

TE Vwgh Erkenntnis 2005/12/21 2003/08/0079

JUSLINE Entscheidung

⌚ Veröffentlicht am 21.12.2005

Index

17 Vereinbarungen gemäss Art 15a B-VG;
66/01 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz;

Norm

ASVG §322a Abs3;
ASVG §322a;
ASVG §444;
ASVG §447 Abs1;
ASVG §447;
Reform Gesundheitswesen Krankenanstaltenfinanzierung 1997 - 2000;

Beachte

Serie (erledigt im gleichen Sinn):2004/08/0261 E 21. Dezember 2005

Betreff

Der Verwaltungsgerichtshof hat durch den Vorsitzenden Senatspräsident Dr. Bernard und die Hofräte Dr. Müller, Dr. Köller, Dr. Moritz und Dr. Lehofer als Richter, im Beisein der Schriftführerin Mag. Müller, über die Beschwerde der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft in Wien, vertreten durch Dr. Christian Bachmann, Rechtsanwalt in 1010 Wien, Opernring 8, gegen den Bescheid des Bundesministers für soziale Sicherheit und Generationen vom 21. Februar 2003, Zl. 21.114/6- 5/02, betreffend Belastungsausgleich der Krankenversicherungsträger gemäß § 322a ASVG (mitbeteiligte Partei: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger in 1031 Wien, Kundmanngasse 21), nach durchgeführter mündlicher Verhandlung, und zwar nach Anhörung des Vortrages des Berichters sowie der Ausführungen des Vertreters der beschwerdeführenden Partei, Dr. U, des Vertreters der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen, Dr. W, sowie der Vertreter der mitbeteiligten Partei, Dr. F und G, zu Recht erkannt:

Spruch

Die Beschwerde wird als unbegründet abgewiesen.

Die beschwerdeführende Partei hat dem Bund (Bundesministerin für Gesundheit und Frauen) Aufwendungen in der Höhe von EUR 794,90 binnen zwei Wochen bei sonstiger Exekution zu ersetzen. Das Kostenbegehren der mitbeteiligten Partei wird abgewiesen.

Begründung

I.

1. Mit Anträgen vom 25. Jänner 2002 sowie vom 29. November 2002 begehrte die beschwerdeführende Partei die Entscheidung der belangten Behörde in einer Streitigkeit mit dem mitbeteiligten Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger betreffend den Belastungsausgleich der Krankenversicherungsträger für den Aufwand für Anstalts(Entbindungsheim)pflege gemäß § 322a ASVG für die Jahre 1997 bis 2000 (Antrag vom 25. Jänner 2002) sowie für das Jahr 2001 (Antrag vom 29. November 2002). Begründend verwies die beschwerdeführende Partei in ihren Anträgen darauf, dass gemäß § 322a Abs. 1 ASVG die sich aus der Durchführung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 bzw. aus der Durchführung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung ergebenden unterschiedlichen Belastungen der Krankenversicherungsträger über ein vom Hauptverband zu führendes Verrechnungskonto ausgeglichen würden. Dabei sei gemäß § 322a Abs. 3 ASVG als Basisbetrag der von jedem Krankenversicherungsträger im Jahr 1994 für Anstalts- und Entbindungsheimpflege aufgewendete Betrag heranzuziehen. Dieser Basisbetrag sei sodann um einen vom Hauptverband gemäß den in § 322a Abs. 2 ASVG näher festgelegten Berechnungsmethoden zu errechnenden Prozentsatz der Beitragseinnahmen in einem Geschäftsjahr gegenüber den Beitragseinnahmen im Jahr 1994 zu erhöhen.

Hinsichtlich der nach den Bestimmungen des§ 322a ASVG in Verbindung mit krankenanstaltenrechtlichen Regelungen vorzunehmenden Berechnungen im Zusammenhang mit der Ermittlung der Erhöhungsprozentsätze, mithin auf der Beitragseinnahmenseite, bestünden zwischen dem mitbeteiligten Hauptverband und der beschwerdeführenden Partei keine Differenzen. Hingegen bestünden gravierende Meinungsverschiedenheiten hinsichtlich der für die Berechnung des Basisbetrages entscheidenden Aufwandsseite. Strittig sei insbesondere, welcher Basiswert für Anstalts- und Entbindungsheimpflege im Jahre 1994 den vorzunehmenden Berechnungen zu Grunde zu legen sei. Der Hauptverband gehe bei seinen Berechnungen von einem Basisaufwand der beschwerdeführenden Partei aus, der aus der Addition der Positionen 3a (Anstaltpflege) und 5b (Anstalts- und Entbindungsheimpflege im Rahmen der Mutterschaftsleistungen) der Erfolgsrechnung der beschwerdeführenden Partei für das Jahr 1994 berechnet werde. Nach Auffassung der beschwerdeführenden Partei sei hingegen von einem im Antrag angeführten niedrigeren Betrag auszugehen. Diesem Betrag liege zu Grunde, dass im Vorfeld der neuen Krankenanstalten-Finanzierung im Jahr 1996 in der Kärntner Gebietskrankenkasse eine Arbeitsgruppe zur "Ist-Ermittlung der Daten für Krankenanstalten" eingerichtet worden sei, der die Aufgabe übertragen worden sei, den Gesamtaufwand für vertraglich geregelte stationäre und ambulante Leistungen in KRAZAF-Krankenanstalten des Jahres 1994 zu erheben. Die beschwerdeführende Partei habe dabei ihre Nettoaufwendungen für stationäre und ambulante Leistungen in KRAZAF-Krankenanstalten mitgeteilt, die insgesamt S 1.088.788.870,01 betrugen. Die Kärntner Gebietskrankenkasse habe sodann ein Tabellenwerk - aufgeschlüsselt nach Krankenversicherungsträgern und Bundesländern - erstellt, das den stationären Aufwand im Jahr 1994, ausgenommen Aufwendungen für zwischenstaatliche Behandlungsfälle und Sonderklassaufwendungen, enthalte und den von der beschwerdeführenden Partei bekannt gegebenen Betrag bestätigt.

Die beschwerdeführende Partei vertrete die Auffassung, dass auf Grund der bestehenden Identität zwischen den ehemaligen KRAZAF-Krankenanstalten und den nunmehrigen landesfondsfinanzierten Krankenanstalten der im Jahr 1996 bekannt gegebene und anerkannte Betrag gemäß § 322a Abs. 3 ASVG als Basisbetrag heranzuziehen sei.

2. Mit dem angefochtenen Bescheid hat die belangte Behörde den Anträgen der beschwerdeführenden Partei "auf Schlichtung einer Streitigkeit mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, betreffend die Berechnung des Belastungsausgleiches der Krankenversicherungsträger für den Aufwand für Anstalts(Entbindungsheim)pflege gemäß § 322a ASVG (...) gemäß § 416 ASVG nicht Folge gegeben".

Begründend führte die belangte Behörde nach einer Darstellung des Verfahrensganges einschließlich des wesentlichen Inhaltes der von den Verfahrensparteien abgegebenen Äußerungen aus, dass die anzuwendende Fassung des § 322a ASVG auf das Bundesgesetz BGBI. Nr. 764/1996 zurückgehe. Die durchBGBI. I Nr. 5/2001 sowie BGBI. I Nr. 1/2002 erfolgten Änderungen seien für das gegenständliche Verfahren rechtsunerheblich. Die Urfassung der Regelung des Belastungsausgleiches nach § 322a ASVG sei mit der im Rahmen des Sozialrechts-Änderungsgesetzes 1978 erlassen

33. Novelle zum ASVG,BGBI. Nr. 684/1978, geschaffen worden. Aus der - im angefochtenen Bescheid näher dargestellten - Genese der Bestimmung des § 322a ASVG und den diesbezüglichen Erläuterungen seien mehrere Schlüsse zu ziehen: Bereits bei oberflächlicher Betrachtung der Urfassung des § 322a ASVG aus 1978 und der auf die strittigen Berechnungen anzuwendenden Fassung sei klar ersichtlich, dass die Struktur dieser Norm unverändert

geblieben sei, sodass zu ihrem besseren Verständnis auf die Erläuterungen anlässlich ihrer Einführung im Jahr 1978 zurückgegriffen werden müsse. Demnach diene der Belastungsausgleich nach § 322a ASVG dazu, die finanziellen Auswirkungen aus der Diskrepanz zwischen der an die durchschnittlichen Beitragseinnahmensteigerungen aller Krankenversicherungsträger anknüpfenden allgemeinen Kostenerhöhung für die Anstaltpflege und der jeweiligen unterschiedlichen Beitragseinnahmen der einzelnen Versicherungsträger zu neutralisieren, indem daraus resultierende Belastungen oder Begünstigungen der Versicherungsträger durch entsprechende Verrechnungen auszugleichen seien. Der Zusammenhang mit der Krankenanstaltenfinanzierung ergebe sich aus der im Jahr 1978 durch eine Vereinbarung zwischen Bund und Ländern nach Art. 15a B-VG erfolgten Schaffung des Krankenanstaltenfinanzierungsfonds (KRAZAF). In diesem Zusammenhang seien einheitliche Verrechnungsgrundsätze und ein generell festgelegter Modus der Erhöhung der Pflegegebührenersätze erforderlich gewesen, wodurch die Notwendigkeit des Ausgleiches individueller Abweichungen von den verrechnungsrelevanten durchschnittlichen Beitragseinnahmensteigerungen entstanden sei.

Zum 1. Jänner 1997 habe eine Weiterentwicklung dieses mehrfach verlängerten Systems des KRAZAF durch den Umstieg auf leistungsorientierte diagnosebezogene Verrechnung für die Krankenanstalten und Pauschalierung des finanziellen Beitrages der Sozialversicherungsträger stattgefunden. Auf Grund der analogen Anforderung sei auch hier ein Belastungsausgleich notwendig, der sich von der Urfassung nur dadurch unterscheide, dass die Vergleichsberechnung der Beitragseinnahmen nicht mehr jährlich auf das Vorjahr bezogen sei, sondern jeweils dem Wert des Jahres 1994 gegenüberzustellen sei; dem entsprechend werde auch bezüglich des Aufwandes für Anstalts- und Entbindungsheimpflege nicht mehr jedes Jahr mit dem vorherigen verglichen, sondern jeweils mit dem entsprechenden Wert des Jahres 1994. Eine Begründung für die Änderung des Bezugsjahres bei der Berechnung des Belastungsausgleiches finde sich in den Materialien nicht. Es lasse sich daher nur vermuten, dass das Abstellen auf das Jahr 1994 allenfalls einer verbesserten Beobachtung der längerfristigen Entwicklungen diene. Es gebe auch keine Hinweise auf eine Absicht des Gesetzgebers bezüglich der anzuwendenden Berechnungsmethoden bzw. der Ermittlung des maßgeblichen Aufwandes für Anstalts- und Entbindungsheimpflege. Den Gesetzesmaterialien lasse sich nicht einmal ansatzweise eine Begründung für die Annahme der beschwerdeführenden Partei entnehmen, dass die im Rahmen eines Arbeitskreises durch die Kärntner Gebietskrankenkasse erhobenen Kosten für stationäre Aufenthalte in KRAZAF-Krankenanstalten im Jahr 1994 als Basiswert der Anstaltpflege des Jahres 1994 im Sinne des § 322a ASVG maßgeblich sein sollten.

Die vom mitbeteiligten Hauptverband seiner Berechnung zu Grunde gelegten Werte seien den Erfolgsrechnungen der Versicherungsträger entnommen und würden der Summe jener Beträge entsprechen, die gemäß § 7 der für das Jahr 1994 geltenden Rechnungsvorschriften zu Punkt 3a und 5b ausgewiesen gewesen seien. Diese Berechnung stütze sich damit auf die amtlichen Zahlenwerte, die nach den gemäß § 444 Abs. 6 ASVG für alle Sozialversicherungsträger und den Hauptverband verbindlichen Bestimmungen der Rechnungsvorschriften ermittelt und der belangten Behörde in Entsprechung des § 444 Abs. 1 ASVG vorgelegt worden seien. Die Verwendung davon abweichender Zahlenwerte würde einer speziellen gesetzlichen Anordnung bedürfen; eine derartige Anordnung existiere jedoch nicht, es gebe auch keine Anzeichen eines gesetzgeberischen Willens zur Anwendung der von der beschwerdeführenden Partei präferierten Zahlenwerte.

Entgegen der Behauptung der beschwerdeführenden Partei sei die Berechnung anhand der Werte der Erfolgsrechnung auch sachlich gerechtfertigt. Bei einer reinen Wortinterpretation des Begriffes "Anstaltpflege" seien Unterteilungen in Sach- oder Geldleistungen bzw. allgemeine Gebührenklasse oder Sonderklasse bzw. landesfondsfinanzierte oder private Krankenanstalten keineswegs rechtserheblich. Die von den Erfolgsrechnungen des Jahres 1994 unter Punkt 3a erfassten Kosten der Anstaltpflege seien auch allem Anschein nach mit dem im § 322a ASVG verwendeten Begriff der Anstaltpflege deckungsgleich. Wenn nun die beschwerdeführende Partei aus der systematischen Stellung des Wortes "Anstaltpflege" im Zusammenhang mit der Krankenanstaltenfinanzierung durch umfangreiche teleologische Erörterungen einen besonderen Bedeutungsinhalt abzuleiten vermeine, so sei ihr entgegenzuhalten, dass die mit der Schaffung des Belastungsausgleiches verbundenen teleologischen Erwägungen des Gesetzgebers nachweislich einen anderen Zweck verfolgt hätten, nämlich den Ausgleich der unterschiedlichen Beitragseinnahmenentwicklung. Die Heranziehung der in der Erfolgsrechnung enthaltenen Werte für die Anstalts- und Entbindungsheimpflege durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger sei somit zu Recht erfolgt.

3. Gegen diesen Bescheid richtet sich die Beschwerde mit dem Antrag, ihn wegen Rechtswidrigkeit seines Inhaltes oder Rechtswidrigkeit infolge Verletzung von Verfahrensvorschriften kostenpflichtig aufzuheben.

Die Bundesminister für Gesundheit und Frauen legte die Akten des Verwaltungsverfahrens vor und erstattete - ebenso wie die mitbeteiligte Partei - eine Gegenschrift mit dem Antrag auf kostenpflichtige Abweisung der Beschwerde. Die beschwerdeführende Partei erstattete eine weitere Äußerung als Replik zu den Gegenschriften.

II.

Der Verwaltungsgerichtshof hat nach durchgeföhrter Verhandlung erwogen:

1. Gemäß § 416 ASVG in der im Beschwerdefall maßgebenden Fassung BGBI. Nr. 764/1996 entscheidet die belangte Behörde (u.a.) Streitigkeiten zwischen dem Hauptverband und den Versicherungsträgern. Nach dem beschwerdegegenständlichen Sachverhalt besteht zwischen der beschwerdeführenden Partei - als Krankenversicherungsträgerin - und dem mitbeteiligten Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger Uneinigkeit über die gemäß § 322a ASVG von der beschwerdeführenden Partei auf ein Verrechnungskonto der mitbeteiligten Partei zu leistenden Differenzbeträge gemäß § 322a ASVG für die Jahre 1997 bis 2001. Über diese, von der beschwerdeführenden Partei der belangten Behörde zur Entscheidung vorgelegte Streitigkeit hatte die belangte Behörde daher gemäß § 416 ASVG zu entscheiden. Da sich die Anträge ausdrücklich auf die Differenzbeträge für die Jahre 1997 bis 2001 bezogen, kann dahingestellt bleiben, inwieweit eine Entscheidung über die verfahrensgegenständlichen Anträge auch eine "Aufrollung" sämtlicher Zahlungsströme des Belastungsausgleiches seit 1978 zur Folge haben müsste, wie dies die mitbeteiligte Partei in ihrer Gegenschrift ausführt. Eine Streitigkeit im Sinne des § 416 ASVG lag der belangten Behörde mit den verfahrensgegenständlichen Anträgen lediglich hinsichtlich der Jahre 1997 bis 2001 vor, sodass die Entscheidung zulässigerweise auch nur diese Zeiträume betraf.

2. Nach dem Wortlaut des Spruchs des angefochtenen Bescheides hat die belangte Behörde den Anträgen auf Schlichtung einer Streitigkeit "nicht Folge gegeben." Nach Ansicht der beschwerdeführenden Partei habe die belangte Behörde damit die bestehende Streitigkeit nicht "geschlichtet" und keine materielle Entscheidung getroffen.

Wenngleich der beschwerdeführende Partei in diesem Zusammenhang zuzustehen ist, dass der Wortlaut des Spruchs des angefochtenen Bescheides auf eine Zurückweisung der "Schlichtungsanträge" hindeutet, so ist aus dem Zusammenhang zwischen Spruch und Begründung des angefochtenen Bescheides doch eindeutig erkennbar, dass die belangte Behörde die Anträge der beschwerdeführenden Partei materiell erledigt hat, wobei sie die Streitigkeit nicht im Sinne des Antragsvorbringens der beschwerdeführenden Partei, sondern im Sinne des Vorbringens der Antragsgegnerin entschieden hat. Auch die beschwerdeführende Partei räumt ein, dass sich aus der Begründung des angefochtenen Bescheides - die im Übrigen keinerlei Hinweis enthält, dass die belangte Behörde die Anträge der beschwerdeführenden Partei als unzulässig angesehen hätte - ergibt, dass die belangte Behörde die Berechnung der verfahrensgegenständlichen Zahlungsverpflichtung, wie sie die mitbeteiligte Partei vorgenommen habe, als zutreffend erachte.

Vor diesem Hintergrund ist die Wendung im Spruch des angefochtenen Bescheides, wonach den Anträgen auf Schlichtung einer Streitigkeit "nicht Folge gegeben" werde, im vorliegenden Fall der Auslegung zugänglich, dass damit keine Zurückweisung der Anträge, sondern eine materielle Entscheidung einer Streitigkeit im Sinne des § 416 ASVG erfolgte.

3. § 322a ASVG steht unter der Überschrift "Belastungsausgleich der Krankenversicherungsträger für den Aufwand für Anstalts(Entbindungsheim)pflege" und hatte zum Zeitpunkt der Erlassung des angefochtenen Bescheides folgenden Wortlaut:

"§ 322a. (1) Die sich aus der Durchführung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung ergebenden unterschiedlichen Belastungen der Krankenversicherungsträger werden über ein vom Hauptverband zu führendes Verrechnungskonto nach Maßgabe der folgenden Abs. 2 bis 7 ausgeglichen.

(2) Der Hauptverband hat für jeden Krankenversicherungsträger bis Ende Oktober des Folgejahres einen Erhöhungsprozentsatz der Beitragseinnahmen eines Geschäftsjahrs gegenüber den Beitragseinnahmen des Jahres 1994 zu errechnen; dieser ist auf zwei Dezimalstellen zu runden. Die Beitragseinnahmen sind dabei ausgehend vom Jahr 1994 jährlich gegenüberzustellen. Für den Gesamterhöhungsprozentsatz ist das Produkt der

Erhöhungsprozentsätze über die einzelnen Jahre zu bilden. Die Berechnung der jährlichen Erhöhungsprozentsätze bis zum Jahr 1997 hat unter Berücksichtigung der Bestimmungen des § 28 Abs. 6 und 7 des Krankenanstaltengesetzes in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 853/1995 zu erfolgen. Die Berechnung der jährlichen Erhöhungsprozentsätze für die Jahre 1998 bis 2004 hat unter Berücksichtigung der jeweils für diese Jahre geltenden Bestimmungen des § 447f Abs. 1 zu erfolgen. Bei der Berechnung der Erhöhungsprozentsätze für das Jahr 2001 sind bei der Sozialversicherungsanstalt der Bauern die Beiträge für pflichtversicherte Pensionisten nicht zu berücksichtigen.

(3) Der von jedem Krankenversicherungsträger im Jahr 1994 für Anstalts- und Entbindungsheimpflege aufgewendete Betrag ist um den Prozentsatz gemäß Abs. 2 erster Satz zu erhöhen (Sollbetrag).

(4) Der von jedem Krankenversicherungsträger im Jahr 1994 für Anstalts- und Entbindungsheimpflege aufgewendete Betrag ist für das Geschäftsjahr 1997 mit dem Produkt der endgültigen Hundertsätze auf Grund der Bestimmungen des § 28 Abs. 6 und 7 des Krankenanstaltengesetzes in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 853/1995 für die Jahre 1995 bis 1997 zu erhöhen. Für jedes weitere Geschäftsjahr bis zum Jahr 2004 sind diese Beträge um jenen Prozentsatz zu erhöhen, um den die Pauschalbeiträge gemäß § 447f Abs. 1 für die jeweiligen Jahre angehoben werden. Die für jeden Krankenversicherungsträger errechneten Beträge sind mit dem Sollbetrag (Abs. 3) zu vergleichen.

(5) Liegt der gemäß Abs. 4 ermittelte Betrag über dem Sollbetrag, hat der betreffende Krankenversicherungsträger Anspruch auf Zuweisung aus dem Verrechnungskonto nach Maßgabe der Bestimmungen der Abs. 7 und 8; allfällige Ansprüche sind jeweils bis 15. November eines jeden Folgejahres geltend zu machen.

(6) Liegt der gemäß Abs. 4 ermittelte Betrag unter dem Sollbetrag, hat der Versicherungsträger die Differenz dem Hauptverband bis 15. November eines jeden Folgejahres zu melden.

(7) Übersteigen die Ansprüche nach Abs. 5 die Summe der Differenzbeträge nach Abs. 6, hat der Hauptverband die betreffenden Krankenversicherungsträger aufzufordern, die entsprechenden Beträge auf das Verrechnungskonto bis 30. November eines jeden Folgejahres einzuzahlen; er hat ferner die gemäß Abs. 5 geltend gemachten Ansprüche nach Maßgabe der zur Verfügung stehenden Mittel aus dem Verrechnungskonto anteilig zu befriedigen.

(8) Übersteigen die Differenzbeträge nach Abs. 6 die Summe der Ansprüche nach Abs. 5, hat der Hauptverband die betreffenden Krankenversicherungsträger aufzufordern, nur die dem tatsächlichen Erfordernis entsprechend anteilig gekürzten Differenzbeträge (Abs. 6) bis 30. November eines jeden Folgejahres auf das Verrechnungskonto einzuzahlen; er hat ferner die gemäß Abs. 5 geltend gemachten Ansprüche voll zu befriedigen."

Wie die belangte Behörde zutreffend ausführt, geht die Einführung des Belastungsausgleichs nach § 322a ASVG auf die 33. ASVG-Novelle, BGBl. Nr. 684/1978, zurück. Die Einführung dieses Belastungsausgleichs stand im Zusammenhang mit einer Änderung der Krankenanstaltenfinanzierung und wurde in der Regierungsvorlage (1084 BlgNR 14. GP) folgendermaßen begründet:

"Gemäß § 28 Abs. 5 KAG in der Fassung des Bundesgesetzes vom 30. Juni 1978, mit dem das Krankenanstaltengesetz geändert wurde (Krankenanstaltengesetz-Novelle 1978), BGBl. Nr. 456/1978, sind die für die Sozialversicherungsträger geltenden Pflegegebührensätze mit jedem 1. Jänner, erstmals mit 1. Jänner 1978, nach Maßgabe der Abs. 6 bis 9 im prozentuellen Ausmaß der Erhöhung der Beitragseinnahmen aller Krankenversicherungsträger vom Vorjahr auf das laufende Jahr zu erhöhen.

Daraus werden zwangsläufig unterschiedliche Belastungen einzelner Versicherungsträger resultieren, weil - gemessen am bisherigen Aufwand - jene Kassen, deren Beitragseinnahmenzuwachs über dem Bundesdurchschnitt liegt, entlastet, und solche, deren Beitragseinnahmen darunter liegen, belastet würden.

Um die aus der einheitlichen Anhebung der Pflegegebührensätze im Ausmaß der (bundes)durchschnittlichen Beitragseinnahmensteigerung gemäß § 28 Abs. 5 KAG (zu ergänzen: resultierenden) unterschiedlichen Belastungen der Kassen auszugleichen, ist die Durchführung eines Belastungsausgleiches nötig. Dieser könnte ab 1979 entsprechend einer Anregung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger über ein von ihm zu führendes Verrechnungskonto wie folgt vorgenommen werden:

Der Aufwand jedes Krankenversicherungsträgers für Anstalts- und Entbindungsheimpflege des Jahres 1977 wird zunächst um den endgültigen Hundertsatz gemäß § 28 Abs. 9 KAG und sodann um jenen Prozentsatz angehoben, der dem Beitragseinnahmenzuwachs der betreffenden Kasse von 1977 auf 1978 entspricht. Wenn der Vergleich dieser beiden Werte ergibt, dass der um das Ausmaß des individuellen Beitragseinnahmenzuwachses erhöhte Aufwand des

Jahres 1977 über jenem Betrag liegt, der sich aus der Aufwertung um den endgültigen Hundertsatz nach § 28 Abs. 9 KAG ergibt, soll dieser Versicherungsträger den Differenzbetrag an das Verrechnungskonto abführen. Jener Krankenkasse, bei der ein solcher Vergleich das umgekehrte Ergebnis zeigt, soll hingegen ein Anspruch auf Überweisung aus dem Konto zustehen.

Da aber nicht zu erwarten ist, dass die Einzahlungen stets ausreichen werden, um die Forderungen zu decken bzw. dass die Forderungen immer jenen Betrag erreichen, der auf das Konto einzuzahlen wäre, soll vorgesehen werden, dass die den zur Verfügung stehenden Betrag übersteigenden Forderungen nur anteilig befriedigt werden bzw. dass die Einzahlungen nur jenen Betrag erreichen, der zur Abdeckung der tatsächlichen Forderungen nötig ist.

Die Wirkung der Bestimmung des § 322a ASVG ist an die Geltungsdauer der Vereinbarung des Bundes und der Länder im Zusammenhang mit der Neuregelung der Krankenanstaltenfinanzierung (BGBl. Nr. 453/1978) gebunden."

Die Neufassung des § 322a ASVG durch das 2. Sozialrechtsänderungsgesetz 1996, BGBl. Nr. 764/1996, wurde in der Regierungsvorlage (394 BlgNR. 20. GP) folgendermaßen begründet:

"Mit diesen Bestimmungen werden die finanziellen Verpflichtungen der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 umgesetzt und die interne Verteilung dieser Verpflichtung auf die einzelnen Versicherungsträger geregelt.

Die notwendigen Mittel sollen von den Versicherungsträgern auf Grund eines verbindlichen Beschlusses der Verbandskonferenz, dem als Allgemeinregelung Verordnungscharakter zukommt, aufgebracht werden. Dieser Beschuß wird eine sachgerechte Aufteilung zu enthalten haben, wobei die Kriterien im Gesetz vorgegeben werden. Für notwendige befristete Ausgleichsmechanismen auf Grund der Finanzierungsumstellung der gesamten Anstaltspflege ist durch eine Übergangsbestimmung Vorsorge getroffen."

4. Zwischen der beschwerdeführenden Partei und dem mitbeteiligten Hauptverband ist im Wesentlichen strittig, ob die von der beschwerdeführenden Partei für Aufenthalte in der Sonderklasse einer Krankenanstalt gemäß § 96 Abs. 2 GSVG erbrachten Geldleistungen in die Bemessungsgrundlage des § 322a Abs. 3 und 4 ASVG einzubeziehen sind.

Die beschwerdeführende Partei verneint dies und bringt vor, dass der Belastungsausgleich der Krankenversicherungsträger für den Aufwand für Anstalts(Entbindungsheim)pflege von folgenden Prämissen auszugehen habe: Anstaltspflege als Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung werde in der allgemeinen Gebührenklasse von Krankenanstalten, die über Landesfonds finanziert werden (§ 144 ASVG, § 96 GSVG u.a.), in eigenen Krankenanstalten der Versicherungsträger und in anderen Vertragskrankenanstalten (§ 149 ASVG, § 98 GSVG) gewährt. Art. 9 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000, BGBl. I Nr. 111/1997, lege die Beiträge der Versicherungsträger für die Bereitstellung dieser Sachleistung in landesfondfinanzierten Krankenanstalten in der Weise fest, dass ein "Teilbetrag 1" Zahlungen für Pflegegebührenersätze und ein "Teilbetrag 2" Beiträge zu Strukturmaßnahmen umfasse. Art. 11 der Art. 15a-Vereinbarung halte fest, dass "mit den Zahlungen der Träger der Sozialversicherung gemäß Art. 9 ... alle Leistungen der

Krankenanstalten ... für Versicherte und anspruchsberechtigte

Angehörige der Träger der Sozialversicherung zur Gänze abgegolten" seien (Abs. 1) und als Gegenleistung die Sachleistungsverpflichtung im Namen der Sozialversicherungsträger von den Ländern (Landesfonds) übernommen werde (Abs. 4). Basierend auf diesen Vorgaben habe § 322a ASVG den "Belastungsausgleich der Krankenversicherungsträger für den Aufwand für Anstalts(Entbindungsheim)pflege" als "Ausgleich, der sich aus der Durchführung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 ergebenden unterschiedlichen Belastungen der Krankenversicherungsträger" zum Gegenstand. Konsequent spreche das Gesetz in den Abs. 3 und 4 des § 322a ASVG hinsichtlich des in die Berechnungen aufzunehmenden Leistungsaufwandes daher in diesem Sinne von "Anstalts- und Entbindungsheimpflege".

Der beschriebenen Gesamtkonzeption sei auch das Krankenanstaltenrecht angepasst, für dessen Bereich § 27 Abs. 1 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz normiere, dass mit den LKF-Gebühren oder den Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse alle Leistungen der Krankenanstalt abgegolten seien.

Die dargestellte Systematik lasse in eindeutiger Weise erkennen, worauf die Ausgleichsregelung des§ 322a ASVG abziele und worauf sie - im Umkehrschluss - keinesfalls abzielen könne. Auszugleichen sei der Aufwand für Anstaltspflege als Sachleistung in LKF-Spitälern, das seien die in Art. 2 der genannten Art. 15a-Vereinbarung angeführten Krankenanstalten. Nur für diese Krankenanstalten übernahmen die Länder (Landesfonds) die Kosten der Sachleistungserfüllung im Namen der Krankenversicherungsträger und nur für diese Pflege hätten die Krankenversicherungsträger ihre Beiträge zu leisten.

Dagegen dürften nach der klaren gesetzlichen Zielvorgabe (§ 322a Abs. 1 ASVG) die Aufwendungen für Anstalts- und Entbindungsheimpflege in Krankenanstalten, die nicht unter die genannte Art. 15a-Vereinbarung fallen, also für Pflege in sonstigen Vertragskrankenanstalten oder eigenen Krankenanstalten der Versicherungsträger, gerade nicht "ausgeglichen" werden, vielmehr würde ihre Berücksichtigung zwangsläufig zu nicht zu rechtfertigenden Verzerrungen im Belastungsausgleich führen. Da gemäß Art. 2 der genannten Art. 15a-Vereinbarung nur solche Krankenanstalten Zahlungen aus den Landesfonds erhalten könnten, die am 31. Dezember 1996 ein Recht auf Zuschüsse aus dem KRAZAF hatten und daher Identität zwischen den ehemaligen KRAZAF-Krankenanstalten und den nunmehrigen landesfondsfinanzierten Krankenanstalten bestehe, sei als Basiswert nach § 322a Abs. 3 ASVG der im Jahre 1996 für KRAZAF-Krankenanstalten erhobene (und an die Kärntner Gebietskrankenkasse bekannt gegebene) Aufwandsbetrag für (stationäre) Anstaltspflege in der Höhe von S 1.088.788.870,01 anzusetzen. Die in der Erfolgsrechnung aus dem Jahr 1994 ausgewiesenen Aufwandsbeträge für Anstalts- und Entbindungsheimpflege enthielten demgegenüber Aufwendungen sowohl für KRAZAF- als auch für Nicht-KRAZAF-Spitäler. Indem die belangte Behörde - dem Hauptverband folgend - die Beträge der Erfolgsrechnungen undifferenziert heranziehe, negiere sie die im § 322a ASVG klar zum Ausdruck gebrachte Systematik des Belastungsausgleiches.

Hinsichtlich des den Berechnungen zu Grunde zu legenden Leistungsaufwandes spreche das Gesetz in den Abs. 3 und 4 des § 322a ASVG von "Anstalts- und Entbindungsheimpflege". Als Anstaltspflege definierten § 144 Abs. 1 ASVG bzw. § 96 Abs. 1 GSVG die Pflege in der allgemeinen Gebührenklasse. Davon zu unterscheiden sei die ausschließlich in § 96 Abs. 2 GSVG vorgesehene und durch die Satzung der beschwerdeführenden Partei im Detail erst auszuformulierende Geldleistung, die den Versicherten nach Vorlage der saldierten Privatrechnung über die Mehrkosten der Sonderklasse gewährt werde und nicht an die Landesfonds zu leisten sei. Gerade aus den Gesetzesmaterialien, die auch von der belangten Behörde zitiert worden seien, gehe die bis dato unverändert gebliebene Zweckbestimmung des Belastungsausgleichs deutlich hervor. Die für die Sozialversicherungsträger geltenden Pflegegebührenersätze seien nämlich auch nach der Vorgängerbestimmung ausschließlich solche für Spitalsaufenthalte in der allgemeinen Gebührenklasse gewesen. Bei Ermittlung des Basisbetrages gemäß § 322a Abs. 3 ASVG gehe die belangte Behörde jedoch undifferenziert von den Erfolgsrechnungen der jeweiligen Krankenversicherungsträger aus und lasse dabei die Tatsache außer Acht, dass in den in der Erfolgsrechnung der beschwerdeführenden Partei für Anstalts- und Entbindungsheimpflege ausgewiesenen Aufwendungen ein Betrag von S 161.414.594,84 enthalten sei, der als Geldleistung an Versicherte ausbezahlt worden und ausschließlich zur teilweisen Abgeltung der Mehrkosten der Sonderklasse vorgesehen gewesen sei.

Die Vorgangsweise der belangten Behörde stehe auch im Widerspruch zur im § 322a Abs. 1 ASVG genannten Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG, die in ihrem Art. 11 Abs. 4 vorsehe, dass von den Landesfonds im Namen der Sozialversicherungsträger die Erfüllung der Sachleistungsverpflichtung durch die Krankenanstalten (nicht aber auch die Erfüllung von Geldleistungsverpflichtungen durch die Krankenversicherungsträger) übernommen werde. Die Vorgangsweise der belangten Behörde stoße auch auf verfassungsrechtliche Bedenken. Durch die Berücksichtigung von an Versicherte gewährten Geldleistungen auf Grund § 96 Abs. 2 GSVG, für die es weder im ASVG noch in anderen Sozialversicherungsgesetzen ein Äquivalent gebe, komme es im Ergebnis zu einer unsachlichen Aufstockung speziell des Basiswertes der beschwerdeführenden Partei. Eine verfassungskonforme Interpretation des § 322a Abs. 3 ASVG anhand des Gleichheitsgrundsatzes führe daher ebenfalls zum zwingenden Ergebnis, dass der Aufwand der beschwerdeführenden Partei für Sonderklassevergütungen außer Ansatz zu lassen sei.

5. Wenn in der Beschwerde der Umstand betont wird, dass der strittige Belastungsausgleich jene Belastungen ausgleichen soll, die sich aus der Durchführung der Art. 15a-Vereinbarung über die Krankenanstaltenfinanzierung ergeben (woraus die beschwerdeführende Partei Folgerungen für die Berechnung der in § 322a Abs. 3 und 4 ASVG umschriebenen Vergleichsgröße zieht), so übersieht die beschwerdeführende Partei, dass die auszugleichenden Belastungen - wie aus den zuvor zitierten Gesetzesmaterialien (vgl. Absatz 1 und 2 der vorstehenden Wiedergabe der

RV 1084 BlgNR 14. GP) hervorgeht - jene sind, die sich aus der Anwendung des Prozentsatzes der durchschnittlichen Erhöhung der Beitragseinnahmen aller Versicherungsträger auf die Zahlungen der Versicherungsträger an die jeweiligen Landesfonds im Verhältnis zur konkreten Entwicklung der Beitragseinnahmen der einzelnen Versicherungsträger ergeben. Jene Versicherungsträger, deren Beitragseinnahmen stärker gestiegen sind als der Bundesdurchschnitt, werden durch diese Berechnung der Steigerung ihres Beitrages zur Krankenanstaltenfinanzierung weniger belastet als jene, deren Beitragseinnahmen unterdurchschnittlich gestiegen sind. Nur insoweit hat der Gesetzgeber eine Verbindung mit der erwähnten Art. 15a-Vereinbarung hergestellt. Über die Bemessung eines solchen Ausgleichs ist damit noch nichts gesagt, weil dieser auf ganz verschiedene Weise denkbar ist. Dem Gesetzgeber kommt in der Ausgestaltung eines solchen Belastungsausgleichs ein weiter rechtspolitischer Spielraum zu, sofern die Regelung nur in sich sachlich ist.

Es kann daher dem Gesetzgeber kein Vorwurf gemacht werden, wenn er mit dem strittigen Belastungsausgleich an sich nur einen Ausgleich des durch Anstalts- und Entbindungsheimpflege entstandenen Liquiditätsabflusses der "benachteiligten" Krankenversicherungsträger sicherstellen möchte, wie § 322a Abs. 8 ASVG zeigt, und wenn er - damit möglicherweise vereinfachend und auch vergröbernd - davon ausgegangen ist, dass die (die Liquidität ebenfalls beeinflussende) Entwicklung der Kostenersätze für Sonderklassepatienten auf Grund der in Krankenanstalten zu entrichtenden Gebührensätze nicht hinter jener der Zahlungen der Krankenversicherungsträger an den jeweiligen Landesfonds zurückbleiben werden. Dass eine solche Einschätzung ganz unrichtig wäre, behauptet die beschwerdeführende Partei nicht. Der Verwaltungsgerichtshof vermag in diesem Zusammenhang auch nicht der Argumentation der beschwerdeführenden Partei zu folgen, die zwischen den landesfondsfinanzierten und anderen Krankenanstalten unterscheidet, zumal die Ausgaben für Sonderklassepatienten jedenfalls zum Teil auch in landesfondsfinanzierten Krankenanstalten entstehen.

Es liegt auf der Hand, dass sich die Einbeziehung dieser Ausgaben der beschwerdeführenden Partei in den "Basisbetrag", welcher dem Belastungsausgleich zu Grunde gelegt wird, bei einer überdurchschnittlichen Erhöhung der Beitragseinnahmen zu ihrem Nachteil, andernfalls aber zu ihrem Vorteil auswirkt. Wenn daher bei einem Krankenversicherungsträger wie der beschwerdeführenden Partei die Entwicklung der Sondergebühren dazu führen kann, dass sie - gemessen an den Beitragseinnahmen - auch insoweit durch die Entwicklung der Kosten für Anstaltpflege entweder belastet oder entlastet wird, dann ist es zwar nicht geboten, aber jedenfalls auch nicht unsachlich, auch die Kostenersätze für Sonderklasseaufenthalt im Sinne des § 96 Abs. 2 GSVG als Aufwand für Anstaltpflege in die Berechnung des Belastungsausgleichs einzubeziehen. Aus dem Zusammenhang der Regelung mit der Krankenanstaltenfinanzierung ist daher für den Standpunkt der beschwerdeführenden Partei nichts zu gewinnen.

6. Es bleibt daher zu untersuchen, ob aus dem näheren rechtlichen Umfeld der strittigen Norm für die Auslegung des Begriffs "Aufwendungen für Anstalts- und Entbindungsheimpflege" eine Stütze für den Standpunkt der beschwerdeführenden Partei gewonnen werden könnte; dies ist jedoch aus folgenden Gründen nicht der Fall:

Der Begriff "Anstalts- und Entbindungsheimpflege" in § 322a ASVG wird weder in dieser Bestimmung noch sonst in den Sozialversicherungsgesetzen näher definiert. Entgegen der Ansicht der beschwerdeführenden Partei kann auch § 144 ASVG und § 96 GSVG keine - für den Anwendungsbereich des § 322a ASVG maßgebende - Definition des Begriffs der Anstaltpflege entnommen werden, welche ausschließlich Leistungen für die Anstaltpflege in Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds finanziert werden, umfassen würde.

Das ASVG regelt in seinem zweiten Teil die Leistungen der Krankenversicherung, wobei Abschnitt II, 4. Unterabschnitt, mit "Anstaltpflege, medizinische Hauskrankenpflege" überschrieben ist; im Rahmen der im 7. Unterabschnitt geregelten Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft enthält § 161 ASVG nähere Bestimmungen über die "Pflege in einer Krankenanstalt (in einem Entbindungsheim)", wobei im Wesentlichen auf Bestimmungen des 4. Unterabschnittes verwiesen wird. In systematisch ähnlicher Weise enthält das GSVG in seinem zweiten Teil, Abschnitt II,

2. Unterabschnitt, Regelungen betreffend die Anstaltpflege (§§ 95 bis 98) und Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft (§ 102). Nach den zitierten Bestimmungen sowohl des ASVG als auch des GSVG umfassen die aus den Versicherungsfällen der Krankheit und der Mutterschaft zu gewährenden Leistungen der Anstalts- und Entbindungsheimpflege nicht nur (Sach-)Leistungen für die Pflege in Krankenanstalten, die über

Landesgesundheitsfonds finanziert werden, sondern ausdrücklich auch - unter bestimmten, im Gesetz näher geregelten Bedingungen - Leistungen für die Anstaltpflege in anderen Krankenanstalten (vgl. etwa §§ 149 bis 150 ASVG, auch i. V.m. § 161 Abs. 1 ASVG, sowie §§ 98 und 98a, auch i.V.m.

§ 102 Abs. 4 GSVG). Für das von der beschwerdeführenden Partei geltend gemachte Begriffsverständnis, wonach Anstaltpflege nur die in § 144 ASVG bzw. § 96 Abs. 1 GSVG angesprochenen (Sach-)Leistungen umfasse, fehlt jeglicher Anhaltspunkt im Gesetz, sind diese Gesetzesstellen doch jeweils ausdrücklich nur ein Teil jener Bestimmungen, welche die Anstaltpflege nach dem ASVG bzw. GSVG regeln.

Mit dem Begriff "Anstalts- und Entbindungsheimpflege" in § 322a Abs. 3 ASVG wird auf die gesamte Pflichtleistung der Anstaltpflege (und für den Versicherungsfall der Mutterschaft zusätzlich der Entbindungsheimpflege) verwiesen, wie sie in den leistungsrechtlichen Bestimmungen der Sozialversicherungsgesetze - insbesondere im zweiten Teil des ASVG - geregelt ist; wie bereits dargelegt, umfasst diese Pflichtleistung nicht nur Sachleistungen in den durch Landesgesundheitsfonds finanzierten Krankenanstalten.

7. Schließlich ist auch darauf hinzuweisen, dass gemäß Art. 2 der Vereinbarung nach Art. 15a über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000, BGBl. I Nr. 111/1997 (ebenso wie nach Art. 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, BGBl. I Nr. 60/2002) den Trägern folgender Krankenanstalten, soweit diese Krankenanstalten am 31. Dezember 1996 ein Recht auf Zuschüsse des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds hatten, Zahlungen zu gewähren sind:

"1. öffentliche Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z. 1 und 2 des Krankenanstaltengesetzes mit Ausnahme der Pflegeabteilungen in öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie und

2. private Krankenanstalten der im § 2 Abs. 1 Z. 1 des Krankenanstaltengesetzes bezeichneten Art, die gemäß § 16 des Krankenanstaltengesetzes gemeinnützige geführte Krankenanstalten sind."

§ 2 Abs. 1 Z. 1 und 2 des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes (KAKuG) lautet:

"§ 2. (1) Krankenanstalten im Sinne des § 1 sind:

1. Allgemeine Krankenanstalten, das sind Krankenanstalten für Personen ohne Unterschied des Geschlechts, des Alters oder der Art der ärztlichen Betreuung (§ 1);

2. Sonderkrankenanstalten, das sind Krankenanstalten für die Untersuchung und Behandlung von Personen mit bestimmten Krankheiten oder von Personen bestimmter Altersstufen oder für bestimmte Zwecke;"

"Gebäranstalten und Entbindungsheime" sind ebenfalls Krankenanstalten im Sinne des § 1 KAKuG (§ 2 Abs. 1 Z. 5 KAKuG), es handelt sich bei diesen jedoch nicht um "landesfondsfinanzierte" Krankenanstalten nach den oben zitierten Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG. Auch aus diesem Grund kann der beschwerdeführenden Partei nicht darin gefolgt werden, dass unter den Aufwendungen für "Anstalts- und Entbindungsheimpflege" im Sinne des § 322a Abs. 4 ASVG ausschließlich Aufwendungen für "landesfondsfinanzierte" Krankenanstalten - zu denen Entbindungsheime definitionsgemäß nicht zählen - zu verstehen wären.

8. An diesem Ergebnis ändert auch die Berücksichtigung der Zielrichtung des § 322a ASVG, für einen Ausgleich der aus der Durchführung der nach Art. 15a B-VG geschlossenen Vereinbarungen zur Krankenanstaltenfinanzierung entstehenden unterschiedlichen Belastungen der Krankenversicherungsträger zu sorgen, nichts. Wie sich aus den bereits zitierten Materialien zur 33. ASVG-Novelle ergibt, sollten dabei die aus der unterschiedlichen Entwicklung der Beitragseinnahmen der einzelnen Krankenversicherungsträger - denen auf Basis der durchschnittlichen Beitragseinnahmensteigerung aller Krankenversicherungsträger berechnete Zahlungspflichten der Versicherungsträger im Rahmen der Krankenanstaltenfinanzierung gegenüberstehen - entstehenden Belastungen ausgeglichen werden. Dazu war ein Ausgangsbetrag festzulegen, der sodann unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Beitragseinnahmenentwicklung und des diesbezüglich vorzunehmenden Belastungsausgleichs "aufgewertet" werden sollte. Die Heranziehung der Aufwendungen der jeweiligen Versicherungsträger für Anstalts- und Entbindungsheimpflege, welche in den gesetzlich vorgeschriebenen Erfolgsrechnungen der Versicherungsträger ausgewiesen sind, als Ausgangsbetrag für die Durchführung des Belastungsausgleichs kann dabei nach Ansicht des Verwaltungsgerichtshofes nicht als unsachlich erkannt werden, selbst wenn die Pflichtleistung der Anstalts- und Entbindungsheimpflege in den jeweiligen Sozialversicherungsgesetzen bzw. den Satzungen der Versicherungsträger

teilweise unterschiedlich ausgestaltet ist.

Wie der mitbeteiligte Hauptverband in seiner Gegenschrift zutreffend ausführt, liegt den "Pauschalzahlungen" der Sozialversicherungsträger für die Anstaltpflege ihrer Versicherten (an die Landesgesundheitsfonds) keine genaue Abrechnung der entstandenen Kosten zu Grunde; auch der Belastungsausgleich gemäß § 322a ASVG sieht eine pauschale, nicht auf die tatsächlichen Einzelkosten abstellende Berechnung vor. Das System des Belastungsausgleichs nach § 322a ASVG schreibt diese pauschale Abrechnung für die hier verfahrensgegenständlichen Zeiträume fort, wobei jeweils auf den Grundbetrag der Aufwendungen aus dem Jahr 1994 abgestellt wird. Dass bereits in der Pauschalierung an sich eine Unsachlichkeit gelegen wäre, wird in der Beschwerde zu Recht nicht behauptet; ebenso wenig wurden im Vorbringen der beschwerdeführenden Partei, auch in der mündlichen Verhandlung vor dem Verwaltungsgerichtshof, Bedenken gegen die Heranziehung des Jahres 1994 als "Basisjahr" vorgebracht.

9. Im Rahmen des - schon auf Grund der zitierten Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG sowie der weiteren Bestimmungen über die Krankenanstaltenfinanzierung, u.a. auch in § 447f ASVG - weitgehend auf dem Prinzip einer von konkreten Einzelkosten losgelösten Pauschalierung der Zahlungen beruhenden Systems der Krankenanstalten(mit)finanzierung durch die Sozialversicherungsträger ist es auch nicht unsachlich, den streitgegenständlichen Belastungsausgleich pauschalierend ausgehend von einem Gesamtbetrag der Aufwendungen für Anstalts- und Entbindungsheimpflege vorzunehmen, zumal dieser Gesamtbetrag aus den Rechnungsabschlüssen der Versicherungsträger, die auf Grund von Weisungen des Bundesministers gemäß § 444 ASVG diesbezüglich unmittelbar vergleichbar sind, einfach zu entnehmen ist.

Wie auch die in der mündlichen Verhandlung vor dem Verwaltungsgerichtshof von der beschwerdeführenden Partei vorgelegten Unterlagen und ergänzenden Ausführungen deutlich machen, bestehen demgegenüber keine anerkannten, der Aufsichtsbehörde vorliegenden Rechnungsabschlüsse, welche ausschließlich die Aufwendungen für fondsfinanzierte Anstalten - welche die beschwerdeführende Partei als "Basisbetrag" im Sinne des § 322a Abs. 3 ASVG heranziehen will - ausweisen; die diesbezüglich bekannt gegebenen Beträge stammen aus dem laufenden Rechnungswesen der beschwerdeführenden Partei und sind für das gemäß § 322a Abs. 3 ASVG maßgebliche Jahr 1994 zudem nicht konsistent: Während in der Beschwerde - ausgehend von einer Erhebung im Jahr 1996 - ein Gesamtaufwand für Leistungen in den KRAZAF-Krankenanstalten im Jahr 1994 von S 1.088.788.870,01 (EUR 79.125.372,99) behauptet wird, der als "Basisbetrag" herangezogen werden soll, legte die beschwerdeführende Partei unter Bezugnahme auf die vom Verwaltungsgerichtshof zur Vorbereitung der mündlichen Verhandlung gestellten Fragen eine Aufstellung vor, aus der sich im Jahr 1994 ein Aufwand an Leistungen für Anstaltpflege in KRAZAF-finanzierten Anstalten (unter Ausschluss von Geldleistungen) von EUR 28.619.433,54 ergibt, wobei dieser Betrag offensichtlich lediglich die direkten Überweisungen an den Krankenanstaltenzusammenarbeitsfonds enthält; die vom Verwaltungsgerichtshof begehrte Aufschlüsselung unter anderem der Aufwendungen für Leistungen für Anstaltpflege ausschließlich in LKF- bzw. KRAZAF-finanzierten Anstalten unter Ausschluss von Geldleistungen gemäß § 96 Abs. 2 GSVG ist damit für das Jahr 1994 offenkundig unvollständig geblieben. Dies lässt den Schluss, für die von der beschwerdeführenden Partei begehrte Heranziehung ausschließlich der Aufwendungen für fondsfinanzierte Krankenanstalten im Rahmen des "Basisbetrages" nach § 322a Abs. 3 ASVG gäbe es eine den standardisierten Rechnungsabschlüssen gemäß § 444 ASVG vergleichbare konsistente Datengrundlage, die als Ausgangswert für die Pauschalierung dienen könnte, nicht zu.

10. Schließlich ist im Lichte des den Ausgleichsfonds gemäß § 447 Abs. 1 ASVG betreffenden Erkenntnisses des Verfassungsgerichtshofes vom 13. März 2004, ZI. G 279/02 u.a., zu prüfen, ob die vorgenommene Pauschalierung eine unzulässige Quersubventionierung zwischen den einzelnen Versichertengemeinschaften bewirkt. Dies ist zu verneinen: Wie der Verfassungsgerichtshof im eben zitierten Erkenntnis ausgesprochen hat, ist es aus verfassungsrechtlicher Sicht nicht schlechthin unzulässig, besondere Nachteile, die einem Versicherungsträger (einer Versichertengemeinschaft) auf Grund einer bestimmten Gestaltung des Gesamtsystems, insbesondere also durch Bestimmungen entstehen, die Wirkungen erzeugen, welche die Grenzen der in Selbstverwaltung organisierten Versichertengemeinschaften überschreiten, durch Zahlungen zwischen den Versicherungsträgern auszugleichen.

Im Fall des Belastungsausgleichs nach § 322a ASVG sollen Nachteile, die aus der unterschiedlichen Beitragsentwicklung der einzelnen Versicherungsträger bei gleichzeitig an die durchschnittliche Beitragsentwicklung gekoppelten Zahlungspflichten entstehen, ausgeglichen werden. Gegen eine nur auf Grund der durchschnittlichen Steigerung der Beitragseinnahmen beruhende Pauschalierung bestünden nämlich bei absehbar unterschiedlichen Verläufen der

Beitragseinnahmenentwicklung zwischen den Versicherungsträgern jedenfalls Bedenken im Hinblick auf die Sachlichkeit der Regelung, denen durch den Ausgleich nach § 322a ASVG Rechnung getragen wird. Das System des Belastungsausgleichs nach § 322a ASVG dient damit gerade nicht der - im Hinblick auf eine mögliche Quersubventionierung bedenklichen -

Bildung einer versicherungsträgerübergreifenden Solidargemeinschaft, sondern einem zwar pauschalierten, aber doch an der Leistungsfähigkeit und Leistungsverpflichtung der Versicherungsträger orientierten Ausgleich der Belastungen, die sich aus einer nur auf Grundlage der allgemeinen Beitragsentwicklung berechneten Leistungspflicht ergeben würden.

Auch die Ausführungen der Verfahrensparteien in der mündlichen Verhandlung vor dem Verwaltungsgerichtshof und die von der beschwerdeführenden Partei vorgelegten Unterlagen belegen nicht, dass die Berücksichtigung der gesamten Aufwendungen für Anstalts- und Entbindungsheimpflege, wie sie im Rechnungsabschluss der Sozialversicherungsträger ausgewiesen sind, im Rahmen des - lediglich einen rechnerischen Ausgangswert darstellenden - "Basisbetrags" nach § 322a Abs. 3 ASVG dazu führt, dass zwischen den Versicherungsträgern ein nur durch Unterschiede im Beitrags- oder Leistungsrecht beeinflusster Mitteltransfer stattfände.

11. Auch die von der beschwerdeführenden Partei geäußerten Bedenken im Hinblick auf die Sachlichkeit des nach § 322a Abs. 3 ASVG heranzuziehenden "Basisbetrags" führen somit nicht dazu, dass der Begriff der "Anstalts- und Entbindungsheimpflege" in § 322a Abs. 3 ASVG, wie von der beschwerdeführenden Partei begehrt, einschränkend im Sinne einer Berücksichtigung bloß der Aufwendungen für Anstaltpflege in fondsfinanzierten Krankenanstalten auszulegen wäre.

Die Beschwerde war daher gemäß § 42 Abs. 1 VwGG als unbegründet abzuweisen.

Der Ausspruch über den Aufwandersatz gründet sich auf die §§ 47 ff VwGG i.V.m. der VwGH-Aufwandersatzverordnung 2003, BGBl. II Nr. 333. Das Kostenersatzbegehren der mitbeteiligten Partei war abzuweisen, da diese nicht durch einen Rechtsanwalt vertreten war.

Wien, am 21. Dezember 2005

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:VWGH:2005:2003080079.X00

Im RIS seit

19.02.2006

Zuletzt aktualisiert am

10.07.2012

Quelle: Verwaltungsgerichtshof VwGH, <http://www.vwgh.at>

© 2026 JUSLINE

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

www.jusline.at