



**VERWALTUNGSGERICHT
WIEN**

1190 Wien, Muthgasse 62
Telefon: (+43 1) 4000 DW 38620
Telefax: (+43 1) 4000 99 38620
E-Mail: post@vgw.wien.gv.at

GZ: VGW-162/006/1247/2024-35
A. B.

Wien, 30.1.2025

Geschäftsabteilung: VGW-D

IM NAMEN DER REPUBLIK

Das Verwaltungsgericht Wien hat durch seinen Richter Mag. Prasch, LL.M. über die Beschwerde der Frau A. B., vertreten durch Rechtsanwälte, gegen den Bescheid des Verwaltungsausschusses des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Wien, vom 14.2.2023, Zi. ..., mit welchem der Antrag auf Witwenversorgung abgewiesen wurde,

zu Recht erkannt:

I. Gemäß § 28 Abs. 1 VwGVG wird der Beschwerde stattgegeben, und der bekämpfte Bescheid in der Form abgeändert, dass dessen Spruch zu lauten hat:

„Dem Antrag der Frau A. B. vom 21.09.2022, auf Witwenversorgung nach ihrem verstorbenen Ehemann Prof. DDr. C. D. wird gemäß § 22 der Satzung des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Wien ab 1.9.2022 dem Grunde nach stattgegeben.“

II. Gegen dieses Erkenntnis ist gemäß § 25a VwGG eine ordentliche Revision an den Verwaltungsgerichtshof nach Art. 133 Abs. 4 B-VG unzulässig.

Entscheidungsgründe

Der Spruch des Bescheides des Verwaltungsausschusses des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Wien, vom 14.2.2023, Zl. ..., lautet:

„Der Verwaltungsausschuss des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Wien hat in seiner Sitzung am 14.02.2023 auf Grund des Antrages vom 21.09.2022, eingelangt am 21.09.2022, beschlossen:

Der Antrag auf Witwenversorgung gemäß § 22 Abs 2 der Satzung des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Wien (nachstehend Satzung genannt) wird abgewiesen.“

Die dagegen erhobene Beschwerde lautet:

„In umseits bezeichneter Beschwerdesache hat die Beschwerdeführerin die ... Rechtsanwälte mit ihrer rechtsfreundlichen Vertretung und Verteidigung beauftragt.

Es wird ersucht, dieses Vollmachtsverhältnis zur Kenntnis zu nehmen und sämtliche Zustellungen zu Händen der ausgewiesenen Vertreter zu veranlassen.

In Einem erhebt die Beschwerdeführerin durch ihre ausgewiesene Rechtsvertretung

Beschwerde

gegen den Bescheid des Verwaltungsausschusses des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Wien vom 14.02.2023, Aktenzahl: ..., und führt diese aus wie folgt:

1. Rechtzeitigkeit und Umfang der Bekämpfung des Straferkenntnisses:

Der angefochtene Bescheid wurde der Beschwerdeführerin am 17.03.2023 zugestellt, sodass die Erhebung der Beschwerde am heutigen Tag jedenfalls binnen der 4-wöchigen Beschwerdefrist erfolgt.

Der Bescheid wird seinem gesamten Inhalt nach angefochten.

2. Wesentlicher Sachverhalt:

Die Antragstellerin schloss am 12.11.2021 die Ehe mit Univ.-Prof. DDr. C. D., geb. ...1941. Herr DDr. D. ist am 28.08.2022 verstorben.

Univ.-Prof. DDr. D. führte zuletzt von 22.11.1982 bis 28.11.2007 eine Ordination in Wien und stellte mit 29.11.2007 seinen Beruf ein. Er war allerdings bis zu seinem Tod noch als Geschäftsführer diverser Gesellschaften tätig und hielt Vorträge auf der ganzen Welt.

Mit E-Mail vom 21.09.2022 teilte die Beschwerdeführerin dem Verwaltungsausschuss des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Wien (im

Folgenden kurz „Verwaltungsausschuss“) mit, dass Herr DDr. D. an den Folgen eines akuten Herzinfarkts im AKH Wien verstorben sei und beantragte die Zuerkennung einer Witwenversorgung gemäß § 22 der Satzung des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Wien (im Folgenden kurz „Satzung“).

Dieser Antrag wurde vom Verwaltungsausschuss auf Grundlage von § 22 Abs. 2 der Satzung abgelehnt. Dazu wurde ausgeführt, dass die Witwenversorgung gemäß § 22 Abs. 2 der Satzung nicht zu gewähren ist, wenn die Ehe erst nach Vollendung des 65. Lebensjahres des Fondsmitglieds oder Empfängers einer Alters- oder Invaliditätsversorgung geschlossen wurde und zum Zeitpunkt des Todes des Fondsmitglieds oder Empfängers einer Alters- oder Invaliditätsversorgung weniger als drei Jahre bestanden hat. Die Bestimmungen des § 22 Abs. 2 finden gemäß Abs. 3 u.a. dann keine Anwendung, wenn der Tod des Ehegatten oder eingetragenen Partners durch ein nicht voraussehbares Krankheitsergebnis, durch Unfall oder eine Berufskrankheit eingetreten ist.

Der Verwaltungsausschuss führt im angefochtenen Bescheid weiters aus, dass laut Obduktionsbericht des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Wien vom 29.08.2022 unmittelbare Todesursache ein Herzinfarkt, kardiologischer Schock und Kreislaufstillstand im Herzkatheter gewesen sei und folgende Grundleiden vorgelegen seien: koronare Herzkrankheit mit komplexer Dreigefäßerkrankung, Myokardinfarkt, Kardiogener Schock, ECMO-Implantation im Rahmen der CPR und koronare Katheterintervention im Rahmen der CPR. Nach eingehender Prüfung der Befunde und der Krankheitsgeschichte des verstorbenen Univ. -Prof. DDr. D. habe sich der Verwaltungsausschuss den Ausführungen des Vertrauensarztes angeschlossen, wonach der Verstorbene bereits vor der Eheschließung herzkrank gewesen sei und daher der Todesfall nicht als nicht voraussehbares Krankheitsergebnis gewertet werden könne.

3. Beschwerdegründe:

Da die Ehe der Beschwerdeführerin mit dem Verstorbenen weniger als 3 Jahre gedauert hat und der Verstorbene im Zeitpunkt der Eheschließung bereits über 65 Jahre alt war, hat die Beschwerdeführerin u.a. dann einen Anspruch auf Witwenversorgung gemäß § 22 der Satzung, wenn der Tod ihres Ehegatten durch ein nicht voraussehbares Krankheitsergebnis, durch Unfall oder eine Berufskrankheit eingetreten ist.

Die Todesursache war unstrittig weder ein Unfall noch eine Berufskrankheit, sondern ein akuter Herzinfarkt. Dabei hat es sich allerdings - entgegen der Ansicht des Verwaltungsausschusses - tatsächlich um ein nicht voraussehbares Krankheitsergebnis gehandelt.

Es mag sein, dass sich bei der Obduktion herausgestellt hat, dass der Verstorbene an einer koronaren Herzkrankheit gelitten hat. Dies hinderte den Verstorbenen aber in keiner Weise in seiner Lebensführung. Festzuhalten ist, dass der Verstorbene zuletzt zwar nicht mehr als Arzt tätig war, er in seiner Eigenschaft als Geschäftsführer der E. GmbH, FN ..., und der F. GmbH, FN ..., aber nach wie vor täglich aktiv war und jeden Tag sein Büro aufsuchte. Bis zuletzt reiste der Verstorbene zudem für Vortragstätigkeiten um die Welt.

Ab dem Erreichen eines bestimmten Alters muss wohl immer damit gerechnet werden, dass ein Herzinfarkt auftreten kann. Das alleine kann aber nicht dazu

führen, dass es sich beim Auftreten des Herzinfarktes um ein voraussehbares Krankheitsereignis handelt, würde dies doch bedeuten, dass bei Eintritt des Todes durch Herzinfarkt ab einem bestimmten Alter niemals ein Anspruch auf Witwenversorgung gemäß § 22 der Satzung bestehen könnte. Der Eintritt eines Herzinfarkts war für den Verstorbenen bzw. die Beschwerdeführerin nicht voraussehbar und war der Verstorbene durch die im Zuge seiner Obduktion festgestellte Herzerkrankung auch in keiner Weise in seiner Lebensführung eingeschränkt. Ganz im Gegenteil durften sowohl der Verstorbene als auch die Beschwerdeführerin davon ausgehen, dass der Verstorbene gesund war und - abgesehen von einer bekannten Kinderlähmung - an keinen relevanten Vorerkrankungen litt, zumal der Verstorbene trotz seines hohen Alters nach wie vor täglich berufstätig war und Vorträge hielt. Wäre der Verstorbene tatsächlich so schwer herzkrank gewesen, dass der Eintritt des Todes durch Herzinfarkt voraussehbar war, hätte dieser in Angesicht seines Alters nicht mehr derart aktiv sein können. In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass auch der behandelnde Arzt des DDr. D. völlig überrascht davon war, dass dieser an einem Herzinfarkt verstorben ist. Auch dieser hat in Kenntnis des Gesundheitszustandes des DDr. D. nicht mit dem Eintritt des Todes durch Herzinfarkt gerechnet. Schon dies spricht dafür, dass das Krankheitsereignis, das zum Tod des DDr. D. geführt hat, nicht voraussehbar war.

In medizinischer Hinsicht wird im Zuge des Beschwerdeverfahrens durch einen medizinischen Sachverständigen zu beurteilen sein, ob der Verstorbene bereits zum Zeitpunkt der Eheschließung an einer Herzerkrankung gelitten hat, ob der schließlich zum Tode führende Herzinfarkt auf diese allenfalls bestehende Herzerkrankung zurückzuführen war oder ob dieser auch ohne bestehende Herzerkrankung auftreten hätte können, und ob das Auftreten eines Herzinfarktes in medizinischer Hinsicht voraussehbar war.

In rechtlicher Hinsicht stellt sich die Frage nach der Auslegung des Begriffs „(nicht) voraussehbares Krankheitsereignis“. Aus dem Wortlaut der Satzung geht nicht hervor, auf welchen Zeitpunkt der Vorhersehbarkeit abzustellen ist (Vorhersehbarkeit bereits bei Eheschließung oder erst danach) und ob die Vorhersehbarkeit objektiv und/oder subjektiv gegeben sein muss. Es muss einen Unterschied machen, ob eine Krankheit bereits bei Eheschließung bekannt war und im Wissen, dass diese zum Tod führen kann, die Ehe eingegangen wurde, oder ob sich erst nach Eintritt des Todes im Zuge einer Obduktion herausstellt, dass eine Krankheit vorhanden war, aufgrund welcher zwar objektiv der Eintritt des Todes voraussehbar war, die aber dem Verstorbenen und dessen Ehepartner/Ehepartnerin gar nicht bzw. nicht in dem tatsächlich bestehenden Ausmaß bekannt war und somit subjektiv der Tod durch diese Krankheit nicht voraussehbar war.

Die diesbezüglichen Bedingungen wurden von dem Verwaltungsausschusses des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Wien bzw. der Ärztekammer Wien vorformuliert, so dass etwaige Unklarheiten gemäß § 915 S 2 ABGB zu Lasten der Ärztekammer Wien auszulegen ist. Gegenständlich hat der Verstorbenen Beiträge einbezahlt, um eine Versorgungsleistung für sich und im Todesfall für seine Witwe beziehen zu können. Es handelt sich somit um ein zweiseitig entgeltliches Rechtsgeschäft, bei welchem zwar die Beiträge inkassiert wurden, jedoch nunmehr die Gegenleistung (Witwenpension) verweigert wird.

Gegenständlich war jedenfalls im Zeitpunkt der Eheschließung am 12.11.2021 sowohl für den Verstorbenen als auch für die Beschwerdeführerin nicht - oder zumindest nicht in höherem Ausmaß, als dies bei durchschnittlichen Personen im Alter des Verstorbenen der Fall ist - voraussehbar, dass der Verstorbene an einem Herzinfarkt versterben würde.

Anzumerken ist in diesem Zusammenhang, dass die Beschwerdeführerin vor der Eheschließung mit dem Verstorbenen von deren ersten (vorverstorbenen) Ehemann eine sehr gute Witwenpension bezogen hat. Durch die Eheschließung mit DDr. D. ist dieser Anspruch der Beschwerdeführerin erloschen. Hätte die Beschwerdeführerin oder auch DDr. D. von einem möglichen nahenden Ableben gewusst bzw. geahnt oder ein solches nur für wahrscheinlich gehalten, wäre es zu keiner Eheschließung gekommen, mit welcher die Pensionsansprüche der Beschwerdeführerin gegenüber deren ersten verstorbenen Ehegatten untergegangen sind.

Der Tod des Verstorbenen ist damit durch ein nicht voraussehbares Krankheitereignis im Sinne des § 22 Abs. 3 der Satzung eingetreten, sodass der Beschwerdeführerin ein Anspruch auf Witwenversorgung gemäß § 22 der Satzung zusteht.

Beweis:

- PV
- ZV
- angefochtener Bescheid vom 14.02.2023
- einzuholendes medizinisches Sachverständigengutachten

4. Anträge:

Aus den oben angeführten Gründen stellt die Beschwerdeführerin den

Antrag,

das Landesverwaltungsgericht Wien als Beschwerdegericht möge - allenfalls nach Durchführung einer mündlichen Verhandlung - den Bescheid des Verwaltungsausschusses des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Wien vom 14.02.2023, Aktenzahl: ... aufheben und dahingehend abändern, dass dem Antrag der Beschwerdeführerin vom 21.09.2022 stattgegeben und ihr eine Witwenversorgung nach dem am 28.08.2022 verstorbenen Univ.-Prof. DDr. C. D. im sich aus der Satzung des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Wien ergebenden Ausmaß zuerkannt wird;

in eventu

das Landesverwaltungsgericht Wien als Beschwerdegericht möge - allenfalls nach Durchführung einer mündlichen Verhandlung - den Bescheid des Verwaltungsausschusses des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Wien vom 14.02.2023, Aktenzahl: ... aufheben und die Rechtssache zur Verfahrensergänzung und neuerlichen Entscheidung an den Verwaltungsausschuss des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Wien zurückverweisen.“

Mit Stellungnahme vom 19.02.2024 bringt die Ärztekammer für Wien dazu vor:

„Mit Verfügung vom 25.01.2024 hat das Verwaltungsgericht Wien der belangten Behörde die Möglichkeit eingeräumt, innerhalb einer Frist von vier Wochen eine schriftliche Stellungnahme in diesem Verfahren abzugeben. Die belangte Behörde erstattet somit nachstehende Stellungnahme:

I. Sachverhalt

1. Mit dem angefochtenen Bescheid vom 14.02.2023, AZ.: ..., hat der Verwaltungsausschuss des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Wien den Antrag der Beschwerdeführerin auf Zuerkennung der Witwenversorgung vom 21.09.2022 gemäß § 22 Abs. 2 der Satzung des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Wien abgewiesen.
2. Die Beschwerdeführerin brachte durch ihre rechtliche Vertretung in der Beschwerde vom 22.03.2023 im Wesentlichen vor, dass es sich tatsächlich um ein nicht voraussehbares Krankheitsergebnis gehandelt habe. Dieser Umstand sei in medizinischer Hinsicht durch einen medizinischen Sachverständigen zu beurteilen. In rechtlicher Hinsicht stelle sich die Frage nach der Auslegung des Begriffs „(nicht) voraussehbares Krankheitsergebnis“. Aus dem Wortlaut der Satzung gehe nicht hervor, auf welchen Zeitpunkt der Vorhersehbarkeit abzustellen sei und ob diese objektiv und/oder subjektiv gegeben sein müsse. Darüber hinaus habe die Beschwerdeführerin von der vorherigen Ehe eine gute Witwenpension bezogen und wäre diese - in Kenntnis bzw. Erahnung eines etwaigen nahenden Ablebens - keine neue Ehe mit dem Verstorbenen eingegangen, da mit dieser die Pensionsansprüche gegenüber dem ersten Ehegatten untergingen.
3. In einem zusätzlichen Schreiben, eingelangt am 23.03.2023, brachte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen ergänzend vor, dass der Ehegatte vor ein paar Jahren einen Herzinfarkt hatte, es ihm danach wieder gut ging und er aufgrund dessen bis zuletzt vielen Menschen helfen konnte. Die Beschwerdeführerin betonte ihre finanziellen Schwierigkeiten sowie den Umstand des plötzlichen Todes des Ehegatten.
4. Mit weiterem Schreiben, eingelangt am 03.08.2023, betonte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen erneut die vitale Gesundheit des Ehegatten vor dessen Ableben und übermittelte Fotos zur Untermauerung dieses Umstandes sowie eine ärztliche Bestätigung von Prim. Dr. G. H. vom 28.03.2023, welche das plötzliche Ableben des Ehegatten als vollkommen unerwartet beurteilt.
5. Mit Schreiben vom 09.12.2023, eingelangt am 14.12.2023, wiederholt die Beschwerdeführerin im Wesentlichen ihr bisheriges Vorbringen und verweist auf ihre prekäre Situation.

II. Rechtsausführungen

Zu den Rechtsgrundlagen:

1. Nach § 22 der Satzung des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Wien (kurz: Satzung) ist im Ereignisfalle des Todes eines Fondsmitgliedes oder Empfängers (Empfängerin) einer Alters- oder Invaliditätsversorgung seiner Witwe (ihrem

Witwer) oder seinem (ihrem) hinterbliebenen eingetragenen Partner, die (der) mit ihm (ihr) im Zeitpunkt des Todes in aufrechter Ehe oder in einer eingetragenen Partnerschaft gelebt hat, eine Witwen(Witwer-)versorgung oder die Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners zu gewähren.

2. Gemäß Abs. 2 leg. cit. ist diese Versorgungsleistung nicht zu gewähren, wenn die Ehe oder die eingetragene Partnerschaft erst nach Vollendung des 65. Lebensjahres des Fondsmitglieds (oder Empfängers/Empfängerin einer Alters- oder Invaliditätsversorgung) geschlossen wurde und zum Zeitpunkt des Todes des Fondsmitglieds (oder Empfängers/Empfängerin einer Alters- oder Invaliditätsversorgung) weniger als drei Jahre bestanden hat.
3. Laut § 22 Abs. 3 der Satzung finden die Bestimmungen des oben angeführten Abs. 2 keine Anwendung, wenn
 - a. der Tod des Ehegatten oder des eingetragenen Partners durch ein nicht voraussehbares Krankheitsergebnis, durch Unfall oder eine Berufskrankheit eingetreten ist,
 - b. aus der Ehe ein Kind hervorgegangen ist oder hervorgeht, durch Eheschließung ein Kind legitimiert worden ist, oder
 - c. im Zeitpunkt des Todes des Ehegatten oder des eingetragenen Partners dem Haushalt der Witwe (des Witwers) oder des eingetragenen Partners ein Kind des Verstorbenen angehört hat, das Anspruch auf Waisenunterstützung hat.

Zum Beschwerdevorbringen:

4. Anhand der aktenkundigen Heiratsurkunde ist ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Eheschließung (12.11.2021) das 73. Lebensjahr und der verstorbene Ehegatte das 80. Lebensjahr vollendet hatten.

Gemäß § 22 Abs. 2 der Satzung wäre die Witwenversorgung im Hinblick auf das Alter im Zeitpunkt der Eheschließung (73 Jahre und 80 Jahre) und der kurzen Ehedauer (unter 10 Monate) grundsätzlich abzuweisen. Ungeachtet dessen ermöglicht allerdings § 22 Abs. 3 der Satzung dennoch die Zuerkennung und den Bezug einer Witwenversorgung, wenn der Tod des Ehegatten durch ein nicht voraussehbares Krankheitsergebnis, durch Unfall oder eine Berufskrankheit eingetreten ist. Im Hinblick auf die Überprüfung dieses Umstandes wurde die Antragstellerin und nunmehrige Beschwerdeführerin aufgefordert, weitere Befunde über den bisherigen Krankheitsverlauf zu erbringen. Es wurden zwei ärztliche Befundberichte (vom 01.10.2021 und vom 21.04.2022) vorgelegt.

Laut Obduktionsbericht des Allgemeinen Krankenhauses (AKH) der Stadt Wien vom 29.08.2022 war die unmittelbare Todesursache ein Herzinfarkt, kardiologischer Schock und Kreislaufstillstand im Herzkatheter. Zudem lagen folgende Grundleiden vor: koronare Herzkrankheit mit komplexer Dreigefäßerkrankung, Myokardinfarkt, Kardiogener Schock, ECMO-Implantation im Rahmen der CPR und koronare Katheterintervention im Rahmen der CPR.

Der Obduktionsbericht des AKH, die beiden ärztlichen Befundberichte und die Krankengeschichte des verstorbenen Herrn Univ.Prof. DDr. D. wurden

vonseiten eines Vertrauensarztes einer eingehenden Prüfung und Beurteilung unterzogen. Der Verwaltungsausschuss, als zuständiges Gremium für die Beschlussfassung über Ansuchen um Gewährung von Versorgungsleistungen, hat sich den Ausführungen des Vertrauensarztes angeschlossen, wonach der Verstorbene bereits vor Eheschließung herzkrank war und daher der Todesfall nicht als nicht voraussehbares Krankheitsergebnis gewertet werden kann.

Zu der im Beschwerdevorbringen aufgeworfenen Frage nach dem maßgeblichen Zeitpunkt für die Vorhersehbarkeit kann festgehalten werden, dass ausschließlich auf den Zeitpunkt der Eheschließung abgestellt werden kann, zumal dies die grundsätzliche und wesentliche Voraussetzung für den Bezug dieser Versorgungsleistung darstellt.

Darüber hinaus kann die Voraussehbarkeit lediglich nach objektiven Kriterien beurteilt werden. Entsprechend wurde eine medizinische Einschätzung durch einen Vertrauensarzt eingeholt, dessen Ausführungen (wie oben beschrieben) der Beschlussfassung zugrunde gelegt wurden.

Sollte vonseiten der Beschwerdeführerin eine inkorrekte medizinische Beurteilung behauptet werden, so obliegt dieser der Gegenbeweis durch Einholung und Vorlage entsprechender Nachweise bzw. Gutachten.

Nach Ansicht der belangten Behörde wurden die medizinischen und rechtlichen Aspekte vollumfänglich beurteilt und über den Antrag auf Witwenversorgung in Übereinstimmung mit der Satzung der Ärztekammer für Wien und dem Ärztegesetz entschieden.

5. Die belangte Behörde regt daher an

Das Verwaltungsgericht Wien möge die Beschwerde als unbegründet abweisen."

In ihrer Stellungnahme vom 13.03.2024 führte die Beschwerdeführerin hiezu aus wie folgt:

„In umseits bezeichneter Rechtssache hat das Verwaltungsgericht Wien der Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 28.02.2024, per Web-ERV bereitgestellt am 01.03.2024, die Möglichkeit eingeräumt, binnen zwei Wochen eine Stellungnahme zur Stellungnahme der belangten Behörde vom 19.02.2024 einzubringen. Die Beschwerdeführerin erstattet hiermit fristgerecht nachstehende

Stellungnahme:

Die belangte Behörde wiederholt in ihrer Stellungnahme im Wesentlichen ihre Ausführungen aus dem angefochtenen Bescheid und führt ergänzend aus, dass der Verstorbene bereits vor Eheschließung herzkrank gewesen sei und sein Todesfall daher nicht als nicht voraussehbares Krankheitsergebnis gewertet werden könne. Zu der in der Beschwerde aufgeworfenen Frage nach dem maßgeblichen Zeitpunkt für die Vorhersehbarkeit kann festgehalten werden, dass ausschließlich auf den Zeitpunkt der Eheschließung abgestellt werden könne, zumal dies die grundsätzliche und wesentliche Voraussetzung für den Bezug der

Versorgungsleistung darstelle. Darüber hinaus könne die Vorhersehbarkeit lediglich nach objektiven Kriterien beurteilt werden. Entsprechend sei eine medizinische Einschätzung durch einen Vertrauensarzt eingeholt worden, dessen Ausführungen der Beschlussfassung zugrunde gelegt worden seien.

Dem ist Folgendes entgegenzuhalten:

Die Ansicht der belangten Behörde, die Voraussehbarkeit eines Krankheitsereignisses könne lediglich nach objektiven Kriterien beurteilt werden, ist nicht nachvollziehbar und wird von der belangten Behörde auch nicht begründet.

In der gegenständlich anzuwendenden Satzung der belangten Behörde findet sich keine Definition des Begriffs „(nicht) voraussehbar“. Es existiert auch keine Rechtsprechung zur Auslegung dieses Begriffes. Allerdings wird der Begriff „voraussehbar“ oder „(un)vorhersehbar“ in diversen Gesetzen verwendet. So ist gemäß § 364 Abs. 1 Z 1 StPO beispielsweise die Wiedereinsetzung in vorigen Stand gegen die Versäumung einer Frist zu bewilligen, wenn dem Antragsteller die Einhaltung der Frist nachweislich durch ein unvorhersehbares oder unabwendbares Ereignis unmöglich war. Der Begriff „unvorhersehbar“ ist ein Synonym für den gegenständlich in der Satzung der belangten Behörde verwendeten Begriff „nicht voraussehbar“. Ein Ereignis ist im Sinne des § 364 StPO dann unvorhersehbar, wenn es subjektiv nicht vorhergesehen werden kann (Bachmann in Birklbauer/Haumer/Nimmervoll/Wess (Hrsg), StPO - Linzer Kommentar zur Strafprozessordnung (2020) zu § 364 StPO Rz 9) bzw. wenn sein Eintritt für den Betroffenen aus dessen subjektiver Perspektive nicht zu erwarten war (Lewisch in Fuchs/Ratz, WK StPO § 364 Rz 19 (Stand 1.12.2014, rdb.at)).

Auch in der - mittlerweile außer Kraft getretenen - Härtefälle-Verordnung zum Kinderbetreuungsgeldgesetz (KBGG-Härtefallverordnung) wurde der Begriff „unvorhersehbar“ verwendet und in § 1 auf eine „unvorhersehbare“ Überschreitung der Zuverdienstgrenze abgestellt. Nach der Rechtsprechung war dieses Kriterium der „Unvorhersehbarkeit“ dann gegeben, wenn die Überschreitung der Zuverdienstgrenze trotz Anlegung eines zumutbaren Sorgfaltsmaßstabs nicht erkannt werden konnte (RIS-Justiz RS0124751). Die für das Bestehen eines Härtefalls erforderlichen Voraussetzungen stellten nach der Rechtsprechung auf das Vorliegen unterschiedlicher Kriterien ab, nämlich einerseits auf die objektive Höhe der Überschreitung der Grenzbeträge und andererseits auf die subjektive Vorhersehbarkeit bzw. Unvorhersehbarkeit der Überschreitung der Grenzbeträge für den Leistungsempfänger (OGH 01.02.2011, 10 ObS 186/10s).

Der Begriff „nicht voraussehbares Krankheitsereignis“ in der Satzung der belangten Behörde ist daher dahingehend auszulegen, dass es auf die subjektive Voraussehbarkeit des Krankheitsereignisses ankommt. Wie bereits in der Beschwerde ausgeführt, war das Eintreten des Herzinfarkts, der zum Ableben des Verstorbenen geführt hat, weder für den Verstorbenen noch für die Beschwerdeführerin subjektiv vorhersehbar. Der Verstorbene hat bis zu seinem Tod ein äußerst aktives Leben geführt und war in keiner Weise in seiner Lebensführung eingeschränkt. In diesem Sinne hat auch Dr. G. H., der den Verstorbenen seit 29.11.2019 behandelt hat und sehr guten Einblick in dessen Gesundheitszustand hatte, in seiner - von der Beschwerdeführerin bereits vorgelegten – ärztlichen Bestätigung vom 28.03.2023 ausgeführt, dass das

plötzliche Ableben des Verstorbenen vollkommen unerwartet ohne klinische Prodromalsymptomatik war. Die Herzmuskelschwäche des Verstorbenen nach dessen Myokardinfarkt 2019 könne als sehr mild bezeichnet werden. Wenn das Ableben des Verstorbenen sogar für den diesen behandelnden Arzt als Experten vollkommen unerwartet war, so zeigt sich, dass es umso mehr auch für die Beschwerdeführerin als medizinischen Laien unerwartet war.

Das beim Verstorbenen aufgetretene Krankheitseignis war daher nicht voraussehbar im Sinne des § 22 Abs. 3 der Satzung der belangten Behörde. Anzumerken ist hierzu weiters, dass die Textierung der Satzung von der belangten Behörde stammt, so dass Zweifel bei der Auslegung dieser Bestimmung (objektive oder subjektive Voraussehbarkeit) zu deren Lasten zu erfolgen hat.

Wie bereits in der Beschwerde ausgeführt, stellt sich darüber hinaus die Frage, auf welchen Zeitpunkt der Vorhersehbarkeit abzustellen ist, d.h. auf eine Vorhersehbarkeit bereits bei Eheschließung oder erst zu einem späteren Zeitpunkt. Die belangte Behörde führt in ihrer Stellungnahme aus, dass ausschließlich auf den Zeitpunkt der Eheschließung abgestellt werden können, zumal dies die grundsätzliche und wesentliche Voraussetzung für den Bezug dieser Versorgungsleistung darstelle.

Es kommt daher nicht auf eine ex-post-Betrachtung nach der Obduktion des Verstorbenen an, sondern auf dessen gesundheitlichen Zustand im Zeitpunkt der Eheschließung. Im Zeitpunkt der Eheschließung am 12.11.2021 war das spätere Auftreten eines Herzinfarktes jedenfalls sowohl in objektiver als auch in subjektiver Hinsicht nicht vorhersehbar. Wie bereits ausgeführt und wie auch von seinem behandelnden Arzt bestätigt, befand sich der Verstorbene bis zuletzt in einem auffallend guten klinischen Allgemeinzustand. Dies gilt umso mehr für den Zeitpunkt der Eheschließung im Jahr 2021.

Der im Beschwerdeverfahren zu bestellende medizinische Sachverständige wird daher zu beurteilen haben, ob bereits im Zeitpunkt der Eheschließung am 12.11.2021 vorhersehbar war, dass der Ehegatte der Beschwerdeführerin an einem Herzinfarkt sterben würde. Selbst wenn dies aber der Fall gewesen sein sollte, so ist nochmals festzuhalten, dass es nicht auf die objektive, sondern auf die subjektive Vorhersehbarkeit ankommt. Zum Beweis dafür, dass der Eintritt des Herzinfarktes im Zeitpunkt der Eheschließung subjektiv nicht vorhersehbar war, wird die Einvernahme der Beschwerdeführerin und des den Verstorbenen behandelnden Arztes Dr. G. H. beantragt.

Beweis:

- PV
- ZV Dr. G. H., I.-gasse, Wien
- einzuholendes medizinisches Sachverständigengutachten“

In der Eingabe vom 18.04.2024 führt die Ärztekammer für Wien aus:

„...bezugnehmend auf die im Betreff angeführte Geschäftszahl möchten wir hiermit den Empfang Ihres Schreibens vom 22.04.2024 bestätigen und vielmals für die Möglichkeit danken, eine Stellungnahme abgeben zu dürfen.“

Wir haben uns teamintern zum letzten Vorbringen der Beschwerdeführerin bzw. der anwaltlichen Vertretung abgestimmt und sind zu dem Ergebnis gelangt, dass wir die Klärung der darin aufgeworfenen Rechtsfrage(n) dem Verwaltungsgericht Wien überlassen möchten.

Im Wesentlichen geht es um die Frage der Auslegung des § 22 Abs. 3 der Satzung, wonach die Bestimmung des Abs. 2 leg. cit. keine Anwendung findet, wenn der Tod des Ehegatten durch ein „nicht voraussehbares“ Krankheitsereignis eingetreten ist, insb. ob diese „Voraussehbarkeit“ nach objektiven oder subjektiven Kriterien zu beurteilen ist.

Sollte die Rechtsauffassung des Verwaltungsgerichts in Richtung einer „subjektiven“ Bewertung gehen, wäre ergänzend abzuklären und festzustellen, welchen Kenntnisstand und welche subjektive Auffassung die Beschwerdeführerin hatte und insb. welcher Maßstab daran zu knüpfen ist.“

E-Mail vom 13.05.2024 der Ärztekammer für Wien:

„... Im Anhang dürfen wir Ihnen (als einzig verfügbares Dokument) einen Ausdruck aus der Tagesordnung zukommen lassen, aus dem die Überlegungen des Vertrauensarztes Dr. J. ersichtlich sind. Das Ansuchen auf Witwenversorgung wurde aufgrund der vorliegenden Unterlagen vom Vertrauensarzt nicht befürwortet. Der Verwaltungsausschuss hat in seiner Sitzung vom 14.02.2023 den Fall sodann ausführlich mündlich mit dem ebenfalls anwesenden Vertrauensarzt erörtert und ist zum Ergebnis gelangt, dass Dr. D. bereits vor der Eheschließung herzkrank war, weshalb der Todesfall nicht als nicht voraussehbares Krankheitsereignis gewertet werden kann. Folglich hat sich das Gremium (Verwaltungsausschuss) einstimmig zur Abweisung des Antrages entschlossen.“

Der Auszug aus der Tagesordnung hat folgenden Wortlaut:

326. A. B. , geb. ...1947 (75), K.-gasse Wien Witwe nach Univ.Prof. DDr. C. Dieter D. (./), geb. ...1941, gest. 28.08.2022,

Vorgängersitzung: 20.12.2022
 Antrag vom: 21.09.2022
 Eingelangt am: 21.09.2022
 Zeitraum: ab 01.09.2022
 Begründung: Gem. § 22 Abs. 2 der Satzung ist die Witwenversorgung nicht zu gewähren, wenn die Ehe erst nach Vollendung des 65. Lebensjahres des Fondsmitgliedes/Empfängers einer Altersversorgung geschlossen wurde und zum Zeitpunkt des Todes des Fondsmitgliedes/Empfängers einer Altersversorgung weniger als drei Jahre lang bestanden hat. Da die Bestimmungen des Abs. 2 keine Anwendung finden, wenn der Tod des Ehegatten durch ein nicht voraussehbares Krankheitsereignis eingetreten ist, wurde die Antragstellerin aufgefordert, weitere Befunde über Krankheitsverlauf zu erbringen.

Mit E-Mail vom 21.09.2022 teilte die Antragstellerin mit, ihr Ehemann sei an den Folgen des akuten Herzinfarktes im AKH Wien verstorben und legte entsprechende Aufenthaltbestätigung bei. Nach Angaben der Antragstellerin litt Herr Dr. D. an keiner chronischen Krankheit abgesehen von einer bekannten Kinderlähmung. Mit E-Mail vom 16.11.2022 legte sie weitere ärztliche Befunde bei.

Der Antrag auf Witwenversorgung wurde dem Vertrauensarzt vorgelegt.

Herr Dr. J. möchte den Fall in der Sitzung diskutieren. Er teilte seine Überlegungen wie folgt mit: Dr. D. war bereits vor der Eheschließung herzkrank, daher kann der Todesfall nicht als nicht voraussehbares Krankheitereignis gewertet werden.

Das Ansuchen auf Witwenversorgung wird aufgrund der vorliegenden Unterlagen vom Vertrauensarzt nicht befürwortet.

Bemerkung: Der verstorbene Arzt (Alter 81) bezog seit 01.12.2007 eine Altersversorgung zuletzt iHv. EUR 2.515,00.
Sofern dem Antrag stattgegeben wird, würde die Witwenversorgung wie folgt berechnet werden:
GL+EL EUR 343,00 (36,00% v. EUR 952,70)
ZL EUR 562,50 (36,00% v. EUR 1.562,30).
Leistungsdaten: Ehe/Eingetragene Partnerschaft von 12.11.2021 bis 28.08.2022

Mit Schriftsatz vom 14.05.2024 werden von der Beschwerdeführerin Urkunden vorgelegt (Patientenbrief Abt. Innere Medizin I des KH der Barmherzigen Brüder Wien vom 04.11.2019, Kumulativbefund des KH der Barmherzigen Brüder Wien vom 04.11.2019 und Eintrag aus dem eJournal des AKH Wien, Univ. Klinik für Innere Medizin II vom 18.11.2019).

Hiezu nimmt die Ärztekammer für Wien mit E-Mail vom 29.05.2024 Stellung wie folgt:

„bezugnehmend auf die im Betreff angeführte Geschäftszahl möchten wir hiermit den Empfang Ihres Schreibens vom 16.05.2024 (eingelangt am 27.05.) bestätigen. Beigelegt war die Urkundenvorlage der Beschwerdeführerin mit den folgenden Dokumenten:

- Patientenbrief aus dem KH der Barmherzigen Brüder (von Nov. 2019)
- Kumulativbefund des KH der Barmherzigen Brüder (von Nov. 2019)
- Eintrag aus dem eJournal des AKH Wien (von Nov. 2019)

Sämtliche Unterlagen sind aus der Zeit vor der Eheschließung (welche am 12.11.2021 war) und belegen das Vorliegen einer Herzkrankheit: Der verstorbene

Gatte der Beschwerdeführerin wurde im November 2019 aufgrund eines Vorhofflimmerns stationär im KH der Barmherzigen Brüder behandelt. Am 30.10.2019 erhielt dieser zwei Stents am AKH. Wiewohl dieser laut Patientenbrief „beschwerdefrei“ entlassen wurde, liegt es nahe, dass das Grundleiden (Herzkrankheit) bestehen blieb, so wie dies auch im Obduktionsbericht des AKH ersichtlich ist. Im Übrigen lebten die Beschwerdeführerin und ihr Ehegatte seit 2009 in einer Beziehung, sodass diese höchstwahrscheinlich in Kenntnis der obigen Krankheitsverläufe war.

Da der Verstorbene somit vor Eheschließung herzkrank war, kann der Todesfall nicht als nicht voraussehbares Krankheitsereignis gewertet werden.“

Mit Schreiben vom 28.06.2024 legte Herr Prim. Dr. G. H. die ärztliche Dokumentation für Herrn Univ.-Prof. DDr. C. D., geb. ...1941 (...) dem Verwaltungsgericht Wien vor.

Mit Stellungnahme vom 15.07.2024 bringt die Ärztekammer für Wien hiezu vor:

„Mit Verfügung vom 04.07.2024, eingelangt am selben Tag, hat das Verwaltungsgericht Wien der belangten Behörde mehrere Befunde des Herrn Dr. G. H. übermittelt und die Möglichkeit eingeräumt, innerhalb einer Frist von drei Wochen eine schriftliche Stellungnahme in diesem Verfahren abzugeben. Die belangte Behörde- erstattet somit nachstehende Stellungnahme:

Nach Durchsicht der nunmehr übermittelten Befundberichte ist festzustellen, dass sich ein Großteil der Unterlagen auf die Zeit vor der Eheschließung (welche am 12.11.2021 war) beziehen und das Vorliegen einer Herzkrankheit belegen.

Die belangte Behörde ist weiterhin der Ansicht, dass der Verstorbene vor Eheschließung herzkrank war und der Todesfall daher nicht als nicht voraussehbares Krankheitsereignis gewertet werden kann.

Sofern vonseiten der Beschwerdeführerin (oder des erkennenden Gerichts) die Einholung eines unabhängigen medizinischen Gutachtens als notwendig erachtet wird, wird dieses vonseiten der belangten Behörde befürwortet, wiewohl Letztere nach wie vor die Ansicht vertritt, dass der Tod des Verstorbene unstrittig aufgrund eines Krankheitsereignisses eintrat und im vorliegenden Fall lediglich die Frage zu klären wäre, welcher Maßstab bzw. welche Auslegung an die Wortfolge „nicht voraussehbares“ Krankheitsereignis anzulegen ist, insb. ob diese „Voraussehbarkeit“ nach objektiven oder subjektiven Kriterien zu beurteilen ist.

Sollte das erkennende Gericht zur Einschätzung gelangen, dass der Eintritt der Krankheitsereignisses subjektiv voraussehbar sein muss (so wie auch vonseiten der Beschwerdeführerin in der Stellungnahme vom 13.03.2024 vorgebracht), so wäre diesbezüglich anzumerken, dass die Beschwerdeführerin und ihr verstorbener Ehegatte seit 2009 in einer Beziehung lebten, sodass die Wahrscheinlichkeit gegeben ist, dass diese in Kenntnis der verfahrensgegenständlichen Krankheitsverläufe war.“

In seinem Sachverständigengutachten vom 29.09.2024 führt Univ. Doz. Dr. L. M. aus:

„Sachverständigengutachten aus dem Fachgebiet der Inneren Medizin

Mit dem Beschluss der Verwaltungsgericht Wien, Geschäftsabteilung D vom 24.7.2024, eingelangt am 04.09.2024, wurde ich beauftragt an Hand der vorhandenen Befunde ein Gutachten zu erstatten und die Frage zu klären ob zum Zeitpunkt der Eheschließung am 12.11.2021 medizinische Umstände beim Herrn Univ. Prof. D. vorlagen, aus denen der Tod durch einen akuten Herzinfarkt ableitbar und voraussehbar sei.

Vorbemerkung: Das erstattete Gutachten beruht auf mein aktuellen Wissenstand und zurzeit vorhandenen technischen Ausstattungen im Gesundheitseinrichtungen mit welcher die Untersuchungen und Behandlungen durchgeführt werden, spätere neue wissenschaftliche, technische und meine Fachkompetenz überschreitende Erkenntnisse können zu anderen Ergebnissen kommen.

Fremdbefunde aus dem Akt:

Patientin Brief Abteilung Innere Medizin I vom 4.11.2019, Barmherzigen Brüder: Aufenthalt: Stationärer Aufenthalt vom 30.10.2019 bis 4. November 2019. Anamnese: Belastungsdyspnoe seit etwa 1 Woche, zusätzlich Husten mit Auswurf, kein Fieber, keine Thoraxschmerzen, Langstreckenflug am 11.10.2019, bisher blonde kardiale Anamnese, St. p. rezenter Zystitis

Aufnahmegrund: Die Aufnahme erfolgte über die Ambulanz bei Belastungsdyspnoe und Troponinauslenkung im Sinne eines NSTEMI. Weiteres zeigt sich im Aufnahme-EKG ein normofrequenten Vorhofflimmern de Novo.

Entlassungsdiagnose: NSTEMI 28.10.2019 mit LAD Stenting am 30.10.2019, Vorhofflimmern de Novo seit 10/2019, koronare Dreigefäßerkrankung mit HFrEF (Herzinsuffizienz mit reduzierter Auswurffraktion), Hyperlipidämie, Postpoliosyndrom, exzentrische Mitralinsuffizienz, St. p. Ureterkonkrement rechts, St. p. Lobektomie Oberlappen rechts nach Tbc 1961, St. p. Appendektomie 1975

Durchgeführte Maßnahmen:

CT-Thorax Emboliespirale, Echokardiografie, Herzkatheter im AKH am 30.10.2019

Zusammenfassung des Aufenthaltes:

Die Aufnahme erfolgte über Ambulanz mit Belastungsdyspnoe seit etwa einer Woche, eine isolierte Troponinauslenkung und eines normofrequenten Vorhofflimmern de Novo im Aufnahme-EKG.

Bei erhöhten D-Dimere wurde eine Pulmonalembolie nach Langstreckenflug ausgeschlossen.

Die Echokardiografie zeigt eine Akinesie der distalen und basalen Hinterwand sowie eine Hypokinesie des basalen Septums und posterolateral.

Die linksventrikuläre Funktion (LVF) zeigt sich gering bis mäßig reduziert. Das hochsensitive Troponin I zeigte sich von initial 2980 ng/l auf 1960 ng/l rückläufig.

Bei reduzierter linksventrikulärer Funktion und einen ausgelenkten NT-BNP auf 3600 pg/ml wurde eine Therapie mit Spirono, Tritace und Concor eingeleitet, welche im Verlauf gesteigert werden sollte.

Am 30.10.2019 wurden 2 Stent komplikationslos in LAD implantiert, Patient kardial beschwerdefrei, das Troponin zeigte sich weiter rückläufig, CK lag im Normbereich, im EKG zeigte sich ein Sinusrhythmus sowie auch im weiteren Verlauf.

Bei komplikationslosem Verlauf wurde Patient am 4.11.2019 beschwerdefrei im guten Allgemeinzustand aus stationäre fällige entlassen.

Befund von der Universitätsklinik für Innere Medizin II, klinisch Abteilung für Kardiologie, AKH- Wien vom 18.11.2019:

Jetzige bzw. frühere Erkrankungen: Vorhofflimmern, z. n. Appendektomie 1975, z. n. Lobektomie Oberlappen rechts 1961

Therapie: Tritazide 2,5 mg (Zieldosis 10 mg/Tag), Concor 1,25 mg, Zieldosis 10 mg/Tag), Eliquis 5 mg 1-0-1, Plavix 75 mg 1-0-0, Thrombo ASS 100 mg 1-0-0, Spirono 50 mg !4-0-0, Sortis 80 mg 0-0-1, Pantoprazol 40 mg 1-0-0

Behandlungsplan:

1. Stress MRT danach Entscheidung ob eine RCA-PCI sinnvoll
2. Steigerung der Herzinsuffizienztherapie unter Berücksichtigung der Herzfrequenz
3. Kardiologische Betreuung im niedergelassenen Bereich

Ärztlicher Befundbericht von Dr. G. H. vom 29.11.2019:

Kurze Anamnese: Bei der heutigen Vorstellung gibt der Patient subjektives Wohlbefinden im Z. n. Myokardinfarkt 10/2019 an.

EKG: Vorhofflimmern, Linkstyp, Herzfrequenz 68/Minute, ohne Hinweis auf LVH und rezenter Myokardischämie.

Blutdruck: rechts: 140/80 mmHg, links 140/80 mmHg, zu Hause 130/70 mmHg.

Doppier Index: ATP rechts 0.8 85, links 2.14, ADP: Rechts 0.64, links 0.85.

Arterienmessung: OE bds. unauffällig, an UE rechts mittelgradig, links mäßig reduzierte-arterielle Pulzoszillation.

Diagnose: incipienten pAVK-Stadium I UE bds., gut kompensierte bds. höhergradige Gefäßsklerose, arterielle Hypertonie, stabile KHK CCS 1 im z. n. NSTEMI und LAD Stenting 28.10.2019 im AKH, Hyperlipidämie, Fußdeformität/Poliomyelitis erfolgen, OAK mit Eliquis, Vorhofflimmern, St.p. Lobektomie rechts ober läppen 1961, Hyperbilirubinämie, Morbus Gilbert Meulengracht, Hyperurikämie

Therapie:

1. Fortführung der erfolgte Raisch konservativen Allgemeinmaßnahmen und Pharmakotherapie wie bisher, inklusive Gefäßtraining
2. Zusätzlich wurde Allopurinol 300 mg Tabletten 1-0-0 täglich verordnet
3. Eine neuerliche klinische angiologische Verlaufskontrolle erscheint inklusive einer Echokardiografie empfehlenswert.

Ärztlicher Befundbericht von Dr. G. H. vom 5.6. 2020:

Kurze Anamnese: Der Patient erscheint zur angiologischen Kontrolle und gibt subjektiven Wohlbefinden an.

EKG: Sinusrhythmus, Linkstyp, Herzfrequenz 62/min, PQ 0.14, SVES, ohne Hinweis für eine rezente Myokardischämie.

Blutdruck: links 140/85 mmHg, zu Hause 120/70, Puls 63/min.

Dopplerindex: Rechts 0.88, links 1.0.

Arterienmessung: An OE bds. unauffällig, an DE rechts mäßige, links gering reduzierte periphere arterielle Pulsoszillationen.

Diagnose: Insuffiziente pAVK Stadium 1 untere Extremitäten bds., gut kompensiert bei Zeichen höhergradige Gefäßsklerose, arterielle Hypertonie, ACE induzierte Husten, stabile KHK, CCS 1 bei z. n. NSTEMI und LAD Stenting 28.10.2019 im AKH, Hyperlipidämie, Fußdeformität, Poliomyelitis Folgen, OAK mit Eliquis, Vorhofflimmern, Status-post Lobektomie rechter Oberlappen 1961, Hyperlipidämie, Morbus Gilbert Meulengracht.

Therapie:

1. Fortführung der konservativ Allgemeinmaßnahmen und Pharmakotherapie wie bisher. Nächstes
2. Zusätzlich wurde die Möglichkeit eines et alii Persantin Myokardscan ordnet.
3. eine neuerliche klinisch-radiologischen Verlaufskontrolle erscheint inklusive 24-Stunden-Langzeit-EKG Montag 13.7.2020 empfehlenswert

Langzeit-EKG vom 13.7.2020: Grundrhythmus Vorhofflimmern, mittlere Herzfrequenz 75/Minute, minimale Herzfrequenz 33/Minute, maximale Herzfrequenz 147 im Rahmen einer kurzen arteriellen Tachykardie bei körperlicher Aktivität laut Protokoll Spaziergang, leichte Steigung. Etwas gehäuft isolierte polymorphe VES, 5, Couplet.m, keine VT, 23 Pausen über 2 Sekunden, 255 Bradykardien unter 50/min. 83 sehr kurze bis kurze tachykarde Episoden mit maximaler Herzfrequenz von 141/min. Adäquate vagal Nachabsenkung, aber veränderte Frequenzvariabilität wegen Vorhofflimmern vorhanden, keine signifikante ST-ST-Strecken-Senkung im beobachteten Zeitraum.

Ärztlicher Befundbericht Dr. H. vom 26.3.2021

Kurze Anamnese: Patientin erscheint zur angiologischen Routinekontrolle und gibt eine Muskelschwäche in den beiden Beinen an. Darüber hinaus bestehen insuffiziente Druckläsionen der Zehen, weshalb neues orthopädisches Schuhwerk dringend angeraten wird.

EKG: Vorhofflimmern, Linkstyp, begrenzt 67/min, ohne Hinweis für linksventrikuläre Hypertrophie oder rezente Myokardischämie.

Blutdruck: Rechts 165/90 mmHg

Doppler Index: ATP rechte 1.15 links 1.81, ADP rechts 1.09, links 0.96

Messung an OE bds. unauffällig, an US bds. nur gering reduzierte peripherer-arterielle Pulsoszillationen.

Diagnosen: Hammerzehen mit Druckläsion DIG II links sowie II und III rechts, milde Vorfuß Lymphödem, Langzeit-EKG: Vorhofflimmern, minimale Herzfrequenz 33/min, gehäufte VES, 5 Couplets, 23 Pausen mit maximal 2,2 Sekunden, nächtliche Bradykardien, ACE-Husten, insuffiziente pAVK Stadium I UE bds. gut kompensiert, höhergradige Gefäßsklerose, arterielle Hypertonie, stabile KHK mit CCS 1 bei z. n. STEMI und Stentimplantation der LAD im AKH, Hyperlipidämie, Fußdeformität/Poliomyelitis diese Folgen, OAK mit Eliquis, Normofrequenter Vorhofflimmern, z. n. Lobektomie rechter Oberlappen 1961, Hyperbilirubinämie, Morbus Gilbert Meulengracht, Hyperurikämie bei Z. n. Podagra.

Therapie:

1. Fortführung der konservativen Allgemeinmaßnahmen und Pharmakotherapie wie bisher
2. zusätzlich wurde Daflon 500 mg Tabletten 2 x 1 täglich für Sommermonate bzw. 1 x 1 täglich in der kühlen Session verordnet.
3. neuerliche klinische angiologische Verlaufskontrolle erscheint empfehlenswert

Ärztlicher Befundbericht vom Dr. H. vom 21.4.2022

Kurze Anamnese: Der Patient erscheint zur angiologischen Routinekontrolle und gibt subjektives Wohlbefinden an. Allerdings hat aktuell das Lymphödem am linken Fuß zugenommen. Zudem ist eine symptomatische Onychomykose an den Zehen auffallend.

EKG: Vorhofflimmern, Linkstyp, Herzfrequenz 63/min, gehäufte VES ohne Hinweis auf rezente Myokardischämie.

Blutdruck: 140/70 mmHg

Dopplerindex: ATP rechts 0.71 links 2:14, ADP rechts 0.64, links 0.71

Arterien Messung: An OE bds. unauffällig, an UE rechts höhergradig, links mittelgradig reduzierte peripher-arterielle Pulzoszillationen.

Diagnose: Progrediente pAVK-Stadium 1 rechts stärker als links und mäßig gut, links besser kompensiert, Onychomykose, geringe Herzinsuffizienz, Eliquisunverträglichkeit, Hammerzehen mit Druckläsionen, milde Vorfuß Lymphödem links stärker als links,

Therapie:

1. Fortführung der konservativen Allgemeinmaßnahmen und Pharmakotherapie wie bisher
2. Zusätzlich wurde Spirona Tablette 3 x/Woche, ad Terbinafin Retard 250 mg Tabletten 1 x 1 täglich für 3 Monate sowie Daflon 500 mg 2 x 1 täglich für Sommermonate verordnet
3. Eine neuerliche klinische angiologische Verlaufskontrolle erscheint routinemäßig empfehlenswert.

Ärztlicher Befundbestätigung von Dr. H. vom 28.3.2023:

Hiermit kann bestätigt werden, dass sich Herr DDr. D. C., geboren am ...1941 seit 29.11.2019 in kontinuierlicher unkomplizierter internistischer Observanz befand. Er hat sich bis zuletzt in einem auffallend guten klinischen Allgemeinzustand befunden.

Obwohl Poliomyelitisfolgen bekannt waren hat er stets viel Sport betrieben und konnte sogar sehr gut Skifahren. Durch tägliche Morgengymnastik, unterstützt durch eine gesunde Ernährung, Verzicht auf Nikotin und Koffein, qualitativ hochwertigen Tee und Nahrungsergänzungsmittel sowie kontinuierliches Muskeltraining war sein Gesundheitszustand sowie seine körperliche und geistige Fitness hervorragend. Er hat sich zudem auch seelisch in der Bilanz befunden.

Darüber kam die Herzmuskelschwäche nach Myokardinfarkt 2019 als sehr Mild bezeichnet werden, so dass er nach einer klugen Aufwärmphase stets zu guten körperlicher Leistung fähig war.

Als bestätigendes Beispiel soll erwähnt werden, dass er anlässlich des Besuches seiner Kinder in ... problemlos die Stufen in den 4. Stock hinaufgehen konnte, ohne Atemnot zu bekommen.

Somit kann zusammenfassend gesagt werden, dass sich Herr DDr. D. C. bis zuletzt sich in allerbester Verfassung befand und somit sein plötzliches Ableben vollkommen unerwartet ohne klinische Prodromalsymptomatik bestätigt werden kann.

Laborbefund vom 30.10.2019, AKH: NT pro BNP 2770.7 CRP 24,4

Laborbefund vom 31.10.2019, AKH: NT-proBNP 1463.4, CRP 20.4

Laborbefund vom 21.4.2022, Synlab: NT-proBNP II: 2325.4 pg/ml, Leukozyten 75/mcl, sonstige Parameter im Normbereich.

Obduktion Bericht vom 29.8.2022:

Todes Datum: 28.8.2022 um 10:35 Uhr

Grundkrankheit: KHK

unmittelbare Todesursache: Herzinfarkt, kardiale Schock, Kreislaufstillstand im Herzkathester

Operative Eingriffe: ECMO- Implantation im Rahmen einer CPR

Ergebnis: Klinische Diagnose abgeklärt. Im Einvernehmen mit der Klinik wird auf die Obduktion verzichtet.

Grundleiden: Koronare Herzkrankheit mit komplex Dreigefäßerkrankung, Myokardinfarkt, kardiogener Schock, ECMO-Implantation im Rahmen der CPR, koronare Katheterintervention im Rahmen der CPR.

Todesursache: Kardiogener Schock

Zusammenfassende Stellungnahme:

Einleitend wird festgehalten, dass der Todeszeitpunkt bis auf sehr geringe Ausnahmefälle grundsätzlich nicht voraussehbar ist, denn der Tod kann Personen unabhängig vom ihren aktuellen Gesundheitszustand, jeden Alters und jeden Geschlechts treffen. Der Todeszeitpunkt ist auch dann nicht voraussehbar, wenn letale Diagnosen mit schlechten Prognosen gestellt werden. In seltenen Ausnahmefällen, u.a. bei letalen Prognosen wie z.B. bei einigen Krebsarten, beim kardiogenen Schock und bei fulminanter Sepsis kann unter Ausschöpfung der therapeutisch-technischen Möglichkeiten lediglich ein zeitnäher Tod prognostiziert werden.

Bei gängigen Erkrankungen, mitunter Herzkreislauf-Erkrankungen, sind die therapeutischen Möglichkeiten inzwischen so weit entwickelt, dass selbst schwere bis terminale kardiovaskuläre Erkrankungen sehr effizient behandelt und tödliche Ereignisse verzögert bzw. verhindert werden können.

Obwohl fortgeschrittenen kardiovaskulären Erkrankungen häufig eine schlechte Prognose zugeschrieben wird, kann die Prognose durch eine Kombination aus therapeutischen Maßnahmen und einer Lebensstil-Modifikation wohl positiv beeinflusst und folglich Komplikationen verzögert bzw. verhindert werden.

Diesbezüglich wird auf den Bericht der Statistik Austria von 2024 hingewiesen in dem ein 5%-iger Rückgang der Sterberate durch kardiovaskuläre Erkrankungen hervorgehoben wird. Dies ist sowohl auf den internationalen als auch besonders auf den europäischen Raum bezogen.

Aus pathogenetischer Sicht sind koronare Herzerkrankungen (folglich abgekürzt: KHK) meist auf atherosklerotische Prozesse zurückzuführen, welche neben dem natürlichen Alterungsprozess zusätzlich durch klassische Risikofaktoren agraviert werden.

Solche Risikofaktoren schließen mitunter Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie, Nikotinkonsum, Stoffwechselstörungen und Bewegungsarmut ein, die grundsätzlich das Risiko eines tödlichen Ausgangs erhöhen, trotzdem eine sichere und zuverlässige Vorhersage über den Todeszeitpunkt nicht zulassen.

Bei Herrn Univ. Prof. DDr. D. wurde im Jahre 2019 eine KHK festgestellt und adäquat behandelt. Nach der Entlassung war er in regelmäßigen Kontrollen beim Internisten Dr. H.. Aus den Befundberichten des Internisten ist ein stabiler Gesundheitszustand über einige Jahre hinweg ersichtlich.

Angesichts der jährlichen Kontrolluntersuchungen beim Internisten ist anzunehmen, dass bis auf ein bekanntes und asymptomatisches Vorhofflimmern, das bereits medikamentös behandelt wurde, keine bedeutsamen Beschwerden und kardiale Risikofaktoren vorlagen.

Während der jährlichen internistischen Kontrollen konnten bei dem Verstorbenen keine kardialen Beschwerden dokumentiert werden. Hingegen wurde bei ihm über Jahre hinweg, laut Befunden seines Internisten, über eine aktive Lebensführung bis hin zum Skifahren ohne jegliche kardialen Beschwerden berichtet.

Daher ist anzunehmen, dass die im Jahre 2022 festgestellte koronare 3-Gefäßerkrankung einen physiologischen Alterungsprozess entsprechenden arteriosklerotische Progression zugrunde lag.

Zu bemerken ist, dass bei der in der Koronarangiographie im Jahre 2019 festgestellten koronaren Herzerkrankung nur ein Gefäß behandlungsbedürftig war, welche Leitliniengerecht behandelt wurde. Über das Ausmaß der Stenose(n) anderer Koronararterien wurde weder berichtet, als auch keine weiteren Behandlungen vorgesehen.

Daraus lässt sich ableiten, dass die restlichen Koronararterien zum Zeitpunkt der Untersuchung im Jahre 2019 und in naher Zukunft nicht behandlungsbedürftig waren, denn es wurde, bis auf weitere Kontrollen beim niedergelassenen Internisten, kein weiterer Untersuchungstermin vereinbart oder geplant.

Bei der Koronarangiographie im Jahre 2022 wurde über eine koronare 3-Gefäßerkrankung berichtet, über der Ausmaß der Stenosierung liegt jedoch, wie im Jahr 2019, kein Befund vor, somit kann ein Ausschluss von wirksamen und lebensbedrohlichen Stenosen der Koronararterien angenommen werden.

Aus pathogenetischer Sicht ist es durchaus vorstell- und nachvollziehbar, dass im Jahre 2022 in allen Koronararterien eine atherosklerotische Progression festgestellt wurde. Diese Progression solle jedoch nicht zwangsläufig zu einer wirksamen Durchblutungsstörung führen, weshalb der Verstorbene, laut seines Internisten, trotz aktiver Lebensführung subjektiv klinisch asymptomatisch und objektiv keine Ischämie im EKG nachweisbar war.

In den Obduktionsberichten vom 28.08.2022 wird über einen kardiogenen Schock berichtet. Der kardiogene Schock ist, vor allem im höheren Alter, trotz therapeutischer Möglichkeiten, durch eine sehr schlechte Prognose mit letalem Ausgang gekennzeichnet, welche letztendlich zum Tod führt. Deshalb verliefen alle therapeutischen Interventionen inklusive der Herzlungenmaschine (ECMO) frustran.

Die im Herzkatheter festgestellte koronare 3-Gefäßerkrankung im Jahre 2022 ist grundsätzlich als eine physiologische Progression der Arteriosklerose zu bewerten, die bis dahin, möglicherweise über gute Ausbildung der Kollateralen, gut kompensiert und daher zu keiner klinischen Symptomatik geführt hat.

In Anbetracht der angiologischen Untersuchung mit regelmäßiger ABI-Bestimmung und geringer bis fehlender pAVK-Progression lässt sich annehmen, dass auch den Koronararterien eine geringe Progression hinsichtlich der wirksamen Verkalkung zugeschrieben werden kann. Deswegen lag beim Verstorbenen keine klinische Symptomatik vor, welche seine aktive Lebensführung beeinträchtigt hätte.

Die fehlenden Komorbiditäten, u.a. Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie, Adipositas, Nikotinkonsum und Bewegungsarmut, lassen die Einnahme rechtfertigen, dass auch die milde Progression der KHK nicht vorhersehbar war, zumal als Todesursache der kardiogenen Schock angegeben wird.

Bei einer klinisch relevanten koronaren Herzerkrankung würde es durch eine Mangeldurchblutung des Herzens zu einer Herzinsuffizienz kommen, die sich u.a. typischerweise als Angina pectoris („Herzschmerz“), Kurzatmigkeit und im fortgeschrittenen Stadium auch durch Beinschwellungen (kardiale Dekompensation) bemerkbar macht.

Keines der genannten Symptome war, laut internistischer Befunde, beim Verstorbenen vorhanden.

Besonders die Tatsache, dass Herr Univ. Prof. DDr. D. an keinem Diabetes mellitus litt, der eine mögliche Polyneuropathie mit Herabsetzung der Sensibilität und Schmerzempfindung verursachen und folglich Herzschmerzen maskieren könnte, wie wir es oft bei Blutzuckererkrankten Patienten sehen, bestärkt die Annahme.

Aus fundierten wissenschaftlichen Veröffentlichungen ist bekannt, dass im Rahmen des Alterungsprozesses nicht nur das KHK-Risiko, sondern auch sonstige gesundheitliche Risiken steigen, die in Kombination oder auch alleinig zum Tod führen können.

Über den Zeitpunkt des Todeseintritts ist daher, unabhängig von der Risikokonstellation, keine sichere Aussage im Voraus möglich. Zumal die Todesursache durch eine KHK durch optimale Behandlungsmethoden statistisch eine leicht rückläufige Tendenz zeigen. Diese rückläufige Tendenz ist beim Verstorbenen einerseits auf gute leitliniengerechte Behandlung und andererseits auf einen optimierten Lebensstil zurückzuführen.

Zusammenfassendes Gutachten:

Beim Verstorbenen wurde im Jahre 2019 eine koronare Herzerkrankung (folglich abgekürzt: KHK) festgestellt und ein behandlungsbedürftiges Gefäß leitliniengerecht behandelt.

Nach der Behandlung befand er sich in regelmäßigen internistischen Kontrollen. Es wird angenommen, dass er seine medikamentöse Therapie adäquat eingenommen habe. Über Jahre hinweg wurde trotz des bekannten Vorhofflimmerns/-flatterns ein stabiler Gesundheitszustand mit aktiver Lebensführung dokumentiert.

Im Jahre 2022 wurde zur Klärung der nun aufgetretenen kardialen Beschwerden mit erhöhtem NT-proBNP eine Koronarangiographie durchgeführt, bei der eine koronare 3-Gefäßerkrankung festgestellt wurde. Der detaillierte Befund der Koronarangiographie liegt nicht vor, daher kann das Ausmaß der Koronarsklerose bzw. -stenose(n) als mögliche Todesursache nicht abschließend beurteilt werden.

Während der Koronarangiographie trat ein kardiogener Schock auf, alle therapeutischen Maßnahmen inklusive ECMO- Implantation verliefen frustriert und der Patient verstarb folglich.

Im Obduktionsbericht wird eine KHK, Herzstillstand mit Reanimation und ein kardiogener Schock als Todesursache angegeben, eine Obduktion wurde nicht durchgeführt.

Daher ist die Bezeichnung des kardiogenen Schocks als Todesursache eine rein klinische Zuordnung, da es sich bei einem kardiogenen Schock um ein multifaktorielles Ereignis handelt, welche sowohl nach einem Herzinfarkt als auch bei Patienten ohne eine KHK auftreten kann und letztlich durch Multiorganversagen zum Tod führt.

Aufgrund der fehlenden Obduktion ist ein kausaler Zusammenhang zwischen der KHK und des kardiogenen Schocks nicht eindeutig festzustellen, weil der Verstorbene bis zum Zeitpunkt der Koronarangiographie hämodynamisch stabil und klinisch asymptomatisch war.

In Anbetracht der aktiven Lebensführung des Verstorbenen ohne klinische Symptomatik einerseits und fehlenden KHK-spezifischen Risikofaktoren andererseits ist die klinische Vortestwahrscheinlichkeit für das Vorliegen eines tödlichen kardialen Ereignisses durch eine KHK-Progression als gering zu bewerten.

Im koronarangiographischen Befund im Jahre 2022 wird zwar über eine 3-Gefäßerkrankung berichtet, das Ausmaß der Gefäßverengungen (Stenosen) wird jedoch nicht angegeben. Dem Ausmaß der Stenosierung kommt jedoch eine besondere Bedeutung zu, denn Definitionsgemäß wird eine Stenose erst ab 70% als wirksam betrachtet und behandelt. Die Behandlung erfolgt in der Regel durch Erweiterung der Engstelle und Einsetzen eines Gefäß-Stents. Diese Maßnahme wurde beim Verstorbenen laut dem vorliegenden Befund nicht getroffen, was erneut den Schweregrad der KHK hinterfragen lässt.

Denn im Hinblick auf einen KHK-bedingten kardiogenen Schock wäre eine interventionelle Behandlung als potentiell reversibler bzw. teilreversible Ursache anzustreben gewesen.

Es gibt bestimmte Konstellationen, u.a. KHK-spezifische Risikofaktoren, welche die Wahrscheinlichkeit eines tödlichen Ausgangs erhöhen können. Nichtdestotrotz ist der Tod bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit, vor allem bei fehlender klinischer Symptomatik und fehlenden Risikofaktoren, nicht mit absoluter Sicherheit vorhersagbar. Laut internistischen Befunden lagen diese Risikofaktoren beim Verstorbenen nicht vor, weshalb der Tod durch KHK nicht voraussehbar war.

Festzuhalten ist, dass der Patient nicht unmittelbar an einer koronaren Herzkrankung, sondern, wie die Gerichtsmedizin berichtet, am kardiogenen Schock gestorben ist. In diesem Zusammenhang kann daher der KHK eine untergeordnete Bedeutung zugeschrieben werden.

Der eingetretene kardiogenen Schock ist trotz bekannter KHK als eigentliche Todesursache zu bewerten, da er während der Koronarangiographie eingetreten ist und der Patient sich bis zu diesem Zeitpunkt im klinisch stabilen Zustand befand.

Die genaue Ursache des eingetretenen kardiogenen Schocks kann zwar in Nachhinein nicht eindeutig beleuchtet werden, der Tod des Patienten ist aber auf diesen Zustand zurückzuführen.

Beurteilung:

Hinsichtlich der Frage des Gerichts, ob zum Zeitpunkt der Eheschließung am 12.11.2021 medizinische Umstände beim Herrn Univ. Prof. DDr. D. vorlagen, aus denen der Tod durch einen akuten Herzinfarkt ableitbar und voraussehbar sei wird festgehalten, dass der Tod des Patienten trotz bekannter koronarer Herzkrankheit aufgrund seines stabilen Gesundheitszustands mit aktiver Lebensführung ohne kardiologische Symptomatik und fehlenden KHK-spezifischen Risikofaktoren nicht voraussehbar war. Der Patient befand sich altersentsprechend in einem guten klinischen Zustand und litt, seiner Altersgruppe entsprechend, an geringen Begleiterkrankungen. Den vorliegenden Befunden zufolge verstarb der Patient an einem kardiogenen Schock, dessen Ursache sich im Nachgang nicht abschließend klären lässt.“

Daraufhin erstattete die Ärztekammer für Wien eine Stellungnahme vom 28.10.2024:

„Mit Verfügung vom 03.10.2024, eingelangt am 04.10.2024, hat das Verwaltungsgericht Wien der belangten Behörde das Gutachten des Herrn Univ. Doz. Dr. L. M. übermittelt und die Möglichkeit eingeräumt, innerhalb einer Frist von vier Wochen eine schriftliche Stellungnahme in diesem Verfahren abzugeben. Die belangte Behörde erstattet somit nachstehende Stellungnahme:

1. Laut abschließender Beurteilung des nunmehr zur Verfügung gestellten Gutachtens war der Tod des Patienten - trotz bekannter koronarer Herzkrankheit - aufgrund seines stabilen Gesundheitszustands mit aktiver Lebensführung ohne kardiologische Symptomatik und fehlenden KHK-spezifischen Risikofaktoren nicht voraussehbar. Der Patient befand sich altersentsprechend in einem guten klinischen Zustand und litt, seiner Altersgruppe entsprechend, an geringen Begleiterkrankungen. Den vorliegenden Befunden zufolge verstarb der Patient an einem kardiogenen Schock, dessen Ursache sich im Nachgang nicht abschließend klären lässt.

Auf Grundlage dieser Feststellungen befürwortet die belangte Behörde die Zuerkennung der Witwenversorgung per 01.09.2022 (zur Berechnung siehe weiter unten).

2. Gemäß § 24 Abs. 1 der Satzung besteht die Witwen- (Witwer-) Versorgung bzw. die Versorgung hinterbliebener eingetragener Partner aus

- 60 v.H. der Grundpension;
- 60 v.H. jenes Betrages an Zusatzleistung und erweiterter Zusatzleistung, auf den das verstorbene Fondsmitglied bzw. der verstorbene Empfänger einer Alters- oder dauernden Invaliditätsversorgung Anspruch gehabt hätte oder gehabt hat.

Das Ausmaß der Witwen- (Witwer-) Versorgung bzw. der Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners verringert sich abhängig vom

Altersunterschied sowie der Dauer der Ehe bzw. der eingetragenen Partnerschaft entsprechend der Tabelle D (§ 24 Abs. 4 der Satzung).

Tabelle D (§ 24 Absatz 4)

| | Ehedauer 0-4 Jahre | Ehedauer 5-9 Jahre | Ehedauer 10-24 Jahre | Ehedauer 25-29 Jahre | Ehedauer ab 30 Jahren |
|--|--------------------------|--------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Partner ist älter oder maximal 9 Jahren jünger | 36,00 % | 57,00 % | 60,00 % | 60,00 % | 60,00 % |
| Partner ist zwischen 10 und 14 Jahren jünger | 30,60 % | 48,40 % | 50,90 % | 60,00 % | 60,00 % |
| Partner ist zwischen 15 und 19 Jahren jünger | 26,90 % | 42,60 % | 44,80 % | 60,00 % | 60,00 % |
| Partner ist mehr als 20 Jahre jünger | 24,30 % | 38,50 % | 40,50 % | 54,30 % | 60,00 % |

3. Zur Höhe der Witwenversorgung ab 01.09.2022:

Ehedauer: 9 Monate (12.11.2021 bis 28.08.2022)

Altersunterschied: 7 Jahre

Keine Teilnahme am Kapitaldeckungsverfahren

Anspruch des verstorbenen Arztes:

| | | |
|--------------------------------------|-----|-------------------|
| Grundleistung und Ergänzungsleistung | EUR | 952,70 |
| <u>Zusatzleistung</u> | EUR | <u>1.562,30</u> |
| Gesamt | EUR | 2.515,00 (brutto) |

Anspruch der Witwe:

| | |
|--------------------------------------|--|
| Grundleistung und Ergänzungsleistung | EUR 343,00 (36,00% von EUR 952,70) |
| <u>Zusatzleistung</u> | EUR 562,50 (36,00% von EUR <u>1.562,30</u>) |
| Gesamt | EUR 905,50 (brutto) |

[Hinweis: Per 01.01.2024 wurden die Witwenversorgungen (genauer: die Grund- und Ergänzungsleistungen) um 7,6% erhöht, sodass seither statt EUR 343,00 nunmehr EUR 369,10 zustehen und die Gesamtpension daher EUR 931,60 beträgt].

4. Die belangte Behörde regt daher an

das Verwaltungsgericht Wien möge die Witwenversorgung ab 01.09.2022 wie oben dargelegt festsetzen.“

Mit Schriftsatz vom 16.01.2025 führt die Beschwerdeführerin aus:

„In umseits bezeichneter Beschwerdeangelegenheit erstattet die Beschwerdeführerin binnen offener Frist nachstehende

Stellungnahme

zur Stellungnahme der belangten Behörde vom 28.10.2024:

Die Beschwerdeführerin ist mit einer Festsetzung ihrer Witwenversorgung ab 01.09.2022 durch das Landesverwaltungsgericht Wien ohne vorherige Durchführung einer mündlichen Verhandlung einverstanden. Wie sich allerdings schon aus der von der belangten Behörde angeführten Erhöhung der Witwenversorgungen per 01.01.2024 um 7,6 % ergibt, können Änderungen der Anspruchsgrundlagen in Zukunft nicht ausgeschlossen werden. Die Witwenversorgung möge daher nicht mit einem bestimmten Betrag festgesetzt werden, sondern in dem sich aus der Satzung der belangten Behörde ergebenden Ausmaß.

Die Beschwerdeführerin hält sohin ihren bereits in der Beschwerde gestellten

Antrag

aufrecht, das Landesverwaltungsgericht Wien als Beschwerdegericht möge den Bescheid des Verwaltungsausschusses des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Wien vom 14.02.2023, Aktenzahl: ... aufheben und dahingehend abändern, dass dem Antrag der Beschwerdeführerin vom 21.09.2022 stattgegeben und ihr eine Witwenversorgung nach dem am 28.08.2022 verstorbenen Univ.-Prof. DDr. C. D. im sich aus der Satzung des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Wien ergebenden Ausmaß ab 01.09.2022 zuerkannt wird.“

Da keiner der Parteien eine mündliche Verhandlung beantragt hat, konnte von dieser gem. § 24 Abs 4 VwG VG abgesehen werden.

Das Verwaltungsgericht Wien hat erwogen:

Herr Univ.Prof. DDr. D. war Angehöriger der Ärztekammer für Wien und ist am 28.08.2022 verstorben. Zum Todeszeitpunkt war der Verstorbene im 81. Lebensjahr. Frau A. B. ist Witwe und nunmehrige Beschwerdeführerin. Sie hatte am 12.11.2021 die Ehe mit DDr. D. geschlossen, der Altersunterschied betrug 7 Jahre. Die Ehe bestand zum Zeitpunkt des Todes des Fondsmitglieds weniger als drei Jahre. Der Tod des Fondsmitglied ist durch ein nicht voraussehbares Krankheitsergebnis (kardiogenen Schock) eingetreten. Es besteht dem Grunde nach der Anspruch auf Witwenversorgung in der Form von jeweils 36% der Grundleistung, der Ergänzungsleistung und der Zusatzleistung des Anspruches des verstorbenen Fondsmitglieds ab 1.9.2022.

Die von der Ärztekammer für Wien übermittelte Berechnung vom 24.10.2024 wurde durch die Beschwerdeführerin nicht beanstandet und hat sich an deren Richtigkeit auch kein Zweifel ergeben.

Dieser festgestellte Sachverhalt unterliegt der folgenden rechtlichen Beurteilung:

Nach § 22 der Satzung des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Wien (kurz: Satzung) ist im Ereignisfalle des Todes eines Fondsmitgliedes oder Empfängers (Empfängerin) einer Alters- oder Invaliditätsversorgung seiner Witwe (ihrem Witwer) oder seinem (ihrem) hinterbliebenen eingetragenen Partner, die (der) mit ihm (ihr) im Zeitpunkt des Todes in aufrechter Ehe oder in einer eingetragenen Partnerschaft gelebt hat, eine Witwen(Witwer-)versorgung oder die Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners zu gewähren.

Gemäß Abs. 2 leg. cit. ist diese Versorgungsleistung nicht zu gewähren, wenn die Ehe oder die eingetragene Partnerschaft erst nach Vollendung des 65. Lebensjahres des Fondsmitglieds (oder Empfängers/Empfängerin einer Alters- oder Invaliditätsversorgung) geschlossen wurde und zum Zeitpunkt des Todes des Fondsmitglieds (oder Empfängers/Empfängerin einer Alters- oder Invaliditätsversorgung) weniger als drei Jahre bestanden hat.

Laut § 22 Abs. 3 der Satzung finden die Bestimmungen des oben angeführten Abs. 2 keine Anwendung, wenn

- a. der Tod des Ehegatten oder des eingetragenen Partners durch ein nicht voraussehbares Krankheitsereignis, durch Unfall oder eine Berufskrankheit eingetreten ist,
- b. aus der Ehe ein Kind hervorgegangen ist oder hervorgeht, durch Eheschließung ein Kind legitimiert worden ist, oder
- c. im Zeitpunkt des Todes des Ehegatten oder des eingetragenen Partners dem Haushalt der Witwe (des Witwers) oder des eingetragenen Partners ein Kind des Verstorbenen angehört hat, das Anspruch auf Waisenunterstützung hat.

Anhand der Heiratsurkunde ist ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Eheschließung (12.11.2021) das 73. Lebensjahr und der verstorbene Ehegatte das 80. Lebensjahr vollendet hatten.

Gemäß § 22 Abs. 2 der Satzung wäre die Witwenversorgung im Hinblick auf das Alter im Zeitpunkt der Eheschließung (73 Jahre und 80 Jahre) und der kurzen Ehedauer (unter 10 Monate) grundsätzlich abzuweisen. Ungeachtet dessen ermöglicht allerdings § 22 Abs. 3 der Satzung dennoch die Zuerkennung und den Bezug einer Witwenversorgung, wenn der Tod des Ehegatten durch ein nicht voraussehbares Krankheitsereignis, durch Unfall oder eine Berufskrankheit eingetreten ist.

Wie sich aus dem Gutachten vom 29.9.2024 vom bestellten Sachverständigen Univ. Doz. Dr. L. M. entnehmen lässt, war der Tod des Fondsmitglieds trotz bekannter koronarer Herzkrankheit aufgrund seines stabilen Gesundheitszustands mit aktiver Lebensführung ohne kardiologische Symptomatik und fehlenden KHK-spezifischen Risikofaktoren nicht voraussehbar. DDr. D. habe sich altersentsprechend in einem guten klinischen Zustand befunden und litt, seiner Altersgruppe entsprechend, an geringen Begleiterkrankungen. Den vorliegenden

Befunden zufolge nach sei er an einem kardiogenen Schock, dessen Ursache sich im Nachgang nicht abschließend klären lässt, verstorben.

Der maßgebliche Zeitpunkt für die Vorhersehbarkeit war der Zeitpunkt der Eheschließung. Da der Tod des Fondsmitglieds durch ein nicht voraussehbares Krankheitsergebnis eingetreten ist, war die Witwenversorgung zu gewähren obwohl die Wartefrist nach § 22 der Satzung noch nicht erfüllt war.

Die Witwenversorgung war deshalb ab 1.9.2022 dem Grunde nach zu gewähren.

Zur Höhe der Witwenversorgung:

Gemäß § 24 Abs. 1 der Satzung besteht die Witwen-(Witwer-)Versorgung bzw. die Versorgung hinterbliebener eingetragener Partner aus

- a. 60 v.H. der Grundpension;
- b. 60 v.H. jenes Betrages an Zusatzleistung und erweiterter Zusatzleistung, auf den das verstorbene Fondsmitglied bzw. der verstorbene Empfänger einer Alters- oder dauernden Invaliditätsversorgung Anspruch gehabt hätte oder gehabt hat.

Das Ausmaß der Witwen-(Witwer-)Versorgung bzw. der Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners verringert sich abhängig vom Altersunterschied sowie der Dauer der Ehe bzw. der eingetragenen Partnerschaft entsprechend der Tabelle D (§ 24 Abs. 4 der Satzung).

Seitens des Wohlfahrtsfonds wurde folgende (unbestritten gebliebene) Ansprüche übermittelt:

Anspruch des verstorbenen Arztes:

| | | |
|--------------------------------------|-----|-------------------|
| Grundleistung und Ergänzungsleistung | EUR | 952,70 |
| Zusatzleistung | EUR | 1.562,30 |
| Gesamt: | EUR | 2.515,00 (brutto) |

Für die Beschwerdeführerin werden gemäß der Tabelle D Anspruch auf 36% des Anspruches des verstorbenen Fondsmitglieds angeführt.

Maßgeblich waren die Ehedauer von 9 Monaten (12.11.2021 bis 28.08.2022) und der Altersunterschied von 7 Jahren.

Daraus ergibt sich ein Anspruch der Beschwerdeführerin ab 1.9.2022 auf:

| | | |
|--------------------------------------|-----|-----------------|
| Grundleistung und Ergänzungsleistung | EUR | 343,00 |
| Zusatzleistung | EUR | 562,50 |
| Gesamt | EUR | 905,50 (brutto) |

Per 01.01.2024 wurden die Witwenversorgungen (genauer: die Grund- und Ergänzungsleistungen) um 7,6% erhöht, sodass seither statt EUR 343,00 nunmehr EUR 369,10 zustehen und die Gesamtpension daher EUR 931,60 beträgt.

Die genaue Höhe des Anspruches ergibt sich weiter im aus der Satzung ergebenden Ausmaß.

Die ordentliche Revision ist unzulässig, da keine Rechtsfrage im Sinne des Art. 133 Abs. 4 B-VG zu beurteilen war, der grundsätzliche Bedeutung zukommt. Weder weicht die gegenständliche Entscheidung von der bisherigen Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes ab, noch fehlt es an einer Rechtsprechung. Weiters ist die dazu vorliegende Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes auch nicht als uneinheitlich zu beurteilen. Ebenfalls liegen keine sonstigen Hinweise auf eine grundsätzliche Bedeutung der zu lösenden Rechtsfrage vor.

Belehrung

Gegen dieses Erkenntnis besteht die Möglichkeit der Erhebung einer Beschwerde beim Verfassungsgerichtshof und/oder einer außerordentlichen Revision beim Verwaltungsgerichtshof. Die Beschwerde bzw. Revision ist innerhalb von sechs Wochen ab dem Tag der Zustellung der Entscheidung durch eine bevollmächtigte Rechtsanwältin bzw. einen bevollmächtigten Rechtsanwalt abzufassen und ist die Beschwerde beim Verfassungsgerichtshof und die außerordentliche Revision an den Verwaltungsgerichtshof beim Verwaltungsgericht Wien einzubringen. Für die Beschwerde bzw. die Revision ist eine Eingabengebühr von je EUR 240,-- beim Finanzamt Österreich, Dienststelle Sonderzuständigkeiten zu entrichten, sofern gesetzlich nicht anderes bestimmt ist.

Es besteht die Möglichkeit, Verfahrenshilfe für das Verfahren vor dem Verwaltungsgerichtshof bzw. Verfassungsgerichtshof zu beantragen.

Verfahrenshilfe ist einer Partei so weit zur Gänze oder zum Teil zu bewilligen als sie außerstande ist, die Kosten der Führung des Verfahrens ohne Beeinträchtigung des notwendigen Unterhalts zu bestreiten, und die beabsichtigte Rechtsverfolgung oder Rechtsverteidigung nicht als offenbar mutwillig oder aussichtslos erscheint.

Der Antrag auf Verfahrenshilfe ist für ein Beschwerdeverfahren vor dem Verfassungsgerichtshof unmittelbar beim Verfassungsgerichtshof einzubringen. Für ein außerordentliches Revisionsverfahren vor dem Verwaltungsgerichtshof ist der Antrag unmittelbar beim Verwaltungsgerichtshof einzubringen. Dies in beiden Fällen

jeweils innerhalb der oben genannten sechswöchigen Beschwerde- bzw. Revisionsfrist.

Ferner besteht die Möglichkeit, auf die Revision beim Verwaltungsgerichtshof und die Beschwerde beim Verfassungsgerichtshof zu verzichten. Der Verzicht hat ausdrücklich zu erfolgen und ist bei einem Verzicht auf die Revision dem Verwaltungsgericht, bei einem Verzicht auf die Beschwerde bis zur Zustellung der Entscheidung dem Verwaltungsgericht, nach Zustellung der Entscheidung dem Verfassungsgerichtshof schriftlich bekanntzugeben oder zu Protokoll zu erklären. Der Verzicht hat zur Folge, dass eine Revision bzw. Beschwerde nicht mehr zulässig ist. Wurde der Verzicht nicht von einem berufsmäßigen Parteienvertreter oder im Beisein eines solchen abgegeben, so kann er binnen drei Tagen schriftlich oder zur Niederschrift widerrufen werden.

Verwaltungsgericht Wien:

Mag. Prasch, LL.M.
Richter