-Vereinbarungen nicht erfasst, auch wenn sie der Sache nach Krankenhausersatzpflege ist (vgl. schon VfSlg. 17.155/2004). Die Kosten der medizinischen Hauskrankenpflege sind daher von den Krankenversicherungsträgern unmittelbar zu tragen. Bei dem hier in Rede stehenden Fall handelt es sich aber - wie oben dargetan wurde - nicht um medizinische Hauskrankenpflege im Verständnis des §144 Abs1 iVm §151 ASVG (bei der die Art der Krankheit die häusliche Pflege zulässt), sondern um einen Fall, in dem Anstaltspflege geboten, aber aus besonderen Gründen nicht durchführbar ist. In einem solchen Fall sind die Kosten nach dem Gesetz im Rahmen des von den Krankenversicherungsträgern (mit)finanzierten Systems der Krankenanstaltenfinanzierung von den Landesfonds zu bedecken.

2.6.1. Da sowohl in Bezug auf die Anstaltspflege als auch in Bezug auf die medizinische Hauskrankenpflege eine sozialversicherungsrechtliche Verpflichtung eines Versicherungsträgers zur Leistungserbringung gegenüber dem Versicherten besteht, kann mit der zunächst eintretenden Kostenbelastung des Krankenversicherungsträgers, der auf Grund seiner Leistungsverpflichtung in Vorlage zu treten hat, keine endgültige Lastenverschiebung entstehen, die dem

gesetzlichen System der Finanzierung des Gesundheitswesens zuwiderliefe.

2.6.2. Der Verfassungsgerichtshof ist schon in seiner bisherigen Rechtsprechung davon ausgegangen, dass den Krankenversicherungsträgern gemäß §1042 ABGB Ersatzansprüche gegenüber den in Betracht kommenden Landeskrankenanstaltenfonds zukommen, soweit Leistungen, die mit den Pauschalbeiträgen der Sozialversicherungsträger zur Krankenanstaltenfinanzierung abgegolten sind, in Fondskrankenanstalten nicht erbracht worden sind (vgl. VfSlg. 15.972/2000 - Dialysebehandlungen und VfSlg. 16.959/2003 - Laborleistungen), und daraus für die Krankenversicherungsträger Mehrkosten entstanden sind; der Gerichtshof hat in diesem Zusammenhang auch stets die Schiedskommission nach dem jeweiligen Landeskrankenanstaltengesetz als zur Entscheidung über solche Ansprüche berufene Behörde erachtet (vgl. - abgesehen von den beiden soeben erwähnten Erkenntnissen - zuletzt VfGH 28. November 2005, B433/05, betreffend die abweisende Entscheidung einer solchen Schiedskommission).

2.6.3. Um einen solchen Anspruch handelt es sich auch hier:

a) Es liegt hier nämlich nicht medizinische Hauskrankenpflege im Verständnis des §144 Abs1 ASVG (bei dem die Art der Krankheit die häusliche Pflege zulässt) nach Maßgabe des §151 ASVG vor, sondern ein besonderer Fall, in dem für den Versicherten eine an sich erforderliche Anstaltspflege mangels geeigneter, diesem medizinisch auch zumutbarer Ressourcen ausnahmsweise nicht erbracht werden konnte, sodass eine häusliche Pflege mit entsprechend apparativem und personellen Aufwand an Stelle der Anstaltspflege treten musste. Der beschwerdeführenden Betriebskrankenkasse sind daraus Kosten erwachsen, die ansonsten in Krankenanstalten entstanden und daher vom Oö. Krankenanstaltenfonds zu bedecken gewesen wären. Der Anspruch des beschwerdeführenden Versicherungsträgers besteht auf Grund des oben geschilderten Systems der Krankenanstaltenfinanzierung gegen den Krankenanstaltenfonds (und nicht etwa gegen das Land), zumal der Versicherte in erster Linie in eine fondsfinanzierte Krankenanstalt einzuweisen gewesen wäre.

b) Für die Beantwortung der Frage, von welchem Teil des Finanzierungssystems die Kosten einer intensivmedizinischen Langzeitbehandlung zu tragen sind, ist es auch unerheblich, ob die Einrichtung und Vorhaltung von Spezialabteilungen außerhalb der Intensivstationen, wie sie für Leidenszustände wie den hier in Rede stehenden erforderlich wären, bewusst unterbleibt; dies kann, wie der Verfassungsgerichtshof nicht verkennt, durchaus nahe liegen, wenn es in den wenigen Einzelfällen, in denen sie benötigt würden, kostengünstiger und für den Pflegeerfolg an sich vorteilhafter ist, die häusliche Umgebung des Patienten entsprechend auszustatten und die Leistung durch ausgelagerte Anstaltspflege in Form einer besonderen Art der Hauskrankenpflege extramural zu erbringen.

2.7. Da die belangte Behörde irrig davon ausgegangen ist, dass der geltend gemachte Anspruch nicht vom System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung erfasst sei, hat sie zu Unrecht eine Sachentscheidung verweigert. Sie hat die beschwerdeführende Partei deshalb in ihrem verfassungsgesetzlich gewährleisteten Recht auf ein Verfahren vor dem gesetzlichen Richter verletzt (zB VfSlg. 15.482/1999, 15.858/2000, 16.079/2001 und 16.737/2002).

3. Der Bescheid war daher aufzuheben.

Bei diesem Ergebnis erübrigt sich ein Eingehen auf das weitere Beschwerdevorbringen.

4. Die Kostenentscheidung beruht auf §88 VfGG. Der zuerkannte Betrag enthält Umsatzsteuer in Höhe von EUR 360,--.

Schlagworte

Krankenanstalten, Sozialversicherung, Krankenversicherung, Krankenanstaltenfinanzierung, Kostenersatz

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:VFGH:2006:B304.2005

Dokumentnummer

JFT_09939683_05B00304_00

Quelle: Verfassungsgerichtshof VfGH, <http://www.vfgh.gv.at>

© 2026 JUSLINE

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

www.jusline.at