jusline®
»» Recht. Schnell

Sie können die QR Codes nützen um später wieder auf die neuste Version eines Gesetzestexts zu gelangen.

TE Vfgh Erkenntnis 2003/9/23 B667/03

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 23.09.2003

Index

L9 Sozial- und Gesundheitsrecht
L9440 Krankenanstalt, Spital

Norm

B-VG Art7 Abs1 / Gesetz
B-VG Art7 Abs1 / Verwaltungsakt
B-VG Art15a
B-VG Art18 Abs1
B-VG Art20 Abs2
B-VG Art83 Abs2
B-VG Art133 Z4
StGG Art5
EMRK Art6 Abs1 / civil rights
EMRK Art6 Abs1 / Tribunal
ABGB §1042
ASVG §148 Z3
ASVG §447f
AVG §7
AVG §59 Abs1
Bund-Länder-Vereinbarung gemäß Art15a Abs1 B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000, BGBl I 111/1997 Art11
KAKuG (vormals KAG
geändert mit Art21 BGBl I 65/2002) §27b Abs2
Krnt KAO 1999 §77
Krnt KAO 1999 §81

Leitsatz

Keine Verletzung verfassungsgesetzlich gewährleisteter Rechte durch die Verpflichtung eines Krankenanstaltenfonds zur Vergütung von Leistungen der Sozialversicherungsträger an Vertragspartner für gynäkologisch-zytologische Abstriche; keine denkunmögliche Annahme eines Aufwandersatzanspruches der Krankenversicherungsträger durch die Bestreitung der Kosten von Befundungen eines Vertragsarztes nach Ablehnung der Annahme der Abstriche durch eine Landeskrankenanstalt; materiell-rechtliche Grundlage des angefochtenen Bescheides gegeben trotz Zitierung nicht tragfähiger Rechtsgrundlagen im Spruch des angefochtenen Bescheides; keine verfassungswidrige

Zusammensetzung der belangten Schiedskommission

Spruch

Der Beschwerdeführer ist durch den angefochtenen Bescheid weder in einem verfassungsgesetzlich gewährleisteten Recht noch wegen Anwendung einer rechtswidrigen generellen Norm in seinen Rechten verletzt worden.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

Begründung

Entscheidungsgründe:

I. 1. Mit Schriftsatz vom 7. August 2001 begehrten die Kärntner Gebietskrankenkasse, die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues, die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, die Sozialversicherungsanstalt der Bauern sowie die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, die Schiedskommission gemäß §81 der Kärntner Krankenanstaltenordnung 1999 (K-KAO), LGBl. Nr. 26/1999 (idgF), beim Amt der Kärntner Landesregierung möge den Kärntner Krankenanstaltenfonds schuldig erkennen, den bezeichneten Trägern der sozialen Krankenversicherung ATS 538.824,-- zuzüglich 4 vH Zinsen seit 1. Jänner 2001 zu bezahlen.

Begründend wurde dazu ausgeführt, gynäkologisch-zytologische Abstriche seien bis 31. Dezember 1998 von drei Vertragspartnern der antragstellenden Träger der sozialen Krankenversicherung befundet worden: vom privaten Laboratorium Dr. B, von zwei Krankenanstalten der Kärntner Krankenanstalten-Betriebsgesellschaft (LKH Klagenfurt, LKH Villach) sowie von der Universitätsklinik Graz. Die genannten Krankenanstalten seien Fondskrankenanstalten, dh. sie bezögen Mittel aus dem entsprechenden Landes-Krankenanstaltenfinanzierungsfonds. Das Vertragsverhältnis mit dem Laboratorium Dr. B sei zum 31. Dezember 1998 beendet worden. Die Kärntner Gebietskrankenkasse habe sodann mit der Kärntner Krankenanstalten-Betriebsgesellschaft vereinbart, die auf Grund des Ausfalls des Laboratoriums Dr. B in den LKH Klagenfurt und Villach zusätzlich erbrachten Befundungen zusätzlich zu dem von den Krankenversicherungsträgern geleisteten Pauschalbeitrag zur Krankenanstaltenfinanzierung (§447f ASVG) abzugelten. Ausdrücklich nicht erfasst seien Ärzte, die schon vor der Schließung des genannten Laboratoriums in die fondsfinanzierten Krankenanstalten Klagenfurt und Villach zugewiesen hätten.

Mit Schreiben vom Februar 1999 habe das LKH Klagenfurt dem niedergelassenen Arzt Dr. C, dessen Einsendungen schon seit Jahren in dieser Krankenanstalt befundet worden seien, mitgeteilt, die von ihm vorgenommenen gynäkologisch-zytologischen Abstriche ab 1. März 1999 nicht mehr anzunehmen. Die erstantragstellende Kärntner Gebietskrankenkasse habe daher Dr. C eingeladen, seine zytologischen Einsendungen vorläufig auf Kosten der Krankenversicherungsträger von Dr. W, einem in Tirol niedergelassenen Facharzt für Pathologie, Neuropathologie und Zytodiagnostik, befunden zu lassen. Den Krankenversicherungsträgern sei dadurch ein zusätzlicher Honoraraufwand in Höhe von ATS 538.824,-- (EUR 39.157,88) entstanden.

Die "Leistungsverweigerung" des LKH Klagenfurt sei sachlich nicht gerechtfertigt. Diese Maßnahme habe die Frequenzen bei gynäkologisch-zytologischen Befundungen, soweit deren Kosten vom Landesfonds zu tragen sind, im Jahr 1999 gegenüber dem Vorjahr um ca. 14 vH absinken lassen; dadurch sei sogar das Niveau des Jahres 1996 unterschritten worden. Da der Kärntner Krankenanstaltenfonds es unterlassen habe sicherzustellen, dass die Kärntner Krankenanstalten-Betriebsgesellschaft - als Rechtsträgerin des LKH Klagenfurt - ihren Verpflichtungen nachkommt, habe er die den Krankenversicherungsträgern entstandenen Mehrkosten zu ersetzen.

2. Mit Bescheid vom 10. Dezember 2002 wies die Schiedskommission den Ablehnungsantrag gegen ihr Mitglied Mag. L - einen vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger nominierten Bediensteten der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft - als unbegründet ab und erkannte den Kärntner Krankenanstaltenfonds schuldig, den antragstellenden Trägern der sozialen Krankenversicherung ATS 538.824,-- (EUR 39.157,88) zuzüglich 4 vH Zinsen seit 1. Jänner 2001 binnen vierzehn Tagen ab Rechtskraft des Bescheides zu ersetzen.

3. Gegen diesen - keinem weiteren Rechtszug unterliegenden - Bescheid richtet sich die vorliegende, auf Art144 B-VG gestützte Beschwerde des Kärntner Krankenanstaltenfonds, worin die Verletzung näher bezeichneter verfassungsgesetzlich gewährleisteter Rechte sowie in Rechten wegen Anwendung rechtswidriger genereller Normen behauptet und die kostenpflichtige Aufhebung des angefochtenen Bescheides begehrt wird.

4. Die belangte Behörde hat die Verwaltungsakten vorgelegt, ohne eine Gegenschrift zu erstatten. Die dem Verfahren als beteiligte Parteien beigezogenen Träger der Sozialversicherung haben eine schriftliche Äußerung zum Gegenstand

erstattet.

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

1.1. Die Bund-Länder-Vereinbarung gemäß Art15a Abs1 B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000, BGBl. I Nr. 111/1997 (im Folgenden kurz: LKF-Vereinbarung), lautet auszugsweise wie folgt:

"Artikel 6

Einrichtung der Landesfonds

(1) Zur Wahrnehmung von Aufgaben auf Grund dieser Vereinbarung hat jedes Land einen Landesfonds einzurichten. Dabei steht es den Ländern frei, entweder Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit oder Fonds ohne eigene Rechtspersönlichkeit (unselbständige Verwaltungsfonds) einzurichten.

(2) ...

Artikel 7

Mittel der Landesfonds

Mittel der Landesfonds sind:

1.-2. ...

3. Beiträge des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger für Rechnung der ihm angeschlossenen Träger der Sozialversicherung

4. ...

...

Artikel 9

Beiträge der Träger der Sozialversicherung

(1) Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger leistet für Rechnung der in ihm zusammengefaßten Sozialversicherungsträger an die Länder (Landesfonds) für das Jahr 1997 einen vorläufigen Pauschalbetrag in der Höhe von 37 000 Millionen Schilling. ...

(2)-(7) ...

(8) Zusätzlich zu den jährlichen Pauschalbeträgen gemäß Abs1 bis 6 leisten die Sozialversicherungsträger in den Jahren 1997 bis einschließlich 2000 einen Betrag in der Höhe des variablen Finanzvolumens an die Länder (Landesfonds), das sich auf Grund der am 31. Dezember 1996 bestehenden Rechtslage bezüglich der in den Sozialversicherungsgesetzen vorgesehenen Kostenbeiträge (Kostenanteile) im stationären Bereich ergeben hätte. ...

...

Artikel 11

Beziehungen der Träger der Sozialversicherung zu den Trägern

der Krankenanstalten und zu den Ländern (Landesfonds)

(1) Mit den Zahlungen der Träger der Sozialversicherung gemäß Art9 an die Länder (Landesfonds) sind alle Leistungen der Krankenanstalten, insbesondere im stationären, halbstationären, tagesklinischen und ambulanten Bereich einschließlich der durch den medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen für Versicherte und anspruchsberechtigte Angehörige der Träger der Sozialversicherung zur Gänze abgegolten.

(2) Unter den Leistungen der Sozialversicherung sind

1. im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung nur die auf Grund des §189 Abs3 ASVG (bzw. der analogen Regelungen in den übrigen Sozialversicherungsgesetzen) - mit Ausnahme der Ambulanzleistungen der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt - sowie

2. im Bereich der gesetzlichen Pensionsversicherung nur die auf Grund der §§302 Abs3 und 307d ASVG (bzw. der analogen Regelungen in den übrigen Sozialversicherungsgesetzen)

bisher erbrachten Leistungen zu verstehen, wobei das Volumen der Leistungen, die von den Ländern (Landesfonds) abgegolten werden, 1998 im Vergleich zum entsprechenden Leistungsvolumen des Jahres 1994 zu überprüfen und der Betrag der Träger der Sozialversicherung für diese Leistungen gegebenenfalls entsprechend dieser Überprüfung nachzujustieren ist.

(3) Ausgenommen sind Leistungen im Rahmen der Mutter-Kindpaßuntersuchungen und im Einvernehmen zwischen der Sozialversicherung und betroffenen Ländern ausgenommene Leistungen. Zwischen Hauptverband, Sozialversicherungsträger und Landesfonds ist eine Liste der Verträge zu erstellen, deren Leistungsgegenstand nicht Inhalt dieser Vereinbarung ist. Weiters sind die im §27 Abs2 Bundeskrankenanstaltengesetz ausgenommenen Leistungen nicht mit dem Pauschalbeitrag abgegolten.

(4) Die Verpflichtung der Sozialversicherung zur ausreichenden Bereitstellung von Vertragspartnern bleibt aufrecht. Die in den Sozialversicherungsgesetzen festgelegten Sachleistungspflichten und Verfahrenszuständigkeiten gegenüber den Versicherten der Sozialversicherungsträger bleiben aufrecht. Die Erfüllung der Sachleistungsverpflichtung durch die vertragsgegenständlichen Krankenanstalten wird inklusive des jeweiligen medizinischen Standards, der eine ausreichende Behandlung der Versicherten sicherstellt, von den Ländern (Landesfonds) im Namen der Träger der Sozialversicherung übernommen.

(5) Nach Ablauf dieser Vereinbarung werden die zwischen dem Hauptverband der öster[r]eichischen Sozialversicherungsträger bzw. den Trägern der sozialen Krankenversicherung und den Rechtsträgern der Krankenanstalten am 31. Dezember 1996 maßgeblichen Verträge im vollen Umfang wieder rechtswirksam. Über eine angemessene Tarifanpassung ist Einvernehmen herzustellen.

(6) Die Länder (Landesfonds) übernehmen die finanziellen Leistungsverpflichtungen der Träger der Sozialversicherung gegenüber den Rechtsträgern der Krankenanstalten, soweit dem Grunde nach Ansprüche von Vertragseinrichtungen gemäß Art2 bereits im Jahre 1996 bestanden haben.

(7) Der Bund verpflichtet sich gegenüber den Ländern, gesetzlich zu regeln, daß mit den Zahlungen der Länder (Landesfonds) an die Krankenanstalten sämtliche Ansprüche der Krankenanstalten gegenüber den Trägern der Sozialversicherung und gegenüber den Landesfonds abgegolten sind.

(8)-(12) ...

...

Artikel 23

Konsultationsmechanismus

(1) Zwischen der Sozialversicherung und den Ländern ist ein Konsultationsmechanismus einzurichten, um finanzielle Folgen von Strukturveränderungen zu bewältigen und insbesondere Veränderungen der Leistungsangebote im stationären, halbstationären, tagesklinischen, ambulanten und niedergelassenen Bereich zu regeln.

(2) Ausgangsbasis für die Feststellung der Veränderung der Leistungsangebote ist für den stationären Bereich und für den niedergelassenen Bereich der 31. Dezember 1996.

Artikel 24

Sanktionsmechanismus

(1)-(4) ...

(5) Bei Einschränkungen des Leistungsangebotes ist einvernehmlich vorzugehen. Die bislang maßgebliche Vertragslage ist dabei zu berücksichtigen. Die finanziellen Folgen von plan- und vertragswidrigen Leistungseinschränkungen im stationären, ambulanten, niedergelassenen und im Pflegebereich hat jene Institution zu tragen, die sie verursacht hat. Diese Regelung gilt insbesondere auch für Maßnahmen, die im Jahre 1996 getroffen wurden, deren Auswirkungen aber erst in der Folge eintreten.

(6)-(7) ...

Artikel 25

Schutzklausel für Bund und Träger der Sozialversicherung

(1) Die Länder verpflichten sich im Rahmen ihrer Kompetenz, dafür zu sorgen, daß für die Jahre 1997, 1998, 1999 und 2000 keine über diese Vereinbarung hinausgehenden finanziellen Forderungen betreffend die Krankenanstalten im Sinne des Art2 an den Bund oder die Träger der Sozialversicherung gestellt werden.

(2)-(4) ...

...

Artikel 30

Durchführung der Vereinbarung

(1) ...

(2) In Bezug auf Art24 werden folgende bundes- und landesgesetzlichen Regelungen vorgesehen:

1. Die Regelungen im Art24 Abs2 und 6 sind in das Bundes-Krankenanstaltengesetz und in entsprechende Landesgesetze zu übernehmen.

2. Die Regelungen im Art24 Abs1, 4, 5 und 7 sind in entsprechende Landesgesetze zu übernehmen.

3. ...

..."

1.2. §81 K-KAO lautet:

"§81

Schiedskommission

(1) Beim Amt der Landesregierung wird eine Schiedskommission zur Entscheidung in folgenden Angelegenheiten eingerichtet:

a) Abschluß von Verträgen zwischen Trägern öffentlicher, nicht durch den Kärntner Krankenanstaltenfonds finanzierter Krankenanstalten, die zum Zeitpunkt 31. Dezember 1996 bestehen, und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger;

b) Streitigkeiten aus zwischen den Trägern der Fondskrankenanstalten und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (oder einem Träger der sozialen Krankenversicherung) abgeschlossenen Verträgen einschließlich der Entscheidung über die aus diesen Verträgen erwachsenden Ansprüche gegenüber Trägern der Sozialversicherung oder gegenüber dem Kärntner Krankenanstaltenfonds;

c) Streitigkeiten zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger oder einem Träger der sozialen Krankenversicherung und dem Kärntner Krankenanstaltenfonds über die wechselseitigen Verpflichtungen und Ansprüche aus der Vereinbarung gemäß Art15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000;

d) Ansprüche, die sich auf den Sanktionsmechanismus (Art24 der Vereinbarung gemäß Art15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000) gründen.

(2) Die Schiedskommission besteht aus folgenden von der Landesregierung auf vier Jahre zu bestellenden Mitgliedern:

a) ein vom Präsidenten des Oberlandesgerichtes Graz vorgeschlagener Richter aus dem Aktivstand der zum Sprengel des Oberlandesgerichtes Graz gehörenden Gerichte als Vorsitzender;

b) ein vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger nominiertes Mitglied und ein Mitglied aus dem Kreise der Bediensteten des Aktivstandes des Landes;

c) zwei Mitglieder der Kammer der Wirtschaftstreuhänder, wobei ein Mitglied vom Land oder vom betreffenden Träger der Krankenanstalt und ein Mitglied vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger vorgeschlagen wird.

(3) Für jedes nach Abs2 bestellte Mitglied ist in gleicher Weise ein Ersatzmitglied zu bestellen, das das Mitglied im Falle

der Verhinderung zu vertreten hat.

(4) Die Sitzungen der Schiedskommission sind vom Vorsitzenden unter Bekanntgabe der Tagesordnung rechtzeitig einzuberufen. Eine Entscheidung der Schiedskommission kommt rechtsgültig zustande, wenn sämtliche Mitglieder anwesend sind und sich die Mehrheit für diese Entscheidung ausgesprochen hat. Die Entscheidung der Schiedskommission unterliegt keinem administrativen Rechtszug.

(5) Auf das Verfahren der Schiedskommission finden die Bestimmungen des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes 1991 - AVG Anwendung."

2. Die Beschwerde rügt, dass das vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger gemäß §81 Abs2 litb K-KAO nominierte Mitglied der belangten Behörde, Mag. L, im Zeitpunkt der Beschlussfassung über den angefochtenen Bescheid die Landesstelle Kärnten der im Verfahren vor der belangten Behörde antragstellenden Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft geleitet habe.

Für den Beschwerdeführer ist daraus nichts zu gewinnen:

2.1. Vorausgeschickt sei, dass dem Behördenmitglied Mag. L - als Leiter der Landesstelle Kärnten der beteiligten Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft - im vorliegenden Zusammenhang nicht die Stellung eines Organs dieser Sozialversicherungsanstalt zugekommen ist (zum Wirkungskreis der Landesstellen der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft vgl. §195 Abs5 GSVG).

2.2. Die Beschwerde verkennt zunächst, dass allein durch den Umstand, dass ein gemäß §7 AVG befangenes Mitglied einer Kollegialbehörde an einer Entscheidung mitwirkt, das durch Art83 Abs2 B-VG verfassungsgesetzlich gewährleistete Recht auf ein Verfahren vor dem gesetzlichen Richter nicht verletzt werden könnte (VfSlg. 3408/1958, 3588/1959, 3829/1960, 4567/1963, 5054/1965, 5455/1967, 5592/1967, 6454/1971, 7082/1973, 7449/1974, 7738/1976, 8309/1978, 8544/1979, 9639/1983 uva., zuletzt etwa VfSlg. 15.473/1999).

2.3. Gemäß Art6 Abs1 EMRK hat jedermann Anspruch darauf, dass seine Sache in billiger Weise öffentlich und innerhalb einer angemessenen Frist gehört wird, und zwar von einem unabhängigen und unparteiischen, auf Gesetz beruhenden Gericht, das ua. über seine zivilrechtlichen Ansprüche und Verpflichtungen zu entscheiden hat.

2.3.1. Der vorliegende Fall betrifft der Sache nach einen Aufwands- bzw. Schadenersatzanspruch. Die zur Entscheidung über einen solchen Anspruch zuständige Behörde hat daher den Anforderungen an ein "unabhängiges und unparteiisches Tribunal" iS des Art6 Abs1 EMRK zu entsprechen (vgl. VfSlg. 11.591/1987, 11.760/1988, 14.207/1995, 15.917/2000).

2.3.2. Die Schiedskommission gemäß §81 K-KAO ist eine nach der Bestimmung des Art20 Abs2 B-VG eingerichtete sogenannte Kollegialbehörde mit richterlichem Einschlag. Die Anrufung des Verwaltungsgerichtshofes gegen Bescheide dieser Behörde ist nicht zulässig (Art133 Z4 B-VG). Der Verfassungsgerichtshof hat bereits wiederholt ausgesprochen, dass die im Krankenanstaltenrecht vorgesehenen Schiedskommissionen den Anforderungen des Art6 Abs1 EMRK im Prinzip genügen (vgl. VfSlg. 12.470/1990, 13.001/1992, 14.145/1995, 14.146/1995).

2.3.3. Ein Tribunal muss so zusammengesetzt sein, dass - auch dem äußeren Anschein nach - berechtigte Zweifel an der Unabhängigkeit und Unparteilichkeit seiner Mitglieder nicht entstehen (zB VfSlg. 10.701/1985, 11.131/1986, 11.211/1987, 14.564/1996, 15.724/2000, 15.981/2000; VfGH 12. März 2003, B482/01), ganz gleich, ob diese bei ihrer Tätigkeit ohnehin um Objektivität bemüht und nicht (im Sinne der Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes zu §7 AVG - zB VwSlg. 6772 A/1965, 13.343 A/1990) durch ein unsachliches psychologisches Motiv in einer unparteiischen Entschließung gehemmt sind (VfSlg. 15.724/2000, 15.981/2000).

Die gesetzlich vorgeschriebene Mitwirkung sogenannter Interessenvertreter an der Entscheidung eines Tribunals ist an sich nicht geeignet, eine - auch nur scheinbare - Abhängigkeit von den Streitparteien annehmen zu lassen (zB VfSlg. 9887/1983, 11.912/1988, 15.698/1999). Auch stellt der Umstand allein, dass Mitglieder einer Kollegialbehörde iS des Art20 Abs2 B-VG Verwaltungsbeamte und insoweit weisungsgebunden sind, noch keinen Grund dar, an der Unabhängigkeit der Behörde zu zweifeln (VfSlg. 10.639/1985, 12.074/1989, 12.470/1990). Die Mitgliedschaft von Verwaltungsbeamten in einem Tribunal ist also nicht schon aus dem Grund der hypothetischen Möglichkeit eines Interessenskonfliktes im Einzelfall unvereinbar (VfSlg. 15.810/2000). Ein Verstoß gegen die - auch dem Anschein nach - gebotene Unabhängigkeit könnte jeweils nur unter besonderen Umständen vorliegen, die sich etwa aus einer entscheidungsrelevanten dienstlichen oder organisatorischen Abhängigkeit des einzelnen Behördenmitgliedes

ergeben (zB VfSlg. 12.470/1990, 14.909/1997, 15.507/1999, 15.668/1999, 15.698/1999).

Solche konkreten Umstände sind aber weder vom Beschwerdeführer geltend gemacht worden noch im vorliegenden Verfahren hervorgekommen.

3. Der angefochtene Bescheid greift in das Eigentumsrecht ein. Dieser Eingriff wäre nach der ständigen Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes (zB VfSlg. 10.356/1985, 10.482/1985, 11.650/1988) dann verfassungswidrig, wenn der ihn verfügende Bescheid ohne jede Rechtsgrundlage ergangen wäre oder auf einer verfassungswidrigen Rechtsgrundlage beruhte oder wenn die Behörde bei Erlassung des Bescheides eine verfassungsrechtlich unbedenkliche Rechtsgrundlage in denkunmöglicher Weise angewendet hätte, ein Fall, der nur dann vorläge, wenn die Behörde einen so schweren Fehler begangen hätte, dass dieser mit Gesetzlosigkeit auf eine Stufe zu stellen wäre.

Eine Verletzung des verfassungsgesetzlich gewährleisteten Rechtes auf Gleichheit aller Staatsbürger vor dem Gesetz (Art2 StGG, Art7 Abs1 B-VG) kann nach der ständigen Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes (zB VfSlg. 10.413/1985, 11.682/1988) nur vorliegen, wenn der angefochtene Bescheid auf einer dem Gleichheitsgebot widersprechenden Rechtsgrundlage beruht, wenn die Behörde der angewandten Rechtsgrundlage irrig einen gleichheitswidrigen Inhalt unterstellt hat oder wenn sie bei Erlassung des Bescheides Willkür geübt hat.

Ein willkürliches Verhalten der Behörde, das in die Verfassungssphäre eingreift, liegt ua. in einer gehäuften Verkennung der Rechtslage, aber auch im Unterlassen jeglicher Ermittlungstätigkeit in einem entscheidenden Punkt oder dem Unterlassen eines ordnungsgemäßen Ermittlungsverfahrens überhaupt, insbesondere in Verbindung mit einem Ignorieren des Parteivorbringens und einem leichtfertigen Abgehen vom Inhalt der Akten oder dem Außerachtlassen des konkreten Sachverhaltes (zB VfSlg. 8808/1980 mwN; VfSlg. 10.338/1985, 11.213/1987). Diesen Mängeln steht es in seiner Schwere gleich, wenn der angefochtene Bescheid ohne jede rechtliche Begründung erlassen worden ist (zB VfSlg. 10.997/1986 mwN).

3.1. §77 K-KAO lautet samt Überschrift:

"§77

Leistungen, die durch LKF-Gebührenersätze abgegolten werden

(1) Alle Leistungen der Krankenanstalt in der allgemeinen Gebührenklasse (insbesondere im stationären, halbstationären und tagesklinischen Bereich einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen) sind, unbeschadet der Bestimmungen des §57, zur Gänze mit den vom Kärntner Krankenanstaltenfonds gezahlten LKF-Gebührenersätzen (§8 des Krankenanstaltenfondsgesetzes, LGBl Nr 18/1997) abgegolten. Die vom Versicherten für sich oder für Angehörige nach §447f ASVG zu leistenden Kostenbeiträge sind von der Krankenanstalt für Rechnung des Kärntner Krankenanstaltenfonds einzuheben.

(2) Eine aus organisatorischen Gründen notwendige Überstellung eines Patienten in eine andere Krankenanstalt ist durch die LKF-Gebührenersätze abgegolten.

(3) Abs1 gilt nicht für Leistungen im Rahmen der Mutter-Kind-Paß-Untersuchungen, für die in §58 Abs1 angeführten Leistungen und die im Einvernehmen zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Landesregierung ausgenommenen Leistungen (Art11 der Vereinbarung gemäß Art15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000)."

§8 Abs1 des Kärntner Krankenanstaltenfondsgesetzes (K-KAFG), LGBl. Nr. 18/1997, bestimmt über die Höhe der LKF-Gebührenersätze Folgendes:

"Die Abgeltung von Leistungen der Krankenanstalten an sozialversicherten Pfleglingen durch den Fonds nach §2 Abs1 lita im stationären Bereich hat leistungsorientiert auf Grund von nach folgenden Grundsätzen zu ermittelnden LKF-Gebührenersätzen zu erfolgen:

a) auf der Grundlage eines österreichweit einheitlichen Systems der leistungsorientierten Diagnosefallgruppen einschließlich des Bepunktungsprogramms in der jeweils aktuellen Fassung werden im LKF-Kernbereich die LKF-Punkte für den einzelnen Pflegling ermittelt;

b) auf die landesspezifischen Erfordernisse darf insoferne Bedacht genommen werden, als die Bepunktung je leistungsorientierter Diagnosefallgruppe im LKF-Steuerungsbereich nach Maßgabe folgender Qualitätskriterien vorgenommen werden kann:

1.

Krankenanstalten-Typ

2.

Personalfaktor

3.

apparative Ausstattung

4.

Bausubstanz

5.

Auslastung

6.

Hotelkomponente[.]"

3.2. Die Beschwerde kritisiert, dass die medizinischen Leistungen von Fondskrankenanstalten pauschal, vergleichbare Leistungen eines niedergelassenen Vertragsarztes aber nach Einzelleistungen (vgl. §342 Abs2 ASVG) honoriert würden. Dadurch, dass Fondskrankenanstalten verpflichtet seien, "massenhaft" Befundungen vorzunehmen, würden ihre Kapazitäten zur Gänze in Anspruch genommen, sodass es ihnen nicht möglich sei, überdies "bezahlte Aufträge" anzunehmen. Fondskrankenanstalten hätten keine Möglichkeit, den "Arbeitsanfall" sowie die Preise selbst zu bestimmen und so "wirtschaftlich" zu arbeiten.

3.2.1. Dieses Vorbringen ist nicht geeignet, Bedenken ob der Sachlichkeit der oben wiedergegebenen landesgesetzlichen Normen bzw. der ihnen zugrunde liegenden Grundsatzgesetze (§148 Z3 ASVG, §27b Abs2 KAKuG) zu erwecken. Die Tätigkeit einer Krankenanstalt unterscheidet sich nämlich tiefgreifend von jener eines niedergelassenen Arztes; einem unmittelbaren Vergleich beider Vergütungsregelungen ist damit von vornherein die Grundlage entzogen.

3.2.2. Die beschwerdeführende Partei übersieht aber auch, dass die Kostendeckung in Bezug auf eine Fondskrankenanstalt durch eine entsprechende Verteilung der der beschwerdeführenden Partei zur Verfügung stehenden Mittel auf die Fondskrankenanstalten herzustellen ist.

Wie sich aus Art11 Abs1 LKF-Vereinbarung ergibt, sind mit den - in Art9 vorgesehenen - Zahlungen der Träger der Sozialversicherung an die Länder (Landesfonds) jedenfalls alle Leistungen der Krankenanstalten einschließlich der durch den medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen für Versicherte und anspruchsberechtigte Angehörige der Träger der Sozialversicherung - von hier nicht in Betracht kommenden Ausnahmen (Art11 Abs2 und 3 LKF-Vereinbarung) abgesehen - zur Gänze abgegolten.

Es ist daher als rechtswidrig zu beurteilen, wenn eine Fondskrankenanstalt sich weigert, von einem bestimmten niedergelassenen Arzt Aufträge zur Erbringung von Laborleistungen auf Rechnung der Sozialversicherung entgegenzunehmen, die von der LKF-Vereinbarung umfasst sind. Eine solche Vorgehensweise hat nämlich zur Folge, dass die notwendige medizinische Versorgung anderweitig sichergestellt werden muss, sodass dem jeweiligen Träger der sozialen Krankenversicherung - über seinen im Rahmen des Pauschalbeitrags zur Krankenanstaltenfinanzierung (§447f, insbesondere Abs9, ASVG idF des ArtI des 2. Sozialrechts-Änderungsgesetzes 1996, BGBl. Nr. 764/1996, sowie der 55. Novelle zum ASVG, BGBl. I Nr. 138/1998) geleisteten Beitrag hinaus - zusätzliche Kosten entstehen können. Auch ist es dem beschwerdeführenden Fonds, dem es obliegt, die Kärntner Fondskrankenanstalten entsprechend zu dotieren, verwehrt, sich gegenüber den Trägern der sozialen Krankenversicherung darauf zu berufen, eine Fondskrankenanstalt in einem bestimmten Bereich der Leistungserbringung nicht ausreichend dotiert zu haben.

Das Vorbringen, das LKH Klagenfurt sei durch eine - in der Beschwerde gleichwohl nicht näher bezeichnete - gesetzliche Bestimmung in verfassungswidriger Weise verpflichtet, auch bei mangelnder Kostendeckung "unbegrenzt Laboruntersuchungen durchzuführen", geht daher im hier maßgebenden Zusammenhang schon im Ansatz fehl.

3.3. Es ist aber auch nicht erkennbar, dass der angefochtene Bescheid mit einem in die Verfassungssphäre reichenden Vollzugsmangel behaftet wäre:

3.3.1. Dem Vorbringen, dem Bescheid könne in der Sache keine ausreichende Begründung entnommen werden, ist nicht beizutreten. Die belangte Behörde hat vielmehr schlüssig dargetan, aus welchen Gründen sie sich veranlasst gesehen hat, dem Leistungsbegehren der beteiligten Sozialversicherungsträger stattzugeben.

3.3.2. Die Beschwerde erblickt weiters eine "Verletzung des Art18 B-VG" darin, dass der angefochtene Bescheid als Rechtsgrundlage ausschließlich Bestimmungen der LKF-Vereinbarung anführt.

a) Diesem Vorbringen ist zunächst entgegenzuhalten, dass Art18 Abs1 B-VG kein subjektives öffentliches Recht vermittelt (zB VfSlg. 1319/1930, 1430/1932, 2976/1956, 3769/1960, 4074/1961, 4131/1962, 4363/1963, 4395/1963, 5160/1965, 7251/1974, 9169/1981 ua.).

b) Eine Vereinbarung gemäß Art15a Abs1 B-VG berechtigt und verpflichtet allein die vertragschließenden Teile (VfSlg. 9581/1982, 9886/1983). Ohne entsprechenden Transformationsakt, der das ausschließlich zwischen den beteiligten Gebietskörperschaften geltende Vertragsrecht in Recht umwandelt, das auch den einzelnen (im vorliegenden Fall: die Landesfonds sowie die Träger der sozialen Krankenversicherung) berechtigt und verpflichtet, ist eine solche Vereinbarung vom Standpunkt des einzelnen ohne rechtliche Bedeutung (VfSlg. 9581/1982; vgl. auch VfSlg. 14.146/1995).

Gemäß §59 Abs1 AVG hat der Spruch des Bescheides ua. die ihm zugrunde liegenden Gesetzesbestimmungen anzuführen. Wird diesem Gebot nicht entsprochen, so begründet diese Rechtswidrigkeit allein noch keine Verletzung eines verfassungsgesetzlich gewährleisteten Rechtes, sofern nur eine gesetzliche Deckung des Bescheides überhaupt vorhanden ist (VfSlg. 3209/1957, 5569/1967). Das gilt auch, wenn im Bescheid eine nicht tragfähige Rechtsgrundlage zitiert ist (VfSlg. 9430/1982; vgl. auch VfSlg. 295/1924, 6136/1970).

Die Beschwerdebehauptung, der angefochtene Bescheid sei "ohne jegliche Rechtsgrundlage erlassen" worden, erweist sich als unbegründet:

Gemäß §77 Abs1 K-KAO sind mit den vom Kärntner Krankenanstaltenfonds geleisteten LKF-Gebührenersätzen alle Leistungen der Fondskrankenanstalten in der allgemeinen Gebührenklasse zur Gänze abgegolten. Diese LKF-Gebührenersätze speisen sich ua. aus einem Pauschalbeitrag der Träger der sozialen Krankenversicherung (§447f ASVG; dazu schon oben Pkt. II.3.2.2.), sodass den Krankenversicherungsträgern insoweit keine weiteren Zahlungsverpflichtungen entstehen.

Die Auffassung der belangten Behörde, den beteiligten Krankenversicherungsträgern sei dadurch, dass sie die Kosten der Befundung jener vom Vertragsarzt Dr. C vorgenommenen gynäkologisch-zytologischen Abstriche, die das LKH Klagenfurt im Zeitraum 1. März 1999 bis 31. Dezember 2000 nicht angenommen hat, (vorläufig) selbst bestritten haben, gegenüber dem Beschwerdeführer ein Aufwandsersatzanspruch gemäß §1042 ABGB erwachsen, ist zumindest nicht als denkunmöglich anzusehen (vgl. VfSlg. 10.933/1986, 15.972/2000).

Nach dem soeben Gesagten ist die materiell-rechtliche Grundlage des angefochtenen Bescheides daher - insbesondere - in §77 Abs1 K-KAO sowie in §1042 ABGB zu erblicken.

4. Die behaupteten Rechtsverletzungen liegen somit nicht vor. Es ist auch nicht hervorgekommen, dass der angefochtene Bescheid den Beschwerdeführer in einem anderen, von ihm nicht geltend gemachten, verfassungsgesetzlich gewährleisteten Recht verletzt hätte.

Der Beschwerdeführer ist somit durch den angefochtenen Bescheid weder in einem verfassungsgesetzlich gewährleisteten Recht noch wegen Anwendung einer rechtswidrigen generellen Norm in seinen Rechten verletzt worden.

Ob die Behörde das Gesetz unter jedem Gesichtspunkt richtig angewendet hat, ist vom Verfassungsgerichtshof nicht zu beurteilen, und zwar auch dann nicht, wenn sich die Beschwerde - wie vorliegend - gegen den Bescheid einer Kollegialbehörde mit richterlichem Einschlag richtet, der gemäß Art133 Z4 B-VG nicht mit Beschwerde an den

Verwaltungsgerichtshof bekämpft werden kann (zB VfSlg. 3975/1961, 7654/1975, 9541/1982 mwN).

Die Beschwerde war daher abzuweisen.

5. Dies konnte ohne mündliche Verhandlung in nichtöffentlicher Sitzung beschlossen werden (§19 Abs4 erster Satz B-VG).

Schlagworte

Bescheid Spruch, Kollegialbehörde, Krankenanstalten, Kostenersatz, Sozialversicherung, Ärzte, Vereinbarungen nach Art15a B-VG, Anwendbarkeit, Transformation, Befangenheit, Aufwandersatz, Legalitätsprinzip

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:VFGH:2003:B667.2003

Dokumentnummer

JFT_09969077_03B00667_2_00

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

© 2026 JUSLINE

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

www.jusline.at