

TE Vwgh Erkenntnis 2012/9/12 2010/08/0072

JUSLINE Entscheidung

🕒 Veröffentlicht am 12.09.2012

Index

001 Verwaltungsrecht allgemein;
20/01 Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch (ABGB);
66/01 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz;
66/02 Andere Sozialversicherungsgesetze;

Norm

ABGB §1295 Abs1;
ASVG §354 Z1;
ASVG §354;
ASVG §355;
ASVG §410;
ASVG §65 Abs1 Z1;
BKUVG §129;
BKUVG §62;
BKUVG §63 Abs4;
BKUVG §69;
Satzung BVA 2005;
Satzung BVA 2011;

VwRallg;

1. ABGB § 1295 heute
2. ABGB § 1295 gültig ab 01.01.1917 zuletzt geändert durch RGBl. Nr. 69/1916
1. ASVG § 354 heute
2. ASVG § 354 gültig ab 01.01.2020 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 100/2018
3. ASVG § 354 gültig von 01.01.2017 bis 31.12.2019 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 38/2017
4. ASVG § 354 gültig von 01.01.2014 bis 31.12.2016 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 2/2015
5. ASVG § 354 gültig von 01.01.2014 bis 31.12.2013 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 35/2012
6. ASVG § 354 gültig von 01.07.2006 bis 31.12.2013 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 130/2006
7. ASVG § 354 gültig von 01.07.1993 bis 30.06.2006 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 335/1993
1. ASVG § 354 heute
2. ASVG § 354 gültig ab 01.01.2020 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 100/2018
3. ASVG § 354 gültig von 01.01.2017 bis 31.12.2019 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 38/2017

4. ASVG § 354 gültig von 01.01.2014 bis 31.12.2016 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 2/2015
5. ASVG § 354 gültig von 01.01.2014 bis 31.12.2013 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 35/2012
6. ASVG § 354 gültig von 01.07.2006 bis 31.12.2013 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 130/2006
7. ASVG § 354 gültig von 01.07.1993 bis 30.06.2006 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 335/1993
1. ASVG § 355 heute
2. ASVG § 355 gültig ab 01.01.2020 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 100/2018
3. ASVG § 355 gültig von 01.01.1983 bis 31.12.2019 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 647/1982
1. ASVG § 410 heute
2. ASVG § 410 gültig ab 01.01.2014 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 87/2013
3. ASVG § 410 gültig von 01.01.2005 bis 31.12.2013 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 142/2004
4. ASVG § 410 gültig von 01.08.1998 bis 31.12.2004 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 138/1998
5. ASVG § 410 gültig von 01.01.1973 bis 31.07.1998 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 31/1973
1. ASVG § 65 heute
2. ASVG § 65 gültig ab 01.01.2026 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 107/2025
3. ASVG § 65 gültig von 01.08.2010 bis 31.12.2025 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 58/2010
4. ASVG § 65 gültig von 01.01.1956 bis 31.07.2010

Betreff

Der Verwaltungsgerichtshof hat durch den Vorsitzenden Senatspräsident Dr. Müller und die Hofräte Dr. Strohmayer, Dr. Lehofer und MMag. Maislinger als Richter sowie die Hofrätin Dr. Julcher als Richterin, im Beisein der Schriftführerin Mag. Peck, über die Beschwerde der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter in Wien, vertreten durch Dr. Hans Houska, Rechtsanwalt in 1010 Wien, Bartensteingasse 16/10, gegen den Bescheid des Landeshauptmannes von Niederösterreich vom 9. Februar 2010, Zl. GS5-A-951/048-2009, betreffend Behandlungsbeitrag (mitbeteiligte Partei: E S in K), zu Recht erkannt:

Spruch

Der angefochtene Bescheid wird wegen Rechtswidrigkeit seines Inhaltes aufgehoben.

Der Bund hat der beschwerdeführenden Partei Aufwendungen in der Höhe von EUR 1.106,40 binnen zwei Wochen bei sonstiger Exekution zu ersetzen.

Begründung

Die beschwerdeführende Partei - die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA) - schrieb der Mitbeteiligten mit Bescheid vom 8. Juli 2009 Behandlungsbeiträge in der Höhe von insgesamt EUR 55,20 vor, und zwar EUR 6,24 für drei Mal Zahnrontgen, EUR 6,28 für die Extraktion eines Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel und EUR 42,68 für eine Zystenoperation, durchgeführt jeweils am 22. Juli 2008. Die Mitbeteiligte hatte um Prüfung ersucht, ob zur Beurteilung des schmerzhaften Zahnes tatsächlich mehrere Röntgenaufnahmen nötig gewesen seien. Weiters hatte sie erklärt, dass keine Zystenoperation, sondern - was ihr telefonisch auch von der behandelnden Zahnärztin bestätigt worden sei - eine Zystenauskratzung durch die Alveole im Anschluss an die Zahnextraktion durchgeführt worden sei.

Die BVA führte dazu aus, dass die Krankenbehandlung gemäß den Bestimmungen des Gesamtvertrages und der Honorarordnung für die Vertragszahnärzte ausreichend und zweckmäßig sein müsse, jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfe. Innerhalb eines Zeitraumes von drei aufeinanderfolgenden Monaten würden bis zu fünf Röntgenaufnahmen je Behandlungsfall bewilligungsfrei honoriert. Im Zusammenhang mit der Zystenoperation seien Röntgenbilder angefordert worden; nach Begutachtung durch den chefarztlichen Dienst sei festgestellt worden, dass die Verrechnung der Zystenoperation zu Recht erfolgt sei. Die Vorschreibung des Behandlungsbeitrages in der Höhe von EUR 55,20 bleibe somit aufrecht.

Gegen diesen Bescheid erhob die Mitbeteiligte Einspruch an die belangte Behörde und wiederholte, dass eine Zystenoperation niemals durchgeführt worden sei. Die drei Röntgenbilder bestreite sie nicht, deren Notwendigkeit werde aber von der belangten Behörde zu prüfen sein.

Die belangte Behörde ersuchte daraufhin die BVA um Übermittlung des Gutachtens des chefarztlichen Dienstes. Die BVA teilte dazu mit, dass der chefarztliche Dienst zur Überprüfung der Abrechnung Einsicht in die Röntgenbilder

genommen habe und zum Ergebnis gelangt sei, dass die Abrechnung der Zystenoperation gerechtfertigt gewesen sei; ein "formales Gutachten" sei jedoch nicht erstellt worden.

Mit dem angefochtenen Bescheid gab die belangte Behörde dem Einspruch Folge und behob den Bescheid der BVA, soweit er die Verrechnung eines Behandlungsbeitrages für eine Zystenoperation betraf, gemäß § 66 Abs. 4 AVG; soweit er die Verrechnung eines Behandlungsbeitrages für drei Mal Zahnrontgen betraf, wurde der Bescheid gemäß § 417a ASVG behoben und die Angelegenheit zur Ergänzung des Ermittlungsverfahrens an die Erstbehörde zurückverwiesen. Mit dem angefochtenen Bescheid gab die belangte Behörde dem Einspruch Folge und behob den Bescheid der BVA, soweit er die Verrechnung eines Behandlungsbeitrages für eine Zystenoperation betraf, gemäß Paragraph 66, Absatz 4, AVG; soweit er die Verrechnung eines Behandlungsbeitrages für drei Mal Zahnrontgen betraf, wurde der Bescheid gemäß Paragraph 417 a, ASVG behoben und die Angelegenheit zur Ergänzung des Ermittlungsverfahrens an die Erstbehörde zurückverwiesen.

Begründend führte die belangte Behörde nach der Darstellung des Verfahrensgangs aus, es habe weder im erstinstanzlichen Verfahren noch im Einspruchsverfahren erwiesen werden können, dass eine Zystenoperation an der Mitbeteiligten vorgenommen worden sei. Obwohl die Mitbeteiligte bereits im erstinstanzlichen Verfahren die Durchführung der Zystenoperation bestritten habe, fehlten im Verfahrensakt der BVA Ausführungen zu diesem Vorbringen. Die belangte Behörde habe daher im Rahmen ihres Ermittlungsverfahrens die BVA zur Übermittlung des Gutachtens des chefärztlichen Dienstes aufgefordert. Die BVA habe aber darauf hingewiesen, dass ein formales Gutachten nicht erstellt worden sei. Infolge des Fehlens geeigneter Beweismittel, die zur Feststellung des Eingriffes zweckdienlich gewesen wären, sei der Beweis für die tatsächliche Vornahme der Operation im Sinn des § 45 AVG nicht gelungen. Mangels Nachweises der Erbringung der Leistung sei es nicht gerechtfertigt, für diese einen Behandlungsbeitrag vorzuschreiben. Der Bescheid sei daher bezüglich des Beitrages für die Zystenoperation zu beheben gewesen. Begründend führte die belangte Behörde nach der Darstellung des Verfahrensgangs aus, es habe weder im erstinstanzlichen Verfahren noch im Einspruchsverfahren erwiesen werden können, dass eine Zystenoperation an der Mitbeteiligten vorgenommen worden sei. Obwohl die Mitbeteiligte bereits im erstinstanzlichen Verfahren die Durchführung der Zystenoperation bestritten habe, fehlten im Verfahrensakt der BVA Ausführungen zu diesem Vorbringen. Die belangte Behörde habe daher im Rahmen ihres Ermittlungsverfahrens die BVA zur Übermittlung des Gutachtens des chefärztlichen Dienstes aufgefordert. Die BVA habe aber darauf hingewiesen, dass ein formales Gutachten nicht erstellt worden sei. Infolge des Fehlens geeigneter Beweismittel, die zur Feststellung des Eingriffes zweckdienlich gewesen wären, sei der Beweis für die tatsächliche Vornahme der Operation im Sinn des Paragraph 45, AVG nicht gelungen. Mangels Nachweises der Erbringung der Leistung sei es nicht gerechtfertigt, für diese einen Behandlungsbeitrag vorzuschreiben. Der Bescheid sei daher bezüglich des Beitrages für die Zystenoperation zu beheben gewesen.

Was den Behandlungsbeitrag für drei Mal Zahnrontgen betreffe, so sei es - nachdem die Zystenoperation als nicht erwiesen anzusehen sei - erforderlich, in einem ergänzenden Verfahren durch Einholung eines fachärztlichen Gutachtens abzuklären, in welchem konkreten Ausmaß Röntgenaufnahmen für die verbleibende Leistung (Extraktion eines Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel) im Sinn des § 62 Abs. 2 B-KUVG als ausreichend, zweckmäßig und das Maß des Notwendigen nicht überschreitend zu beurteilen seien. Da die belangte Behörde über keinen Amtssachverständigen für Medizin verfüge, seien diese Erhebungen sinnvollerweise von der BVA durchzuführen, weshalb die sich hinsichtlich des Röntgens ergebende Unvollständigkeit des Verfahrens nur durch Behebung des Bescheides und Zurückverweisung zur Durchführung der erforderlichen Ermittlungen im Sinn des § 417a ASVG zu sanieren gewesen sei. Was den Behandlungsbeitrag für drei Mal Zahnrontgen betreffe, so sei es - nachdem die Zystenoperation als nicht erwiesen anzusehen sei - erforderlich, in einem ergänzenden Verfahren durch Einholung eines fachärztlichen Gutachtens abzuklären, in welchem konkreten Ausmaß Röntgenaufnahmen für die verbleibende Leistung (Extraktion eines Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel) im Sinn des Paragraph 62, Absatz 2, B-KUVG als ausreichend, zweckmäßig und das Maß des Notwendigen nicht überschreitend zu beurteilen seien. Da die belangte Behörde über keinen Amtssachverständigen für Medizin verfüge, seien diese Erhebungen sinnvollerweise von der BVA durchzuführen, weshalb die sich hinsichtlich des Röntgens ergebende Unvollständigkeit des Verfahrens nur durch Behebung des Bescheides und Zurückverweisung zur Durchführung der erforderlichen Ermittlungen im Sinn des Paragraph 417 a, ASVG zu sanieren gewesen sei.

Gegen diesen Bescheid richtet sich die vorliegende Beschwerde der BVA wegen Rechtswidrigkeit des Inhalts und

Rechtswidrigkeit infolge Verletzung von Verfahrensvorschriften. Die belangte Behörde hat die Akten des Verwaltungsverfahrens vorgelegt und eine Gegenschrift erstattet, in der sie die kostenpflichtige Abweisung der Beschwerde beantragt. Die mitbeteiligte Partei hat sich am Verfahren nicht beteiligt.

Der Verwaltungsgerichtshof hat erwogen:

1. Die BVA macht insbesondere geltend, dass sich die belangte Behörde mit den zwischen ihr und der Vertragszahnärztin bestehenden Tarifen auseinandersetzen und prüfen hätte müssen, unter welchen Voraussetzungen die Abrechnung einer Zystenoperation gerechtfertigt ist. Nach Position 28 der Tarife sei zwar eine "Zystenoperation" nicht gleichzuhalten mit einer "Zystenauskratzung durch die Alveole"; allerdings konkretisiere Punkt 16 der Erläuterungen zu den Tarifen die Position "Zystenoperation" insofern, als die Zyste präoperativ röntgendiagnostisch nachzuweisen sei und erkennbar sein müsse. Die beschwerdeführende Partei habe die Abrechnung der Vertragszahnärztin über Reklamation der Mitbeteiligten überprüft. Dabei sei zum einen von der Vertragszahnärztin ausdrücklich festgehalten worden, dass im Rahmen der Behandlung eine Zyste entfernt worden sei; zum anderen habe die durch den chefärztlichen Dienst vorgenommene Einsicht in die Röntgenbilder die Stellungnahme der Vertragszahnärztin bestätigt und die Korrektheit der Abrechnung ergeben.

Gänzlich verfehlt seien die Ausführungen der belangten Behörde im Zusammenhang mit dem auf die Röntgenbilder entfallenden Behandlungsbeitrag. Selbst wenn man davon ausgehe, dass die Zystenoperation nicht stattgefunden habe, mache dies die vor der Behandlung angefertigten Röntgenbilder nicht weniger notwendig, würden diese doch präoperativ durchgeführt, um eine Verdachtsdiagnose zu bestätigen oder auszuschließen.

Die belangte Behörde vermenge überdies in rechtlich falscher Weise den individuellen Leistungsanspruch der Versicherten auf der einen Seite mit ihrer Pflicht zur Zahlung des Behandlungsbeitrages auf der anderen Seite. Die BVA habe den individuellen Leistungsanspruch der Mitbeteiligten durch Übernahme der Kosten für die Röntgenbilder voll erfüllt, sodass die Vorschreibung des darauf entfallenden Behandlungsbeitrages gemäß § 69 Abs. 5 B-KUVG zu Recht erfolgt sei. Wäre hingegen (mangels Notwendigkeit) keine Leistungsübernahme durch die BVA erfolgt, hätte die Mitbeteiligte ihre Pflichten aus dem zwischen ihr und der behandelnden Zahnärztin bestehenden ärztlichen Behandlungsvertrag selbst zu erfüllen und das volle Honorar für die in ihrem Einverständnis angefertigten Röntgenbilder zu tragen gehabt. Die belangte Behörde vermenge überdies in rechtlich falscher Weise den individuellen Leistungsanspruch der Versicherten auf der einen Seite mit ihrer Pflicht zur Zahlung des Behandlungsbeitrages auf der anderen Seite. Die BVA habe den individuellen Leistungsanspruch der Mitbeteiligten durch Übernahme der Kosten für die Röntgenbilder voll erfüllt, sodass die Vorschreibung des darauf entfallenden Behandlungsbeitrages gemäß Paragraph 69, Absatz 5, B-KUVG zu Recht erfolgt sei. Wäre hingegen (mangels Notwendigkeit) keine Leistungsübernahme durch die BVA erfolgt, hätte die Mitbeteiligte ihre Pflichten aus dem zwischen ihr und der behandelnden Zahnärztin bestehenden ärztlichen Behandlungsvertrag selbst zu erfüllen und das volle Honorar für die in ihrem Einverständnis angefertigten Röntgenbilder zu tragen gehabt.

2. Gemäß § 69 Abs. 5 B-KUVG hat der Versicherte bei der Inanspruchnahme der Zahnbehandlung bzw. der Gewährung des Zahnersatzes als Sachleistung einen Behandlungsbeitrag zu entrichten; § 63 Abs. 4 B-KUVG ist entsprechend anzuwenden, wobei im Fall der Inanspruchnahme skelettierter Metallprothesen einschließlich der Klammerzähne sowie von kieferorthopädischen Behandlungen die Satzung auch einen höheren Behandlungsbeitrag vorsehen kann. 2. Gemäß Paragraph 69, Absatz 5, B-KUVG hat der Versicherte bei der Inanspruchnahme der Zahnbehandlung bzw. der Gewährung des Zahnersatzes als Sachleistung einen Behandlungsbeitrag zu entrichten; Paragraph 63, Absatz 4, B-KUVG ist entsprechend anzuwenden, wobei im Fall der Inanspruchnahme skelettierter Metallprothesen einschließlich der Klammerzähne sowie von kieferorthopädischen Behandlungen die Satzung auch einen höheren Behandlungsbeitrag vorsehen kann.

§ 63 Abs. 4 B-KUVG in der im Beschwerdefall maßgeblichen Fassung vor der Novelle BGBl. I Nr. 35/2012 - die abgesehen vom später eingefügten zweiten bis vierten Satz der Stammfassung entspricht - lautet: Paragraph 63, Absatz 4, B-KUVG in der im Beschwerdefall maßgeblichen Fassung vor der Novelle Bundesgesetzblatt Teil eins, Nr. 35 aus 2012, - die abgesehen vom später eingefügten zweiten bis vierten Satz der Stammfassung entspricht - lautet:

"In den durch die Satzung unter Bedachtnahme auf eine ökonomische Beistellung der ärztlichen Hilfe und auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherungsanstalt festzusetzenden Fällen der Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe hat der Versicherte einen Behandlungsbeitrag in der Höhe von 20 v. H. des jeweiligen Vertragshonorares zu

entrichten. § 22 Abs. 6 erster Satz gilt entsprechend. Für jene Leistungen, die durch Zahlungen der Landesgesundheitsfonds abgegolten werden oder die die Versicherungsanstalt mit einem Pauschale abgilt, kann die Höhe des Behandlungsbeitrages in der Satzung bestimmt werden. Diese Behandlungsbeiträge haben sich an jenen Beträgen zu orientieren, die bei Inanspruchnahme eines Vertragspartners mit Einzelleistungshonorierung vorgeschrieben werden. Der Behandlungsbeitrag ist in der Regel nachträglich vorzuschreiben. Er ist längstens innerhalb eines Monats nach erfolgter Vorschreibung einzuzahlen. Erfolgt die Einzahlung nicht innerhalb dieser Zeit, erhöht sich der Behandlungsbeitrag um 10 v.H. Zur Eintreibung des Behandlungsbeitrages wird der Versicherungsanstalt die Einbringung im Verwaltungswege gewährt (§ 3 Abs. 3 des Verwaltungsvollstreckungsgesetzes 1950). Die Versicherungsanstalt kann bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des Versicherten von der Einhebung des Behandlungsbeitrages absehen oder einen bereits entrichteten Behandlungsbeitrag rückerstatten." "In den durch die Satzung unter Bedachtnahme auf eine ökonomische Beistellung der ärztlichen Hilfe und auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherungsanstalt festzusetzenden Fällen der Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe hat der Versicherte einen Behandlungsbeitrag in der Höhe von 20 v. H. des jeweiligen Vertragshonorares zu entrichten. Paragraph 22, Absatz 6, erster Satz gilt entsprechend. Für jene Leistungen, die durch Zahlungen der Landesgesundheitsfonds abgegolten werden oder die die Versicherungsanstalt mit einem Pauschale abgilt, kann die Höhe des Behandlungsbeitrages in der Satzung bestimmt werden. Diese Behandlungsbeiträge haben sich an jenen Beträgen zu orientieren, die bei Inanspruchnahme eines Vertragspartners mit Einzelleistungshonorierung vorgeschrieben werden. Der Behandlungsbeitrag ist in der Regel nachträglich vorzuschreiben. Er ist längstens innerhalb eines Monats nach erfolgter Vorschreibung einzuzahlen. Erfolgt die Einzahlung nicht innerhalb dieser Zeit, erhöht sich der Behandlungsbeitrag um 10 v.H. Zur Eintreibung des Behandlungsbeitrages wird der Versicherungsanstalt die Einbringung im Verwaltungswege gewährt (Paragraph 3, Absatz 3, des Verwaltungsvollstreckungsgesetzes 1950). Die Versicherungsanstalt kann bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des Versicherten von der Einhebung des Behandlungsbeitrages absehen oder einen bereits entrichteten Behandlungsbeitrag rückerstatten."

Die im Beschwerdefall maßgebliche Satzung 2005 der BVA sieht in ihrem § 19 Abs. 2 einen Behandlungsbeitrag für alle Sachleistungen der Zahnbehandlung und des Zahnersatzes vor (ausgenommen sind Leistungen für Anspruchsberechtigte, die das 15. Lebensjahr zu Beginn des Abrechnungszeitraumes noch nicht vollendet haben). Die im Beschwerdefall maßgebliche Satzung 2005 der BVA sieht in ihrem Paragraph 19, Absatz 2, einen Behandlungsbeitrag für alle Sachleistungen der Zahnbehandlung und des Zahnersatzes vor (ausgenommen sind Leistungen für Anspruchsberechtigte, die das 15. Lebensjahr zu Beginn des Abrechnungszeitraumes noch nicht vollendet haben).

3. Besondere verfahrensrechtliche Regelungen über die Vorschreibung des Behandlungsbeitrages und die dagegen zur Verfügung stehenden Rechtsmittel enthält das B-KUVG nicht. Da durch die Vorschreibung eines Behandlungsbeitrages Rechte und Pflichten des Versicherten gestaltet werden, besteht aber kein Zweifel, dass im Streitfall gemäß § 129 B-KUVG iVm § 410 ASVG die Erlassung eines - mit Einspruch bekämpfbaren - Bescheides verlangt werden kann. Es handelt sich auch um keine vor die ordentlichen Gerichte gehörige Leistungssache iSd § 354 iVm § 65 Abs. 1 Z 1 ASVG, sondern um eine Verwaltungssache iSd § 325 ASVG. Die Vorschreibung des Behandlungsbeitrages setzt zwar die Erbringung einer Versicherungsleistung voraus und knüpft tatbestandsmäßig an diese an, im Verfahren über die Rechtmäßigkeit der Vorschreibung wird aber nicht im Sinn des (hier allein in Betracht kommenden) § 354 Z 1 ASVG (iVm § 129 B-KUVG) über den Bestand, den Umfang oder das Ruhen eines Anspruchs auf eine Versicherungsleistung abgesprochen (vgl. zu ähnlichen Verfahrensgegenständen etwa das hg. Erkenntnis vom 4. Juli 1995, Zl. 94/08/0051, betreffend Rückforderung von Kostenanteilen nach § 86 Abs. 1 und 3 GSVG, sowie die Entscheidungen des Obersten Gerichtshofes vom 7. April 1992, 10 ObS 316/91, betreffend Rückerstattung eines Behandlungsbeitrages, und - unter Berufung auf die enge Fassung des § 354 ASVG - vom 15. Juli 2003, 10 ObS 362/02m, betreffend Ambulanzgebühr). Der Verwaltungsweg war daher zulässig. 3. Besondere verfahrensrechtliche Regelungen über die Vorschreibung des Behandlungsbeitrages und die dagegen zur Verfügung stehenden Rechtsmittel enthält das B-KUVG nicht. Da durch die Vorschreibung eines Behandlungsbeitrages Rechte und Pflichten des Versicherten gestaltet werden, besteht aber kein Zweifel, dass im Streitfall gemäß Paragraph 129, B-KUVG in Verbindung mit Paragraph 410, ASVG die Erlassung eines - mit Einspruch bekämpfbaren - Bescheides verlangt werden kann. Es handelt sich auch um keine vor die ordentlichen Gerichte gehörige Leistungssache iSd Paragraph 354, in Verbindung mit Paragraph 65, Absatz eins, Ziffer eins, ASVG, sondern um eine Verwaltungssache iSd Paragraph 325, ASVG. Die Vorschreibung des Behandlungsbeitrages setzt zwar

die Erbringung einer Versicherungsleistung voraus und knüpft tatbestandsmäßig an diese an, im Verfahren über die Rechtmäßigkeit der Vorschreibung wird aber nicht im Sinn des (hier allein in Betracht kommenden) Paragraph 354, Ziffer eins, ASVG in Verbindung mit Paragraph 129, B-KUVG) über den Bestand, den Umfang oder das Ruhen eines Anspruchs auf eine Versicherungsleistung abgesprochen vergleiche , zu ähnlichen Verfahrensgegenständen etwa das hg. Erkenntnis vom 4. Juli 1995, Zl. 94/08/0051, betreffend Rückforderung von Kostenanteilen nach Paragraph 86, Absatz eins, und 3 GSVG, sowie die Entscheidungen des Obersten Gerichtshofes vom 7. April 1992, 10 ObS 316/91, betreffend Rückerstattung eines Behandlungsbeitrages, und - unter Berufung auf die enge Fassung des Paragraph 354, ASVG - vom 15. Juli 2003, 10 ObS 362/02m, betreffend Ambulanzgebühr). Der Verwaltungsweg war daher zulässig.

4. Nach dem oben wiedergegebenen § 63 Abs. 4 B-KUVG hat der Versicherte in den durch die Satzung festzusetzenden Fällen der Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe einen Behandlungsbeitrag in der Höhe von 20 v. H. des jeweiligen Vertragshonorars zu entrichten. Voraussetzung für die Vorschreibung eines Behandlungsbeitrages ist daher jedenfalls, dass die betreffende Versicherungsleistung tatsächlich in Anspruch genommen wurde. Ferner ist der Behandlungsbeitrag ausgehend von dem für die jeweilige (zahn)ärztliche Leistung gebührenden (gesamtvertraglich festgesetzten) Vertragshonorar zu berechnen. Der Versicherte hat demnach ein aus § 63 Abs. 4 B-KUVG abzuleitendes Recht darauf, dass ihm Behandlungsbeiträge nur für tatsächlich in Anspruch genommene Leistungen auf Basis der dafür geltenden Tarife vorgeschrieben werden. 4. Nach dem oben wiedergegebenen Paragraph 63, Absatz 4, B-KUVG hat der Versicherte in den durch die Satzung festzusetzenden Fällen der Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe einen Behandlungsbeitrag in der Höhe von 20 v. H. des jeweiligen Vertragshonorars zu entrichten. Voraussetzung für die Vorschreibung eines Behandlungsbeitrages ist daher jedenfalls, dass die betreffende Versicherungsleistung tatsächlich in Anspruch genommen wurde. Ferner ist der Behandlungsbeitrag ausgehend von dem für die jeweilige (zahn)ärztliche Leistung gebührenden (gesamtvertraglich festgesetzten) Vertragshonorar zu berechnen. Der Versicherte hat demnach ein aus Paragraph 63, Absatz 4, B-KUVG abzuleitendes Recht darauf, dass ihm Behandlungsbeiträge nur für tatsächlich in Anspruch genommene Leistungen auf Basis der dafür geltenden Tarife vorgeschrieben werden.

Daran hat sich im Übrigen - ungeachtet des geänderten Wortlautes des § 63 Abs. 4 erster Satz B-KUVG (es ist nun nicht von einem Prozentsatz des Vertragshonorars, sondern der "dem Versicherungsträger erwachsenden Kosten" die Rede) - im Ergebnis auch durch die Novelle BGBl. I Nr. 35/2012 nichts geändert, hat diese doch ausweislich der Erläuterungen (1685 BlgNR 14. GP, 6) nur eine Flexibilisierung des Behandlungsbeitrages (durch Ermöglichung eines Unterschreitens von 20 %) bezweckt. Daran hat sich im Übrigen - ungeachtet des geänderten Wortlautes des Paragraph 63, Absatz 4, erster Satz B-KUVG (es ist nun nicht von einem Prozentsatz des Vertragshonorars, sondern der "dem Versicherungsträger erwachsenden Kosten" die Rede) - im Ergebnis auch durch die Novelle Bundesgesetzblatt Teil eins, Nr. 35 aus 2012, nichts geändert, hat diese doch ausweislich der Erläuterungen (1685 BlgNR 14. GP, 6) nur eine Flexibilisierung des Behandlungsbeitrages (durch Ermöglichung eines Unterschreitens von 20 %) bezweckt.

5. Im Beschwerdefall ist zunächst strittig, ob an der Mitbeteiligten - zusätzlich zur Zahnextraktion - eine "Zystenoperation" durchgeführt worden ist oder ob lediglich eine - nach der gesamtvertraglichen Honorarordnung nicht gesondert zu vergütende - "Zystenauskratzung durch die Alveole" im Anschluss an die Extraktion erfolgt ist. Es geht dabei nicht bloß um die Zuordnung der zahnärztlichen Leistung zu einer Tarifposition (ob auch dies vom Versicherten im Verfahren betreffend den Behandlungsbeitrag geltend gemacht werden könnte, ist daher im Beschwerdefall nicht zu beantworten), vielmehr steht die Leistungserbringung selbst in Frage. Nur für eine tatsächlich durchgeführte Zystenoperation durfte der Mitbeteiligten der darauf entfallende Behandlungsbeitrag vorgeschrieben werden.

Die belangte Behörde hat die Vorschreibung eines Behandlungsbeitrages für die Zystenoperation deswegen für rechtswidrig gehalten, weil der Beweis für die tatsächliche Vornahme dieser Operation "infolge des Fehlens geeigneter Beweismittel" nicht gelungen sei. Damit hat sie aber ihre Verpflichtung zur amtswegigen Ermittlung der materiellen Wahrheit verkannt. Sie hätte sich nicht damit begnügen dürfen, dass die Durchführung der Zystenoperation - aber auch deren Nichtdurchführung - nicht erwiesen war, sondern durch weitere Erhebungen und geeignete Beweismittel - insbesondere eine Begutachtung der Röntgenbilder, allenfalls auch eine ergänzende Befragung der Zahnärztin (zusätzlich zu ihrer - von der belangten Behörde gänzlich unberücksichtigt gelassenen - schriftlichen Äußerung im erstinstanzlichen Verfahren) - den Sachverhalt zu klären gehabt. Allenfalls wäre es ihr offen gestanden, die Angelegenheit gemäß § 417a ASVG nach Behebung des erstinstanzlichen Bescheides zur Ergänzung der Ermittlungen und zur Erlassung eines neuen Bescheides an die BVA zurückzuverweisen. Sie war aber auf Basis ihrer Feststellungen

nicht zur ersatzlosen Behebung des Bescheides berechtigt und hat daher insoweit den angefochtenen Bescheid mit inhaltlicher Rechtswidrigkeit belastet. Die belangte Behörde hat die Vorschreibung eines Behandlungsbeitrages für die Zystenoperation deswegen für rechtswidrig gehalten, weil der Beweis für die tatsächliche Vornahme dieser Operation "infolge des Fehlens geeigneter Beweismittel" nicht gelungen sei. Damit hat sie aber ihre Verpflichtung zur amtswegigen Ermittlung der materiellen Wahrheit verkannt. Sie hätte sich nicht damit begnügen dürfen, dass die Durchführung der Zystenoperation - aber auch deren Nichtdurchführung - nicht erwiesen war, sondern durch weitere Erhebungen und geeignete Beweismittel - insbesondere eine Begutachtung der Röntgenbilder, allenfalls auch eine ergänzende Befragung der Zahnärztin (zusätzlich zu ihrer - von der belangten Behörde gänzlich unberücksichtigt gelassenen - schriftlichen Äußerung im erstinstanzlichen Verfahren) - den Sachverhalt zu klären gehabt. Allenfalls wäre es ihr offen gestanden, die Angelegenheit gemäß Paragraph 417 a, ASVG nach Behebung des erstinstanzlichen Bescheides zur Ergänzung der Ermittlungen und zur Erlassung eines neuen Bescheides an die BVA zurückzuverweisen. Sie war aber auf Basis ihrer Feststellungen nicht zur ersatzlosen Behebung des Bescheides berechtigt und hat daher insoweit den angefochtenen Bescheid mit inhaltlicher Rechtswidrigkeit belastet.

6. Was das dreifache Zahnröntgen betrifft, so ist unstrittig, dass es tatsächlich durchgeführt wurde. Die Mitbeteiligte hatte in ihrem Schreiben an die BVA vom 26. Jänner 2009 aber ersucht, zu prüfen, ob man nicht auch mit nur einem Röntgenbild das Auslangen hätte finden können. In ihrem Einspruch führte sie wörtlich Folgendes aus: "die 3 Röntgenbilder (ob nötig oder nicht) bestreite ich nicht, wird aber von der Behörde zu prüfen sein".

Die Mitbeteiligte hat jedoch nicht in Abrede gestellt, die Erstellung der drei Röntgenbilder als Versicherungsleistung in Anspruch genommen zu haben (und wendet sich auch nicht im Nachhinein gegen die Verrechnung als Versicherungsleistung). Damit waren die Voraussetzungen für die Vorschreibung des darauf entfallenden Behandlungsbeitrages nach § 63 Abs. 4 B-KUVG, dessen richtige Berechnung insoweit nicht strittig ist, erfüllt. Die Mitbeteiligte hat jedoch nicht in Abrede gestellt, die Erstellung der drei Röntgenbilder als Versicherungsleistung in Anspruch genommen zu haben (und wendet sich auch nicht im Nachhinein gegen die Verrechnung als Versicherungsleistung). Damit waren die Voraussetzungen für die Vorschreibung des darauf entfallenden Behandlungsbeitrages nach Paragraph 63, Absatz 4, B-KUVG, dessen richtige Berechnung insoweit nicht strittig ist, erfüllt.

Die Notwendigkeit einer Behandlung kann zwar bei der Beurteilung des Anspruchs auf die entsprechende Versicherungsleistung eine Rolle spielen (vgl. § 62 Abs. 1 B-KUVG betreffend die Krankenbehandlung; § 69 B-KUVG betreffend die Zahnbehandlung stellt hingegen nicht ausdrücklich auf die Notwendigkeit ab, die Satzung der BVA (sowohl aus 2005 als auch aus 2011) tut dies hinsichtlich der konservierenden und chirurgischen Zahnbehandlung). Insoweit obliegt die Beurteilung aber - sofern keine chefärztliche Bewilligung erforderlich ist - dem Vertragsarzt: Dieser entscheidet nicht nur in Erfüllung seiner Behandlungspflicht über die für den Patienten medizinisch gebotene Leistung, sondern bewirkt überdies die Erfüllung des von ihm selbst zu beurteilenden Leistungsanspruchs des Versicherten gegenüber dem Krankenversicherungsträger; er entscheidet damit zugleich - anstelle des Versicherungsträgers und mit bindender Wirkung für diesen - über den Versicherungsanspruch des Versicherten (vgl. die Entscheidungen des Verfassungsgerichtshofes vom 15. März 2000, VfSlg. 15.776, und - daran anknüpfend - vom 25. September 2000, VfSlg. 15.907; s. auch Müller, Der Erstattungsanspruch nach Inanspruchnahme eines Wahlarztes, in: Die Notwendigkeit einer Behandlung kann zwar bei der Beurteilung des Anspruchs auf die entsprechende Versicherungsleistung eine Rolle spielen vergleiche , Paragraph 62, Absatz eins, B-KUVG betreffend die Krankenbehandlung; Paragraph 69, B-KUVG betreffend die Zahnbehandlung stellt hingegen nicht ausdrücklich auf die Notwendigkeit ab, die Satzung der BVA (sowohl aus 2005 als auch aus 2011) tut dies hinsichtlich der konservierenden und chirurgischen Zahnbehandlung). Insoweit obliegt die Beurteilung aber - sofern keine chefärztliche Bewilligung erforderlich ist - dem Vertragsarzt: Dieser entscheidet nicht nur in Erfüllung seiner Behandlungspflicht über die für den Patienten medizinisch gebotene Leistung, sondern bewirkt überdies die Erfüllung des von ihm selbst zu beurteilenden Leistungsanspruchs des Versicherten gegenüber dem Krankenversicherungsträger; er entscheidet damit zugleich - anstelle des Versicherungsträgers und mit bindender Wirkung für diesen - über den Versicherungsanspruch des Versicherten vergleiche , die Entscheidungen des Verfassungsgerichtshofes vom 15. März 2000, VfSlg. 15.776, und - daran anknüpfend - vom 25. September 2000, VfSlg. 15.907; s. auch Müller, Der Erstattungsanspruch nach Inanspruchnahme eines Wahlarztes, in:

Schwarz u.a. (Hrsg), Festschrift für Josef Cerny (2001) 533 (545 ff). Der Versicherungsträger kann in einem solchen Fall gegenüber dem Versicherten nicht mit dem Argument der mangelnden Notwendigkeit oder Zweckmäßigkeit den

Leistungsanspruch verneinen, sondern ist darauf verwiesen, den entstandenen Honoraraufwand - nach Maßgabe der einzel- und gesamtvertraglichen Regelungen - allenfalls vom Vertragsarzt zurückzufordern. Die Rückforderung bleibt jedoch ohne Auswirkung auf den Behandlungsbeitrag, der vom Versicherten dafür zu leisten ist, dass er eine bestimmte Versicherungsleistung (als Sachleistung) in Anspruch genommen hat, unabhängig davon, ob es im Verhältnis zwischen dem Versicherungsträger und dem Vertragsarzt zu einer Rückabwicklung der Honorarzahlung kommt oder nicht. Sollte eine Behandlung aber nicht nur im sozialversicherungsrechtlichen Sinn das Maß des Notwendigen überschritten haben bzw. unzweckmäßig gewesen sein (vgl. zu diesen Begriffen, insbesondere ihrer ökonomischen Dimension, Mazal, Krankheitsbegriff und Risikobegrenzung (1992) 330 ff), sondern (auch) aus medizinischer Sicht nicht fachgerecht gewesen sein, oder hat der Vertragsarzt den Versicherten nicht ausreichend aufgeklärt, so kann er gegenüber dem Vertragsarzt einen allenfalls daraus entstandenen Schaden (wozu auch Mehrkosten beim Behandlungsbeitrag zählen können) vor den Zivilgerichten als Verletzung des Behandlungsvertrages geltend machen. Schwarz u.a. (Hrsg), Festschrift für Josef Cerny (2001) 533 (545 ff). Der Versicherungsträger kann in einem solchen Fall gegenüber dem Versicherten nicht mit dem Argument der mangelnden Notwendigkeit oder Zweckmäßigkeit den Leistungsanspruch verneinen, sondern ist darauf verwiesen, den entstandenen Honoraraufwand - nach Maßgabe der einzel- und gesamtvertraglichen Regelungen - allenfalls vom Vertragsarzt zurückzufordern. Die Rückforderung bleibt jedoch ohne Auswirkung auf den Behandlungsbeitrag, der vom Versicherten dafür zu leisten ist, dass er eine bestimmte Versicherungsleistung (als Sachleistung) in Anspruch genommen hat, unabhängig davon, ob es im Verhältnis zwischen dem Versicherungsträger und dem Vertragsarzt zu einer Rückabwicklung der Honorarzahlung kommt oder nicht. Sollte eine Behandlung aber nicht nur im sozialversicherungsrechtlichen Sinn das Maß des Notwendigen überschritten haben bzw. unzweckmäßig gewesen sein vergleiche , zu diesen Begriffen, insbesondere ihrer ökonomischen Dimension, Mazal, Krankheitsbegriff und Risikobegrenzung (1992) 330 ff), sondern (auch) aus medizinischer Sicht nicht fachgerecht gewesen sein, oder hat der Vertragsarzt den Versicherten nicht ausreichend aufgeklärt, so kann er gegenüber dem Vertragsarzt einen allenfalls daraus entstandenen Schaden (wozu auch Mehrkosten beim Behandlungsbeitrag zählen können) vor den Zivilgerichten als Verletzung des Behandlungsvertrages geltend machen.

Die Behebung des erstinstanzlichen Bescheides hinsichtlich der Vorschreibung des Behandlungsbeitrages für das dreifache Zahnröntgen mit der Begründung, dass von der BVA dessen Notwendigkeit festgestellt werden müsse, erweist sich somit als rechtswidrig, weil die Notwendigkeit einer Sachleistung im Verfahren zur Festsetzung des Behandlungsbeitrages nicht zu überprüfen ist.

7. Der angefochtene Bescheid war daher insgesamt gemäß § 42 Abs. 2 Z 1 VwGG wegen Rechtswidrigkeit seines Inhalts aufzuheben. 7. Der angefochtene Bescheid war daher insgesamt gemäß Paragraph 42, Absatz 2, Ziffer eins, VwGG wegen Rechtswidrigkeit seines Inhalts aufzuheben.

Die Kostenentscheidung gründet sich auf die §§ 47 ff VwGG iVm der VwGH-Aufwandersatzverordnung 2008. Die Kostenentscheidung gründet sich auf die Paragraphen 47, ff VwGG in Verbindung mit der VwGH-Aufwandersatzverordnung 2008.

Wien, am 12. September 2012

Schlagworte

Organisationsrecht Justiz - Verwaltung Verweisung auf den Zivilrechtsweg VwRallg5/1

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:VWGH:2012:2010080072.X00

Im RIS seit

19.10.2012

Zuletzt aktualisiert am

02.09.2015

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

© 2026 JUSLINE

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

www.jusline.at