

AUSSENSTELLE MISTELBACH

Geschäftszahl:
LVwG-AV-1234/001-2021

Mistelbach, am 22. Dezember 2021

IM NAMEN DER REPUBLIK

Das Landesverwaltungsgericht Niederösterreich hat durch Dr. Kutsche, LL.M. als Einzelrichter über die Beschwerde des A, vertreten durch B Rechtsanwälte GmbH, in *** ***, gegen den Bescheid der Bezirkshauptmannschaft Korneuburg vom 18. Juni 2021, Zl. ***, betreffend Abweisung des Einspruches gegen Pflegegebührenrechnung nach dem NÖ Krankenanstaltengesetz (NÖ KAG), zu Recht erkannt:

1. Die Beschwerde wird gemäß § 28 Abs. 1 und 2 Verwaltungsgerichtsverfahrensgesetz (VwGVG) als unbegründet abgewiesen.
2. Gegen dieses Erkenntnis ist gemäß § 25a Verwaltungsgerichtshofgesetz 1985 (VwGG) eine ordentliche Revision an den Verwaltungsgerichtshof im Sinne des Art. 133 Abs. 4 Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG) zulässig.

Rechtsgrundlagen:

§ 28 Verwaltungsgerichtsverfahrensgesetz (VwGVG)

§ 25a Verwaltungsgerichtshofgesetz 1985 (VwGG)

§§ 44 ff., 49 ff., NÖ Krankenanstaltengesetz (NÖ KAG)

Anlage 1 und 3 der gemäß § 51 Abs. 3 NÖ KAG verlautbarten

NÖ Krankenanstaltengebühren, medizinische Sonderleistungen und ambulanter Leistungskatalog der NÖ Fondskrankenanstalten 2019

Entscheidungsgründe:

1. Unbestrittener Sachverhalt:

1.1. Mit Gebührenrechnung vom 5. November 2019 wurde dem nunmehrigen Beschwerdeführer die Gebühren für einzeln angeführte Behandlungsleistungen im Landeskrankenhaus *** am 29. Oktober 2019 in Rechnung gestellt. Aufgrund der jeweiligen Bepunktungen der Behandlungsleistungen im Sinne der Anlage 3 der gemäß § 51 Abs. 3 NÖ KAG verlautbarten NÖ Krankenanstaltengebühren, medizinische Sonderleistungen und ambulanter Leistungskatalog der NÖ Fondskrankenanstalten 2019 fiel die Behandlung des Beschwerdeführers in die Gebührenart „Gruppe IV“ im Sinne der Anlage 1 der gemäß § 51 Abs. 3 NÖ KAG verlautbarten NÖ Krankenanstaltengebühren, medizinische Sonderleistungen und ambulanter Leistungskatalog der NÖ Fondskrankenanstalten 2019 ein Tarif in der Höhe von EUR 741,60 an.

1.2. Diese Rechnung wurde rechtzeitig mit dem Einspruch des Beschwerdeführers vom 18. November 2019 bei der Bezirkshauptmannschaft Korneuburg (im Folgenden: belangte Behörde) gemäß § 47 Abs. 4 NÖ KAG dem Grunde und der Höhe nach bestritten.

1.3. In weiterer Folge korrigierte das Landeskrankenhaus *** die Gebührenrechnung aufgrund einer doppelten Verrechnung von Leistungen, was dazu führte, dass der Beschwerdeführer nunmehr in eine niedrigere Gebührenart-Gruppe fiel und stellte dem Beschwerdeführer mit Rechnung vom 27. Jänner 2021 den Betrag für im Ergebnis Leistungen der Gebührenart „Gruppe III“ (auf der Rechnung wird fälschlicherweise „Gruppe IV“ angeführt) in der Höhe von EUR 494,40 in Rechnung.

1.4. Mit seiner Eingabe vom 3. Februar 2021 hielt der Beschwerdeführer seinen Einspruch gegen die (berichtigte) Rechnung des Landeskrankenhauses *** dem Grunde nach ausdrücklich aufrecht, weil er durch überhöhte Beträge in der Rechnung aufgrund seiner Staatsangehörigkeit diskriminiert sei und verweist in diesem Zusammenhang auf die Entscheidung des EuGH vom 3. Oktober 2000, C-411/98, *Ferlini*.

1.5. Mit dem nunmehr angefochtenen Bescheid der belangten Behörde vom 18. Juni 2021, Zl. *** wird der Einspruch des Beschwerdeführers gegen die (berichtigte) Rechnung des Landeskrankenhauses *** abgewiesen.

Begründend führt die belangte Behörde aus, dass sich die Behandlungsgebühren für die Leistungen des Landeskrankenhauses nach der von der NÖ Landesregierung gemäß § 51 Abs. 2 iVm § 49g Abs. 4 NÖ KAG verlautbarten Gebührenfestsetzung für das Jahr 2019 richteten. Die betragsmäßige Festsetzung der Behandlungsgebühren gemäß § 49g Abs. 4 NÖ KAG richteten sich nach Gruppen, deren Einteilung wiederum von Ambulanzpunkten abhängig gemacht werde. Die gegenständliche Pflegegebührenrechnung sei aufgrund des NÖ KAG ausgestellt worden, das nicht bloß für nicht dem nationalen Sozialversicherungssystem angehörende Personen herangezogen werde, sondern eben auch für jene, die dem österreichischen Sozialversicherungssystem angehörten.

Die dem Beschwerdeführer in Rechnung gestellten Beträge seien nicht höher, als jene für in Österreich versicherten Personen, es würden jeweils die Bestimmungen des NÖ KAG zur Anwendung kommen.

Da die Festsetzung der Gebühr für die Inanspruchnahme der erbrachten Leistungen zu Recht erfolgte, sei der Einspruch des Beschwerdeführers daher abzuweisen gewesen.

1.6. In seiner rechtzeitigen Beschwerde führt der Beschwerdeführer im Wesentlichen aus, dass die belangte Behörde lediglich die Doppelverrechnung von zwei Positionen der Rechnung korrigiert habe, jedoch sei die dem Grunde nach vorgebrachte „Fehlinterpretation des NÖ KAG“ unberücksichtigt geblieben. Die inhaltliche Richtigkeit der Verrechnung bzw. die tatsächliche Durchführung der einzeln angeführten Behandlungsleistungen der Aufstellung werden in der Beschwerde nicht bestritten.

Der Beschwerdeführer legt in seiner Beschwerde weiters dar, dass gegenständlich im Anwendungsbereich des Unionsrechts für ihn als Unionsbürger eine

Diskriminierung aufgrund seiner Nationalität vorliege. Er rege daher die Stellung eines Vorabentscheidungsverfahrens an den Europäischen Gerichtshof an und legt zur Begründung seiner Beschwerde mehrere Beilagen bei.

1.7. Die Durchführung einer öffentlichen mündlichen Verhandlung wurde weder von der belangten Behörde noch vom Beschwerdeführer beantragt.

2. Beweiswürdigung:

Das Landesverwaltungsgericht Niederösterreich hat in den verwaltungsbehördlichen Akt zur Zl. *** Einsicht genommen und legt dessen unbestrittenen und unbedenklichen Inhalt seinem weiteren Verfahren zu Grunde. Die einzelnen Behandlungsleistungen ergeben sich aus der (berichtigten) Rechnung des Landeskrankenhauses *** vom 27. Jänner 2021, deren tatsächliche Durchführung vom Beschwerdeführer nicht bestritten wurde. Der Versicherungsstatus des Beschwerdeführers ergibt sich aus den glaubwürdigen Angaben des Beschwerdeführers sowie dem seiner Beschwerde beigelegten Schreiben des GKFS.

Der unter Pkt. 1 festgestellte Sachverhalt stand bereits auf Grund des insoweit unbedenklichen Akteninhaltes fest und konnte daher ohne weiteres dieser Entscheidung zugrunde gelegt werden. Ergänzende Sachverhaltsermittlungen, welche ein weiteres Parteiengehör oder eine mündliche Verhandlung zur Erörterung notwendig gemacht hätten, waren nicht erforderlich.

3. Rechtslage:

3.1. Die relevanten Bestimmungen des NÖ Krankenanstaltengesetzes – NÖ KAG, LGBl. 9440-0, idF LGBl. 37/2018 lauten:

„LKF-Gebühr und Pflegegebühr

§ 44

(1) Alle Leistungen der NÖ Fondskrankenanstalt in der allgemeinen Gebührenklasse für jene Patienten, deren Sozialversicherungsträger nach den Versorgungsgesetzen, Krankenfürsorgeeinrichtung oder Sozialhilfeträger Pauschalsummen in den NÖ Gesundheits- und Sozialfonds einzahlen, sind unbeschadet des Abs. 2 und des § 45a durch vom NÖ Gesundheits- und

Sozialfonds geleistete Gebührenersätze (LKF-Gebührenersatz) auf Grundlage der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) abgegolten.

Für Privatpatienten (§ 46) sind die Leistungen der Krankenanstalten in der allgemeinen Gebührenklasse durch Pflegegebühren zu ermitteln. Mit den Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse sind unbeschadet des Abs. 2 und des § 45a alle Leistungen der Krankenanstalt abgegolten. Die Pflegegebühren sind auch für den Aufnahme- und Entlassungstag zu leisten, wengleich der Patient nicht den ganzen Tag in der Krankenanstalt verbracht hat. Für den Transferierungstag sind die Pflegegebühren nur einmal zu leisten und zwar an die übernehmende Krankenanstalt.

(2) Die Kosten der Beförderung des Patienten in die Krankenanstalt und aus derselben, die Beistellung eines Zahnersatzes – sofern diese nicht mit der in der Krankenanstalt durchgeführten Behandlung zusammenhängt –, die Beistellung orthopädischer Hilfsmittel (Körperersatzstücke) – soweit sie nicht therapeutische Behelfe darstellen –, ferner die Kosten der Bestattung eines in der Krankenanstalt Verstorbenen sind in den LKF-Gebührenersätzen oder Pflegegebühren nicht inbegriffen. Gleiches gilt für Zusatzleistungen, die mit den medizinischen Leistungen nicht im Zusammenhang stehen und auf ausdrückliches Verlangen des Patienten erbracht werden. Durch Verordnung der Landesregierung sind die orthopädischen Hilfsmittel (Körperersatzstücke), die nicht therapeutische Behelfe darstellen, zu bezeichnen. Vorher ist der Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger zu hören.

(3) Im Falle der Aufnahme eines Säuglings mit der nicht anstaltsbedürftigen Mutter oder einer anderen Begleitperson oder einer anstaltsbedürftigen Mutter mit ihrem Säugling (§ 40 Abs. 2) sind mit der Entrichtung der LKF-Gebührenersätze oder Pflegegebühr für eine Person die von der öffentlichen Krankenanstalt für beide Personen gemäß Abs. 1 erbrachten Leistungen abgegolten. Als Säugling gelten Kinder bis zum vollendeten ersten Lebensjahr.

(4) Bei Aufnahme eines anstaltsbedürftigen Kindes mit seinem nicht anstaltsbedürftigen Elternteil oder einer anderen Begleitperson ist unter den Voraussetzungen des § 40 Abs. 3, sofern § 44 Abs. 3 nicht anzuwenden ist, bis zum vollendeten 14. Lebensjahr des Kindes für den begleitenden Elternteil oder die andere Begleitperson pro Belagstag ein Beitrag von € 30,- zu leisten. Mit diesem Beitrag sind für den begleitenden Elternteil oder die andere Begleitperson die mit der Aufnahme in die Krankenanstalt verbundenen Kosten beglichen. Dies gilt auch für die Begleitung eines behinderten Kindes nach Vollendung des 14. Lebensjahres, solange die erhöhte Familienbeihilfe gewährt wird.

(5) Die Festsetzung des Beitragssatzes nach Abs. 4 erfolgt jeweils für ein Kalenderjahr durch Verordnung der Landesregierung. Diese Festsetzung hat so zu erfolgen, dass sich der Beitragssatz im Ausmaß des Index der Verbraucherpreise der "Statistik Österreich" vermindert oder erhöht, wobei Indexänderungen erst ab einer Erhöhung oder Verminderung von mindestens 5 % zu berücksichtigen sind und der Beitragssatz auf volle 10 Cent aufzurunden ist. Bis zur Neufestsetzung gilt der für das vorangegangene Kalenderjahr festgesetzte Wert. Die Verordnung ist bis 31.12. des Vorjahres, spätestens jedoch bis zum 31.3. des betroffenen Kalenderjahres von der Landesregierung zu erlassen.

(6) Im Falle der Aufnahme einer nicht anstaltsbedürftigen Begleitperson nach § 40 Abs. 3 ist das Entgelt für Begleitpersonen in der Höhe der durch ihre Unterbringung in der Krankenanstalt entstehenden Kosten, pro Tag jedoch höchstens die Hälfte der Pflegegebühr der allgemeinen Gebührenklasse zu leisten. Bei der Festsetzung ist auf das Lebensalter des Patienten Rücksicht zu nehmen. Richtsätze über die Höhe der Gebühren sind von der Landesregierung festzusetzen und sodann im Landesgesetzblatt kundzumachen. Hinsichtlich der Einbringung des Entgeltes für Begleitpersonen sind die §§ 46 bis 48 sinngemäß anzuwenden.

Abgeltung ambulanter Leistungen

§ 49b

(1) Die Erträge ambulanter Leistungen der NÖ Fondskrankenanstalten setzen sich aus der Ambulanzpunkteabrechnung und aus eigenen Einnahmen zusammen. Die an ambulanten Patienten erbrachten Leistungen sind nach den Vorgaben des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds abzurechnen.

(2) Der Eurowert je abgerechnetem Ambulanzpunkt richtet sich nach der Höhe der für diese Bereiche vom NÖ Gesundheits- und Sozialfonds vorgesehenen Mittel und der Summe der abgerechneten Ambulanzpunkte.

Ermittlung und Festsetzung der Pflege- und Sondergebühren sowie der Gebühren für Patienten im Sinne der Richtlinie 2011/24/EU

§ 49g

(1) Die Pflege- und Sondergebühren sind für die Voranschläge und Rechnungsabschlüsse kostendeckend zu ermitteln.

(2) Die Pflegegebühren für das folgende Jahr sind nach den Ansätzen der allgemeinen Teile der Voranschläge so zu ermitteln, daß sie dem auf Euro aufgerundeten Tagesdurchschnitt der auf einen Patienten entfallenden Betriebsauslagen nach Abzug aller anderen Einnahmen entsprechen. Folgende Aufwendungen sind den Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse nicht zugrunde zu legen:

- a) die Kosten der Beförderung des Patienten in die Krankenanstalt und aus derselben, die Kosten für die Beistellung eines Zahnersatzes – sofern diese nicht mit der in der Krankenanstalt durchgeführten Behandlung zusammenhängt – sowie die Kosten für die Beistellung orthopädischer Hilfsmittel (Körperersatzstücke) – soweit sie nicht therapeutische Behelfe darstellen –;
- b) Zahlungen der ärztlichen Honorare an die Ärzte, Aufwendungen für Pensionen und der klinische Mehraufwand (§ 55 Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl.Nr. 1/1957 in der Fassung BGBl. I Nr. 49/2008).

(3) Der Zuschlag zu den Pflegegebühren für Patienten, welche auf eigenen Wunsch in einem Krankenzimmer der Sonderklasse untergebracht wurden, hat mindestens 30 Prozent der Pflegegebühr der allgemeinen Gebührenklasse zu betragen. Für privatversicherte Patienten ist für das Jahr 1997 derjenige Betrag zu entrichten, der mit den Privatversicherungen für das Jahr 1997 vereinbart wurde. Für die Folgejahre sind die Zuschläge zwischen dem Rechtsträger der Krankenanstalt und den privaten Krankenversicherungsträgern zu vereinbaren. Der Zuschlag kann je nach Zahl der Betten in den Krankenzimmern der höheren Gebührenklasse beziehungsweise nach einer bestimmten Pflegedauer für die weiteren Pflegelage in verschiedener Höhe bestimmt werden.

(4) Die Behandlungsgebühren für jede Inanspruchnahme der Anstaltsambulatorien und die Blutabnahme nach straßenpolizeilichen Vorschriften (§ 43 Abs. 6) für das folgende Jahr sind in sinngemäßer Anwendung des Abs. 2 mit der Maßgabe zu bestimmen, daß deren Ermittlung nach der Zahl der zu erwartenden Inanspruchnahme und den Kostenanteilen zu erfolgen hat. Dabei sind die Gebühren je nach Schwere des Falles oder Größe des Leistungsumfanges abgestuft nach einzelnen Leistungsgruppen zwischen 5 und 120 Prozent der Pflegegebühr der allgemeinen Gebührenklasse festzulegen.

(5) Das ärztliche Honorar wird vom verantwortlichen leitenden Arzt einer Abteilung, eines Departments, eines Fachschwerpunktes oder eines Institutes sowie von allenfalls beigezogenen Konsiliarfachärzten mit dem betroffenen Patienten (§ 45 Abs. 1 lit.b) oder mit dem für ihn Zahlungspflichtigen vereinbart. Eine Honorarvereinbarung zwischen dem Patienten oder dem für ihn Zahlungspflichtigen und dem behandlungsführenden Arzt erstreckt sich auf alle im Rahmen des stationären Aufenthaltes erbrachten, verrechenbaren ärztlichen Leistungen.

(6) Bei Verrechnungsabkommen zwischen dem Rechtsträger einer Krankenanstalt und einem privaten Versicherungsträger über die Kostentragung bei Aufnahme des Patienten in die Sonderklasse gilt jenes ärztliche Honorar als im Sinne des Abs. 5 vereinbart, das zwischen der Ärztekammer und dem betreffenden Versicherungsträger festgelegt wurde.

(7) Die Sondergebühren für Leistungen nach § 45 Abs. 1 lit.c sind aus Anlaß des einzelnen Behandlungsfalles in der Höhe der der Krankenanstalt tatsächlich erwachsenen Kosten zu bestimmen.

(8) Es ist sicherzustellen, dass in jedem Fall die den Patienten im Sinne der Richtlinie 2011/24/EU (§ 89b Z 2) in Rechnung gestellten Kosten nach objektiven, nicht diskriminierenden Kriterien berechnet werden.

(9) Für die Festsetzung der Gebühren von Leistungen für Personen, die auf Grund der Richtlinie 2011/24/EU (§ 89b Z 2) aufgenommen werden, können die entsprechenden Regelungen herangezogen werden, die für Personen gelten, die auf Grund der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, ABl.Nr. 166 vom 30.4.2004, S. 1, zuletzt geändert durch die Verordnung (EU) Nr. 517/2013, ABl.Nr. L 158 vom 10.6.2013, S. 1, aufgenommen werden.

§ 51

(1) Die Festsetzung der nach §§ 49f und 49g ermittelten Gebühren ist vom Rechtsträger der NÖ Fondskrankenanstalt bei der Landesregierung zu beantragen.

(2) Die in Abs.1 erwähnten Gebühren sind in der von den Rechtsträgern der öffentlichen Krankenanstalten ermittelten Höhe von der Landesregierung festzusetzen, wenn die Ermittlung den Vorschriften der §§ 49f und 49g und 50 entspricht. Sofern ein Rechtsträger mehrere öffentliche Krankenanstalten betreibt, können für Krankenanstalten, die aufgrund ihrer Bettenanzahl und Schwerpunkte eine vergleichbare Berechnungsbasis im Sinne der §§ 49f, 49g und 50 aufweisen, Durchschnittsbeträge als Gebühren festgesetzt werden.

(3) Die Gebühren sind sodann im Landesgesetzblatt kundzumachen.

(4) Im Verfahren nach Abs. 1 und 2 steht jenen Körperschaften öffentlichen Rechts, die gemäß § 60 mit dem Rechtsträger der betreffenden Krankenanstalt einen Vertrag abgeschlossen haben, ein Anhörungsrecht zu.

(5) Das österreichweit einheitliche System der leistungsorientierten Diagnosefallgruppen einschließlich des Bepunktungssystems ist vom NÖ Gesundheits- und Sozialfonds zur Einsichtnahme aufzulegen. Die jeweils aktuelle Fassung ist unverzüglich vom NÖ Gesundheits- und Sozialfonds der Landesregierung vorzulegen.

(6) Die Festsetzung der im Abs. 1 ermittelten Gebühren erfolgt jeweils für ein Kalenderjahr. Bis zur Neufestsetzung gelten die für das vorangegangene Kalenderjahr festgesetzten Werte weiter. Die neue Kundmachung der Gebühren ist bis 31.12. des Vorjahres spätestens jedoch bis zum 31.3. des betroffenen Kalenderjahres von der Landesregierung zu veranlassen.“

3.2. Die relevanten Bestimmungen der Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung lauten:

„Artikel 4 Zuständigkeiten des Behandlungsmitgliedstaats

(1) – (2) [...]

(3) Gegenüber Patienten aus anderen Mitgliedstaaten gilt der Grundsatz der Nichtdiskriminierung aufgrund der Staatsangehörigkeit. Dies gilt unbeschadet der Möglichkeit des Behandlungsmitgliedstaats, sofern dies durch zwingende Gründe des Allgemeininteresses, wie etwa den Planungsbedarf in Zusammenhang mit dem Ziel, einen ausreichenden, ständigen Zugang zu einem ausgewogenen Angebot hochwertiger Versorgung im betreffenden Mitgliedstaat sicherzustellen, oder in Zusammenhang mit dem Wunsch, die Kosten zu begrenzen und nach Möglichkeit jede Verschwendung finanzieller, technischer oder personeller Ressourcen zu vermeiden, gerechtfertigt ist, Maßnahmen in Bezug auf den Zugang zu Behandlungen zu beschließen, um seiner grundlegenden Verantwortung, einen ausreichenden und ständigen Zugang zur Gesundheitsversorgung in seinem Hoheitsgebiet sicherzustellen, gerecht zu werden. Solche Maßnahmen sind auf das notwendige und angemessene Maß zu begrenzen und dürfen kein Mittel willkürlicher Diskriminierung darstellen; ferner sind sie vorab zu veröffentlichen.

(4) Die Mitgliedstaaten stellen sicher, dass Gesundheitsdienstleister auf ihrem Hoheitsgebiet für die Behandlung von Patienten aus anderen Mitgliedstaaten die gleiche Gebührenordnung zugrunde legen, wie sie für inländische Patienten in einer vergleichbaren medizinischen Situation gilt, oder dass die in Rechnung gestellten Gebühren nach objektiven, nichtdiskriminierenden Kriterien berechnet werden, falls keine vergleichbaren Gebührensätze für inländische Patienten existieren. Dieser Absatz lässt die einzelstaatlichen Rechtsvorschriften unberührt, wonach Gesundheitsdienstleister ihre Gebühren selbst festsetzen können, sofern Patienten aus anderen Mitgliedstaaten durch die Preisgestaltung nicht diskriminiert werden.

(5) [...]

4. Erwägungen:

4.1. Eingangs ist darauf hinzuweisen, dass in der Beschwerde alleine die Unionsrechtswidrigkeit der von der belangten Behörde angewendeten Bestimmungen des NÖ KAG geltend gemacht werden. Aufgrund des dem angefochtenen Bescheid vorausgegangen Ermittlungsverfahrens der belangten Behörde wurden die Doppelverrechnung von Positionen in der Pflegegebührenrechnung des Landeskrankenhauses *** vom 5. November 2019 berichtigt und mit 27. Jänner 2021 eine berichtigte Pflegegebührenrechnung ausgestellt. Vom Beschwerdeführer wurde weder die Richtigkeit dieser Rechnung noch die tatsächliche Durchführung der einzeln angeführten Behandlungsleistungen der Aufstellung bestritten. Auch das Landesverwaltungsgericht Niederösterreich zweifelt nicht an der tatsächlichen Durchführung der einzeln angeführten Behandlungen der Aufstellung, darüber hinaus entspricht die Punktebewertung der einzelnen Positionen der Anlage 3 der gemäß § 51 Abs. 3 NÖ KAG verlautbarten NÖ Krankenanstaltengebühren, medizinische Sonderleistungen und ambulanter Leistungskatalog der NÖ Fondskrankenanstalten 2019 idF LGBl. 97/2018.

4.2. Der Beschwerdeführer bringt in seiner Beschwerde ausschließlich vor, dass die gegenständliche Verrechnung Unionsrechtswidrig sei, weil sie nur auf nicht in Österreich sozialversicherte Personen angewendet werde und ihm als Unionsbürger, der nicht in Österreich sozialversichert sei, höhere Beträge für die von ihm in Anspruch genommenen Leistungen im Landeskrankenhauses *** verrechnet worden seien.

4.3. Die belangte Behörde führte vor diesem Hintergrund im angefochtenen Bescheid aus, dass entgegen der Ausführungen des Beschwerdeführers, die diesem in Rechnung gestellten Beträge nicht höher als für in Österreich versicherte Personen seien, weil jeweils die Bestimmungen des NÖ KAG zu Anwendung kämen.

4.4. Gemäß § 49g Abs. 1 NÖ KAG sind die Pflege- und Sondergebühren für die Voranschläge und Rechnungsabschlüsse kostendeckend zu ermitteln. Abs. 4 leg.cit. sieht unter anderem vor, dass die Behandlungsgebühren für jede Inanspruchnahme der Anstaltsambulatorien für das folgende Jahr in sinngemäßer Anwendung des Abs. 2 leg.cit. mit der Maßgabe zu bestimmen sind, dass deren Ermittlung nach der

Zahl der zu erwartenden Inanspruchnahme und den Kostenanteilen zu erfolgen hat. Dabei sind die Gebühren je nach Schwere des Falles oder Größe des Leistungsumfanges abgestuft nach einzelnen Leistungsgruppen zwischen 5 und 120 Prozent der Pflegegebühr der allgemeinen Gebührenklasse festzulegen. Schließlich ist gemäß § 49g Abs. 8 NÖ KAG sicherzustellen, dass in jedem Fall die den Patienten im Sinne der Richtlinie 2011/24/EU (§ 89b Z 2) in Rechnung gestellten Kosten nach objektiven, nicht diskriminierenden Kriterien berechnet werden.

4.5. Gegenstand der Novelle LGBl. 9440-39 des NÖ KAG war es, die Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung im niederösterreichischem Krankenanstaltenrecht umzusetzen (vgl. Motivenbericht Ltg.-454/K-1/2-2014, 1 f.). Vor diesem Hintergrund wurde unter anderem auch § 49g NÖ KAG erlassen. Der Motivenbericht zu dieser Bestimmung enthält folgende Erläuterungen: *„Art. 4 Abs. 4 der Richtlinie 2011/24/EU sieht vor, dass in Rechnung gestellte Gebühren nach objektiven und nichtdiskriminierenden Kriterien berechnet werden, falls keine vergleichbaren Gebührenansätze für inländische Patienten existieren. In Umsetzung dieser Bestimmung sieht § 39 Abs. 3 KAKuG vor, dass sicherzustellen ist, dass in jedem Fall die dem Pflegenden im Sinne der Richtlinie 2011/24/EU in Rechnung gestellten Kosten nach objektiven, nicht diskriminierenden Kriterien berechnet werden. Der neu einzufügende § 49g Abs. 8 trifft eine entsprechende ausdrückliche Klarstellung, wobei gleichzeitig anzumerken ist, dass die niederösterreichische Rechtsordnung diesen Anforderungen bereits jetzt weitgehend genügt. Auf diese Personengruppe sind die bestehenden Gebühren (vgl. NÖ Krankenanstaltengebühren, medizinische Sonderleistungen und ambulanter Leistungskatalog der NÖ Fondskrankenanstalten 2014, LGBl. 9440/1-1), die nicht zwischen Inländern und EU-Bürgern differenzieren, anwendbar. Beispielsweise sieht der § 49g Abs. 1 NÖ KAG für die am häufigsten zur Anwendung kommenden Pflegegebühren vor, dass diese kostendeckend zu ermitteln sind. § 49g Abs. 2 NÖ KAG normiert in Ausführung dieses Grundsatzes detaillierte Berechnungsmodalitäten. Analoges gilt auch für alle anderen dieser Personengruppe vorzuschreibenden Gebühren.*

Weiters ist im Sinne des Art. 4 Abs. 4 der Richtlinie 2011/24/EU sicherzustellen, dass Patienten aus anderen Mitgliedstaaten bei der Verrechnung stationärer Leistungen

nicht diskriminiert werden. Dies erfolgt durch die Ermächtigung, für die Festsetzung von entsprechenden Gebühren für Leistungen, die Patienten aus anderen Mitgliedstaaten auf Basis dieser Richtlinie 2011/24/EU in Anspruch nehmen, das Regime der Verordnung (EU) 883/2004 anzuwenden. In Umsetzung dieser gemeinschaftsrechtlichen Vorgabe normiert § 29 Abs. 1b KAKuG, dass die Landesgesetzgebung bestimmen kann, dass für die Verrechnung von Leistungen für Personen, die aufgrund der Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, ABl. Nr. L 88 vom 4.4.2011, S. 45, aufgenommen wurden, die entsprechenden Regelungen herangezogen werden, die für Personen gelten, die aufgrund der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, ABl. Nr. 166 vom 30.4.2004, S. 1, zuletzt geändert durch die Verordnung (EU) Nr. 517/2013, ABl. Nr. L 158 vom 10.6.2013, S. 1, aufgenommen werden. In Ausführung dieser bundesgrundsatzgesetzlichen Vorgabe wird der § 49g Abs. 9 eingefügt. Inhaltlich handelt es sich dabei um eine Ermessensbestimmung für die Rechtsträger einer Krankenanstalt, die es diesen ermöglicht, eigene Gebühren für Patienten im Sinne der Richtlinie 2011/24/EU einzuführen. Sofern sie von dieser Möglichkeit Gebrauch machen, haben sie für die Festsetzung der Gebühren jene Gebührenregelungen heranzuziehen, die auch für Personen gelten, die aufgrund der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 aufgenommen werden. Auf das Verfahren für die Festsetzung dieser Gebühren ist § 51 NÖ KAG anzuwenden. Diese sind demnach auf Antrag des Rechtsträgers von der Landesregierung festzusetzen und im Landesgesetzblatt kundzumachen“ Motivenbericht Ltg.-454/K-1/2-2014, 4 f.)

4.6. Vor diesem Hintergrund wurde gemäß § 51 NÖ KAG die Höhe der Behandlungsgebühr bzw. die jeweiligen „ambulanten Punkte“ in den gegenständlich angewendeten Anlagen 1 und 3 der verlautbarten NÖ Krankenanstaltengebühren, medizinische Sonderleistungen und ambulanter Leistungskatalog der NÖ Fondskrankenanstalten 2019 bestimmt.

Die Berechnung der Behandlungsgebühr, die gemäß § 49g Abs. 1 NÖ KAG kostendeckend zu ermittelt ist, entspricht daher zum einen der Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, nach dessen Art. 4 Abs. 4 für die Behandlung von Patienten

aus anderen Mitgliedstaaten die gleiche Gebührenordnung wie für inländische Patienten in einer vergleichbaren medizinischen Situation zugrunde zu legen sind oder die in Rechnung gestellten Gebühren nach objektiven, nichtdiskriminierenden Kriterien berechnet werden, falls keine vergleichbaren Gebührensätze für inländische Patienten existieren, weil dies insbesondere systematisch der Kostenberechnung für in Österreich sozialversicherte Personen entspricht (deren Finanzierung aufgrund des Systems der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung gemäß §§ 44 ff. NÖ KAG erfolgt). Zum anderen verfolgte der Landesgesetzgeber durch die Regelungen des NÖ KAG ausdrücklichen den Zweck, dass Patienten aus anderen Mitgliedstaaten bei der Verrechnung stationärer Leistungen nicht diskriminiert werden (vgl. Motivenbericht Ltg.-454/K-1/2-2014, 4). Mit der Richtlinie 2011/24/EU wurde zudem unter anderem auch die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes zu grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen umgesetzt (vgl. insbesondere Erwägungsgründe 26 ff. der Richtlinie 2011/24/EU), weshalb auch die dem Art. 4 der Richtlinie 2011/24/EU entsprechenden Bestimmungen des NÖ KAG mit den in der vom Beschwerdeführer angeführten Entscheidung in der Rechtssache *Ferlini* (EuGH 3.10.2000, C-411/98) ausgesprochenen Grundsätzen – soweit diese überhaupt auf die gegenständliche Rechtslage anwendbar sind – übereinstimmen.

4.7. Vor diesem Hintergrund bestehen für das Landesverwaltungsgericht Niederösterreich daher keine Zweifel an der Unionsrechtskonformität der gegenständlichen Bestimmungen des NÖ KAG (in diesem Sinne bereits LVwG NÖ, 22.10.2021, LVwG-AV-856/002-2021) und sohin deren Anwendbarkeit.

4.8. Es war daher spruchgemäß zu entscheiden.

5. Zur Nichtdurchführung einer öffentlichen mündlichen Verhandlung:

Die Durchführung einer öffentlichen mündlichen Verhandlung konnte gemäß § 24 Abs. 4 VwGVG unterbleiben, zumal von keiner der Parteien die Durchführung einer öffentlichen mündlichen Verhandlung beantragt wurde und der entscheidungsrelevante Sachverhalt durch die Aktenlage geklärt und auch unbestritten ist, demnach die Akten auch erkennen ließen, dass die mündliche Erörterung eine weitere Klärung der Rechtssache nicht erwarten lässt, weil es

gegenständlich ausschließlich um eine Rechtsfrage ging (vgl. zum Entfall der Verhandlung, wenn es ausschließlich um eine rechtliche oder sehr technische Frage geht: VwGH 14.08.2019, Ra 2019/08/0111 mwN). Außerdem standen einem Entfall der Verhandlung weder Art. 6 Abs. 1 der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten noch Art. 47 der Charta der Grundrechte der Europäischen Union entgegen (vgl. dazu VwGH 15.05.2014, 2012/05/0087).

6. Zur Zulässigkeit der ordentlichen Revision:

Die ordentliche Revision ist zulässig, weil im gegenständlichen Verfahren eine Rechtsfrage zu lösen war, der im Sinne des Art. 133 Abs. 4 B-VG grundsätzliche Bedeutung zukommt, insbesondere weil eine solche Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes zu der Frage fehlt, ob bei der Behandlung eines Patienten aus einem anderen Mitgliedstaat § 49g NÖ KAG bzw. die gemäß § 51 Abs. 3 NÖ KAG verlautbarten Anlagen 1 und 3 vor dem Hintergrund der Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes vom 3. Oktober 2000, C-411/98, *Ferlini*, anzuwenden sind.