jusline®
»» Recht. Schnell

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

TE OGH 2006/11/21 4Ob196/06m

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 21.11.2006

Kopf

Der Oberste Gerichtshof hat durch die Vizepräsidentin des Obersten Gerichtshofs Hon. Prof. Dr. Griß als Vorsitzende und die Hofrätin des Obersten Gerichtshofs Dr. Schenk sowie die Hofräte des Obersten Gerichtshofs Dr. Vogel, Dr. Jensik und Dr. Musger als weitere Richter in der Rechtssache der klagenden Partei Dr. Thomas K*****, vertreten durch Spitzauer & Backhausen, Rechtsanwälte GmbH in Wien, gegen die beklagten Parteien 1) I***** GmbH & Co KG, 2. I*****, beide vertreten durch Schuppich Sporn & Winischhofer, Rechtsanwälte in Wien, wegen Unterlassung (Streitwert im Provisorialverfahren 30.000 EUR), über den Revisionsrekurs der beklagten Parteien gegen den Beschluss des Oberlandesgerichts Wien als Rekursgericht vom 18. Juli 2006, GZ 5 R 61/06m-11, womit der Beschluss des Landesgerichts St. Pölten als Handelsgericht vom 3. Februar 2006, GZ 1 Cg 192/05x-7, bestätigt wurde, den Beschluss

gefasst:

Spruch

Dem Revisionsrekurs wird Folge gegeben.

Die Beschlüsse der Vorinstanzen werden dahin abgeändert, dass die Entscheidung zu lauten hat:

„Der Antrag der klagenden Partei, den beklagten Parteien zur Sicherung des Anspruchs der klagenden Partei auf Unterlassung wettbewerbswidriger Handlungen, worauf das Klagebegehren gerichtet ist, bis zur rechtskräftigen Beendigung dieses Rechtsstreits zu verbieten, soweit die erstbeklagte Partei vom Patienten nicht als Vertragseinrichtung eines Krankenversicherungsträgers in Anspruch genommen wird, bei dem diese Patienten krankenversichert sind, die Leistungen der erstbeklagten Partei zu einem herabgesetzten Entgelt zu erbringen, dessen Höhe nur dem Kostenerstattungsanspruch der behandelten Patienten für die von der erstbeklagten Partei erbrachten Leistungen gegen die jeweiligen Krankenversicherungsträger entspricht, und ihre Leistungen Personen, von denen sie nur als Wahleinrichtung in Anspruch genommen werden kann, zu einem solchen Honorar anzubieten, wird abgewiesen.

Die klagende Partei ist schuldig, den beklagten Parteien die mit 1.103,65 EUR bestimmten Äußerungskosten (darin 183,94 EUR USt) binnen 14 Tagen zu ersetzen."

Die klagende Partei ist weiters schuldig, den beklagten Parteien die mit 3.032,77 EUR bestimmten Kosten des Rechtsmittelverfahrens (darin 505,46 EUR USt) binnen 14 Tagen zu ersetzen.

Text

Begründung:

Der Kläger ist Facharzt für physikalische Medizin, die Erstbeklagte ist Rechtsträgerin eines selbstständigen Ambulatoriums für physikalische Medizin, die Zweitbeklagte ist die persönlich haftende Gesellschafterin der Erstbeklagten. Der Kläger betreibt seine Zweitordination in derselben niederösterreichischen Gemeinde wie die

Erstbeklagte ihr Ambulatorium. Beide Streitteile haben keinen Kassenvertrag mit den Gebietskrankenkassen, die Patienten werden auf „Wahlarztbasis" (§ 131 Abs 1 ASVG) behandelt.Der Kläger ist Facharzt für physikalische Medizin, die Erstbeklagte ist Rechtsträgerin eines selbstständigen Ambulatoriums für physikalische Medizin, die Zweitbeklagte ist die persönlich haftende Gesellschafterin der Erstbeklagten. Der Kläger betreibt seine Zweitordination in derselben niederösterreichischen Gemeinde wie die Erstbeklagte ihr Ambulatorium. Beide Streitteile haben keinen Kassenvertrag mit den Gebietskrankenkassen, die Patienten werden auf „Wahlarztbasis" (Paragraph 131, Absatz eins, ASVG) behandelt.

Da die Erstbeklagte zur NÖ Gebietskrankenkasse und der Sozialversicherungsanstalt der Bauern in keinem Vertragsverhältnis steht, kann sie etwa 80 % der in Niederösterreich sozialversicherten Personen nicht als Kasseneinrichtung mit medizinischen Leistungen versorgen.

Vertragsärzte als selbstständige, freiberuflich tätige Ärzte stehen mit Sozialversicherungsträgern in einem Vertragsverhältnis, aufgrund dessen sie verpflichtet sind, die Krankenbehandlung der Versicherten gegen Entgelt zu übernehmen, das der zuständige Sozialversicherungsträger leistet. Wahlärzte stehen in keiner Vertragsbeziehung zu einem Versicherungsträger. Der wesentliche Unterschied zwischen Vertragsarzt und Wahlarzt besteht aus der Sicht des Patienten darin, dass der Patient bei Inanspruchnahme der Leistungen eines Vertragsarztes keine Kosten zu tragen hat (abgesehen von bei bestimmten Versicherungsträgern vorgesehenen Selbstbehalten oder der Rezeptgebühr). Bei Inanspruchnahme der Leistungen eines Wahlarztes hat der Patient dessen Honorar zu zahlen, danach kann er bei seinem Sozialversicherungsträger Kostenerstattung beanspruchen, wobei der Kostenerstattungsanspruch mit 80 % des Vertragstarifs der Höhe nach beschränkt ist. Das bedeutet, dass den Patienten bei Inanspruchnahme eines Wahlarztes nur 80 % jenes Betrags vom Sozialversicherungsträger ersetzt werden, den der Sozialversicherungsträger bei Inanspruchnahme einer Kasseneinrichtung aufgewendet hätte.

Die Erstbeklagte verteilt an bei einer Gebietskrankenkasse versicherte Patienten Informationsblätter, in denen sie ankündigt, ab sofort „den Selbstbehalt zu übernehmen", sodass die Patienten „keinen Selbstbehalt mehr zu tragen haben". Bei Anfrage teilt die Erstbeklagte mit, zwar keinen Vertrag mit der NÖ Gebietskrankenkasse zu haben, die ärztlichen Leistungen könnten aber trotzdem in Anspruch genommen werden, wobei 80 % der Kosten für diese ärztlichen Leistungen vom Bankkonto des Patienten abgebucht und etwa 3 bis 4 Wochen danach von der Krankenkasse an den Patienten zurückgezahlt werden, die restlichen 20 % trage die Erstbeklagte. Der Kläger beantragt zur Sicherung seines inhaltsgleichen Unterlassungsbegehrens, den Beklagten mit einstweiliger Verfügung zu verbieten, soweit die Erstbeklagte vom Patienten nicht als Vertragseinrichtung eines Krankenversicherungsträgers in Anspruch genommen wird, bei dem diese Patienten krankenversichert sind, die Leistungen der Erstbeklagten zu einem herabgesetzten Entgelt zu erbringen, dessen Höhe nur dem Kostenerstattungsanspruch der behandelten Patienten für die von der Erstbeklagten erbrachten Leistungen gegen den jeweiligen Krankenversicherungsträger entspricht, und ihre Leistungen Personen, von denen sie nur als Wahleinrichtung in Anspruch genommen werden kann, zu einem solchen Honorar anzubieten. Die Erstbeklagte verstoße laufend gegen die sie als Wahlarzteinrichtung durch Preisregelung treffenden Wettbewerbsbeschränkungen, indem sie Patienten nur ein Honorar in Höhe des Kostenersatzanspruchs gegen den Sozialversicherungsträger abverlange.

Die Beklagten wendeten ein, sie seien mangels gesetzlicher Grundlage nicht verpflichtet, von ihren Patienten ein Honorar in bestimmter Höhe zu verlangen. Das Unterbieten der Preise der Mitbewerber sei ein erlaubtes Kampfmittel im wirtschaftlichen Verkehr. Der Wahlarzt dürfe zwar ein höheres Honorar als der Vertragsarzt verlangen, müsse dies aber nicht. Der vom Kläger behauptete Vorrang des Sachleistungsprinzips werde durch die Honorargestaltung der Erstbeklagten nicht beeinträchtigt. Zumindest lasse sich die Auffassung der Erstbeklagten mit gutem Grund vertreten, weshalb keine unlautere Wettbewerbshandlung vorliege.

Das Erstgericht erließ die beantragte einstweilige Verfügung. Die soziale Kranken- und Unfallversicherung sei vom Sachleistungsprinzip geprägt. Dies erfordere den Aufbau einer Leistungsorganisation, die eine unmittelbare Abrechnung zwischen den Erbringern der Krankenbehandlung und den Sozialversicherungsträgern ermögliche. Neben der Schaffung eigener Einrichtungen sei zu diesem Zweck das Vertragsarztsystem entwickelt worden. Dem Versicherten werde dadurch der Weg zum Arzt erheblich erleichtert, weil er keine Honorarzahlung vorstrecken müsse. Soweit der Aufbau eines solchen Sachleistungssystems nicht möglich sei, ermögliche das Kostenerstattungssystem die Versicherungsleistung. Auch wenn das Kostenerstattungssystem nach § 131 Abs 1 ASVG dem Versicherten ebenso offenstehe wie das Vertragsarztsystem, widerspreche es dem Gesetzeszweck, wenn das Kostenerstattungssystem

durch ergänzende Rechtsgeschäfte zwischen Wahlärzten, Versicherten und allenfalls Dritten so umgestaltet werden könne, dass es das Vertragsarztsystem auf zerstörerische Weise unterliefe. Verlange der Wahlarzt nicht mehr als die Sozialversicherung im Wege der Kostenerstattung zu leisten bereit sei, verzichte er auf die Vorauszahlung oder stunde er die Schuld bis zur Kostenerstattung, so ermögliche er dem Versicherten eine dem Vertragsarztsystem weitgehend entsprechende Abrechnung. Zusätzlich wirke auf den Versicherten, dass er dennoch Privatpatient sei. Gleichzeitig sei der Wahlarzt im Vergleich zum Vertragsarzt besser gestellt, weil er dem Sozialversicherungsträger gegenüber in keiner Weise verpflichtet sei. Um ein Unterlaufen des Vertragsarztsystems durch das Kostenersatzsystem zu unterbinden, müsse dafür gesorgt werden, dass den Wahlärzten die Möglichkeit versperrt werde, durch nachahmende Anpassung die Vorteile von Vertragsärzten zu erlangen. Der Gesetzeszweck verbiete es daher, durch privatautonome Rechtsgestaltung im Kostenerstattungssystem den Effekt des Sachleistungsprinzips zu erzielen. Die Beklagten versuchten ihr System der Honorarabrechnung dem Vertragsarztsystem anzugleichen und ihren Patienten weitgehend die Vergünstigungen des Sachleistungsprinzips zu verschaffen. Den Patienten belaste infolge seiner Vorauszahlungspflicht lediglich ein nicht ins Gewicht fallender Zinsenverlust für einen minimalen Zeitraum. Die Beklagten verschafften sich gegenüber rechtmäßig handelnden Mitbewerbern einen ungerechtfertigten Wettbewerbsvorteil und handelten daher wettbewerbswidrig.Das Erstgericht erließ die beantragte einstweilige Verfügung. Die soziale Kranken- und Unfallversicherung sei vom Sachleistungsprinzip geprägt. Dies erfordere den Aufbau einer Leistungsorganisation, die eine unmittelbare Abrechnung zwischen den Erbringern der Krankenbehandlung und den Sozialversicherungsträgern ermögliche. Neben der Schaffung eigener Einrichtungen sei zu diesem Zweck das Vertragsarztsystem entwickelt worden. Dem Versicherten werde dadurch der Weg zum Arzt erheblich erleichtert, weil er keine Honorarzahlung vorstrecken müsse. Soweit der Aufbau eines solchen Sachleistungssystems nicht möglich sei, ermögliche das Kostenerstattungssystem die Versicherungsleistung. Auch wenn das Kostenerstattungssystem nach Paragraph 131, Absatz eins, ASVG dem Versicherten ebenso offenstehe wie das Vertragsarztsystem, widerspreche es dem Gesetzeszweck, wenn das Kostenerstattungssystem durch ergänzende Rechtsgeschäfte zwischen Wahlärzten, Versicherten und allenfalls Dritten so umgestaltet werden könne, dass es das Vertragsarztsystem auf zerstörerische Weise unterliefe. Verlange der Wahlarzt nicht mehr als die Sozialversicherung im Wege der Kostenerstattung zu leisten bereit sei, verzichte er auf die Vorauszahlung oder stunde er die Schuld bis zur Kostenerstattung, so ermögliche er dem Versicherten eine dem Vertragsarztsystem weitgehend entsprechende Abrechnung. Zusätzlich wirke auf den Versicherten, dass er dennoch Privatpatient sei. Gleichzeitig sei der Wahlarzt im Vergleich zum Vertragsarzt besser gestellt, weil er dem Sozialversicherungsträger gegenüber in keiner Weise verpflichtet sei. Um ein Unterlaufen des Vertragsarztsystems durch das Kostenersatzsystem zu unterbinden, müsse dafür gesorgt werden, dass den Wahlärzten die Möglichkeit versperrt werde, durch nachahmende Anpassung die Vorteile von Vertragsärzten zu erlangen. Der Gesetzeszweck verbiete es daher, durch privatautonome Rechtsgestaltung im Kostenerstattungssystem den Effekt des Sachleistungsprinzips zu erzielen. Die Beklagten versuchten ihr System der Honorarabrechnung dem Vertragsarztsystem anzugleichen und ihren Patienten weitgehend die Vergünstigungen des Sachleistungsprinzips zu verschaffen. Den Patienten belaste infolge seiner Vorauszahlungspflicht lediglich ein nicht ins Gewicht fallender Zinsenverlust für einen minimalen Zeitraum. Die Beklagten verschafften sich gegenüber rechtmäßig handelnden Mitbewerbern einen ungerechtfertigten Wettbewerbsvorteil und handelten daher wettbewerbswidrig.

Das Rekursgericht bestätigte die einstweilige Verfügung und sprach aus, dass der Wert des Entscheidungsgegenstands 20.000 EUR übersteige und der ordentliche Revisionsrekurs nicht zulässig sei. Privatautonome Gestaltung der Wahlärzte laufe dem Ziel zuwider, einem effektiven Vertragsarztsystem oder dem Sachleistungsprinzip zum Durchbruch zu verhelfen, wenn sie geeignet sei, das Vertragsarztsystem grundsätzlich zu gefährden. Dies sei der Fall, wenn die Finanzierungs- und Abrechnungssysteme dem Versicherten nicht nur weitgehend die Vergünstigungen des Sachleistungsprinzips verschafften, sondern den Wahlarzt darüber hinaus besser stellten. Ihn träfen die Pflichten eines Vertragsarztes nicht, wodurch der Sozialversicherungsträger eine wichtige Steuerungsmöglichkeit verliere. Der Sozialversicherungsträger könne den Wahlarzt nicht wegen unökonomischer Verschreibweise in die Pflicht nehmen; der Wahlarzt sei nicht zur administrativen Zusammenarbeit verpflichtet und der Versicherte sei Privatpatient. Der Wahlarzt dürfe weder auf die Vorauszahlung verzichten, noch seine Honorarforderung bis zur Zahlung des Kostenerstattungsbetrags stunden, er dürfe nicht statt der Honorarzahlung den sozialversicherungsrechtlichen Kostenerstattungsanspruch geltend machen, die Kostenerstattung dürfe nicht unmittelbar dem Wahlarzt zukommen und der Wahlarzt dürfe nicht nur das verlangen, was die Sozialversicherung im Wege der Kostenerstattung leiste. Alle

auf die Aushebelung des Vorleistungsprinzips abzielenden Schein- und Umgehungskonstruktionen seien rechtswidrig und unzulässig. Die sozialversicherungsrechtlichen Schutzbestimmungen seien sachlich gerechtfertigt, dagegen bestünden auch keine verfassungsrechtlichen Bedenken. Es finde sich kein sachlicher Grund, das Thema Selbstbehalt anders zu behandeln als jenes der Vorleistungspflicht. Die von den Beklagten vertretene Rechtsansicht könne auch nicht mit guten Gründen vertreten werden, selbst wenn keine Rechtsprechung zur Frage des Selbstbehalts vorhanden sei. Es wäre nicht zulässig, einen weiteren essentiellen Bestandteil des Kostenerstattungssystems, nämlich den Selbstbehalt, außer Acht zu lassen.

Rechtliche Beurteilung

Der Revisionsrekurs der Beklagten ist zulässig und berechtigt.

1. § 131 Abs 1 ASVG lautet:1. Paragraph 131, Absatz eins, ASVG lautet:

Nimmt der Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner (§ 338) oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) des Versicherungsträgers zur Erbringung der Sachleistungen der Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe) in Anspruch, so gebührt ihm der Ersatz der Kosten dieser Krankenbehandlung im Ausmaß von 80 vH des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre. Wird die Vergütung für die Tätigkeit des entsprechenden Vertragspartners nicht nach den erbrachten Einzelleistungen bestimmt, hat die Satzung des Versicherungsträgers Pauschalbeträge für die Kostenerstattung festzusetzen.Nimmt der Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner (Paragraph 338,) oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) des Versicherungsträgers zur Erbringung der Sachleistungen der Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe) in Anspruch, so gebührt ihm der Ersatz der Kosten dieser Krankenbehandlung im Ausmaß von 80 vH des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre. Wird die Vergütung für die Tätigkeit des entsprechenden Vertragspartners nicht nach den erbrachten Einzelleistungen bestimmt, hat die Satzung des Versicherungsträgers Pauschalbeträge für die Kostenerstattung festzusetzen.

Auf Grundlage dieser Bestimmung enthalten die Krankenordnungen der Wiener Gebietskrankenkasse und der NÖ Gebietskrankenkasse folgende Bestimmung:

§ 28. Der Anspruchsberechtigte hat dem Wahlarzt oder der Wahl-Gruppenpraxis das vollständige Honorar vor Einreichung der Honorarnote bei der Kasse zu zahlen. Für die Kostenerstattung muss der Anspruchsberechtigte der Kasse die Originalhonorarnote übergeben.Paragraph 28, Der Anspruchsberechtigte hat dem Wahlarzt oder der Wahl-Gruppenpraxis das vollständige Honorar vor Einreichung der Honorarnote bei der Kasse zu zahlen. Für die Kostenerstattung muss der Anspruchsberechtigte der Kasse die Originalhonorarnote übergeben.

2. Der Oberste Gerichtshof hat wiederholt ausgesprochen, dass die Krankenversicherung vom Sachleistungsprinzip geprägt ist, eine Kostenerstattung der Krankenversicherungsleistung grundsätzlich nicht den Sachleistungscharakter nimmt und eine Leistungsklage auf Kostenersatz aus der Krankenversicherung voraussetzt, dass die Kosten vorher vom Versicherten oder Anspruchsberechtigten getragen wurden. Aus Gründen des gesetzlichen Auftrags, das Sachleistungsprinzip möglichst zu verwirklichen, ist es erforderlich, den sozialversicherungsrechtlichen Kostenerstattungsanspruch nicht nur vom Entstehen eines wahlärztlichen Honoraranspruchs abhängig zu machen, sondern auch von der endgültigen schuldbefreienden Bezahlung (10 ObS 361/99g = SZ 73/111 mwN; RIS-Justiz RS0113911).

3. Die vom Sachleistungsprinzip geprägte Sozialversicherung erfordert den Aufbau einer Leistungsorganisation, die eine unmittelbare Abrechnung zwischen den Erbringern der Krankenbehandlung und den Sozialversicherungsträgern ermöglicht. Besondere Regeln über die Kostenerstattung sind nur dann vorgesehen, wenn das am Sachleistungsprinzip orientierte Vertragsarztsystem oder jenes der eigenen Einrichtungen gestört ist oder nicht ausreicht. Die Gefährdung des effizienten Vertragsarztsystems nach dem Sachleistungsprinzip rechtfertigt dessen Vorrang vor dem Kostenerstattungsprinzip. Zudem würde eine Angleichung zwischen Vertrags- und Wahlärzten letztere sogar besser stellen, weil diese viele Vorteile der Vertragsärzte hätten, ohne hiefür die entsprechenden Pflichten übernehmen zu müssen. So trifft Wahlärzte keine Öffnungs- und Behandlungspflicht und es treffen sie keine administrativen Mitwirkungspflichten wie Abrechnungs- und Berichtspflichten, sie unterliegen keinerlei Kontrolle durch den Sozialversicherungsträger, weshalb es den Krankenversicherungsträgern an Einwirkungsmöglichkeiten auf die Wahlärzte mangelt (Krejci, Zur Honorarverrechnung nach § 131 ASVG, SozSi 1988, 302). Der Schutz der von den

Sozialversicherungsträgern aufgebauten Leistungsorganisation durch Vorrang der Sachleistung rechtfertigt es daher, den Wahlärzten zu verbieten, ihre Honorarabrechnung dem Vertragsarztsystem anzugleichen und auf eine Zahlung des Honorars vor Kostenerstattung zu verzichten oder durch Einschaltung Dritter dem Patienten die wirtschaftliche Belastung mit dem Honorar abzunehmen, soweit der Versicherte dem Dritten nicht wenigstens im Innenverhältnis verpflichtet bleibt, oder überhaupt eine direkte Abrechnung gegenüber dem Krankenversicherungsträger vorzunehmen bzw die Kostenerstattung an sie selbst zu begehren (Krejci aaO).3. Die vom Sachleistungsprinzip geprägte Sozialversicherung erfordert den Aufbau einer Leistungsorganisation, die eine unmittelbare Abrechnung zwischen den Erbringern der Krankenbehandlung und den Sozialversicherungsträgern ermöglicht. Besondere Regeln über die Kostenerstattung sind nur dann vorgesehen, wenn das am Sachleistungsprinzip orientierte Vertragsarztsystem oder jenes der eigenen Einrichtungen gestört ist oder nicht ausreicht. Die Gefährdung des effizienten Vertragsarztsystems nach dem Sachleistungsprinzip rechtfertigt dessen Vorrang vor dem Kostenerstattungsprinzip. Zudem würde eine Angleichung zwischen Vertrags- und Wahlärzten letztere sogar besser stellen, weil diese viele Vorteile der Vertragsärzte hätten, ohne hiefür die entsprechenden Pflichten übernehmen zu müssen. So trifft Wahlärzte keine Öffnungs- und Behandlungspflicht und es treffen sie keine administrativen Mitwirkungspflichten wie Abrechnungs- und Berichtspflichten, sie unterliegen keinerlei Kontrolle durch den Sozialversicherungsträger, weshalb es den Krankenversicherungsträgern an Einwirkungsmöglichkeiten auf die Wahlärzte mangelt (Krejci, Zur Honorarverrechnung nach Paragraph 131, ASVG, SozSi 1988, 302). Der Schutz der von den Sozialversicherungsträgern aufgebauten Leistungsorganisation durch Vorrang der Sachleistung rechtfertigt es daher, den Wahlärzten zu verbieten, ihre Honorarabrechnung dem Vertragsarztsystem anzugleichen und auf eine Zahlung des Honorars vor Kostenerstattung zu verzichten oder durch Einschaltung Dritter dem Patienten die wirtschaftliche Belastung mit dem Honorar abzunehmen, soweit der Versicherte dem Dritten nicht wenigstens im Innenverhältnis verpflichtet bleibt, oder überhaupt eine direkte Abrechnung gegenüber dem Krankenversicherungsträger vorzunehmen bzw die Kostenerstattung an sie selbst zu begehren (Krejci aaO).

4. Das Sachleistungsprinzip rechtfertigt es aber nicht, eine Honoraruntergrenze, etwa in Höhe des Vertragsärztetarifs, anzunehmen. Entgegen der von Schimanko (Unlauterer Wettbewerb von Wahlärzten im Zusammenhang mit der sozialversicherungsrechtlichen Erstattung von Wahlarzthonorar, RdW 2006, 290) vertretenen Auffassung ist aus den gesetzlichen Bestimmungen über die Kostenerstattung und den sich daraus für Wahlärzte ergebenden Wettbewerbsbeschränkungen keine Preisregelung abzuleiten:

Zwar ist es Absicht des Gesetzgebers, dem Sachleistungsprinzip der sozialen Krankenversicherung Rechnung zu tragen und das Vertragsärztesystem durch wirtschaftliche Nachteile für die Patienten bei Inanspruchnahme eines Wahlarztes und Wettbewerbsnachteile für Wahlärzte abzusichern. Dazu bedarf es jedoch keiner Preisregelung, muss doch der Patient ohnehin bei Inanspruchnahme eines Wahlarztes das Honorar zumindest vorfinanzieren, weil der Vorteil der Direktverrechnung zwischen Vertragsarzt und Krankenversicherungsträger wegfällt. Der Wahlarzt, der - wie im vorliegenden Fall die Beklagten als Wahleinrichtung - auf einen Teil des Vertragsärzten zustehenden Honorars verzichtet, nimmt zwecks Vermeidung der Vertragsärzte treffenden Beschränkungen und Lasten (Behandlungspflicht, Einbindung in das Verrechnungssystem der Sozialversicherungsträger, Kontrolle) einen erheblichen wirtschaftlichen Nachteil (Honorarminderung) in Kauf. Das Argument des Klägers, dass die Krankenversicherungsträger durch eine vermehrte Inanspruchnahme von Wahlärzten belastet würden, wenn diese ihren Patienten bloß Honorare in Höhe des Kostenerstattungsbetrags verrechneten, ist nicht nachvollziehbar, beträgt der Kostenerstattungsbetrag doch bloß 80 % des den Vertragsärzten laut Tarif zu vergütenden Honorars. Der administrativen Mehrbelastung steht damit ein geringerer finanzieller Aufwand gegenüber; der Werbewirkung für die Wahlärzte die damit verbundene finanzielle Einbuße.

5. Besteht keine - gesetzliche oder vertragliche - Preisbindung, so kann jeder seine Ware oder Dienstleistung so billig abgeben, wie er will. Das Unterbieten der Preise der Mitbewerber ist grundsätzlich ein erlaubtes Kampfmittel im wirtschaftlichen Wettbewerb. Nur bei Vorliegen besonderer Umstände ist es als sittenwidrig im Sinn des § 1 UWG anzusehen (stRsp RIS-Justiz RS0078051). Gesetzwidrig und meist zugleich wettbewerbswidrig sind daher nur Preisunterbietungen, die gegen preisrechtliche Vorschriften verstoßen, weil sich der Unterbieter durch den Verstoß einen sachlich nicht gerechtfertigten Vorsprung vor den gesetzestreuen Mitbewerbern verschafft (4 Ob 71/93 = ÖBl 1993, 229 - Taxipunktekarten mwN).5. Besteht keine - gesetzliche oder vertragliche - Preisbindung, so kann jeder seine Ware oder Dienstleistung so billig abgeben, wie er will. Das Unterbieten der Preise der Mitbewerber ist grundsätzlich

ein erlaubtes Kampfmittel im wirtschaftlichen Wettbewerb. Nur bei Vorliegen besonderer Umstände ist es als sittenwidrig im Sinn des Paragraph eins, UWG anzusehen (stRsp RIS-Justiz RS0078051). Gesetzwidrig und meist zugleich wettbewerbswidrig sind daher nur Preisunterbietungen, die gegen preisrechtliche Vorschriften verstoßen, weil sich der Unterbieter durch den Verstoß einen sachlich nicht gerechtfertigten Vorsprung vor den gesetzestreuen Mitbewerbern verschafft (4 Ob 71/93 = ÖBl 1993, 229 - Taxipunktekarten mwN).

6. Die vom Kläger beanstandete Preisgestaltung verstößt - wie oben dargelegt - gegen kein gesetzliches Verbot. Sie ist daher auch nicht wettbewerbswidrig. Dem Sicherungsbegehren des Klägers muss daher ein Erfolg versagt bleiben.

Die Entscheidung über die Kosten des Verfahrens erster Instanz beruht auf§ 393 Abs 1 EO, jene über die Kosten des Rechtsmittelverfahrens iVm §§ 41, 50 ZPO.Die Entscheidung über die Kosten des Verfahrens erster Instanz beruht auf Paragraph 393, Absatz eins, EO, jene über die Kosten des Rechtsmittelverfahrens in Verbindung mit Paragraphen 41,, 50 ZPO.

Anmerkung

E825514Ob196.06m

Schlagworte

Kennung XPUBL - XBEITRDiese Entscheidung wurde veröffentlicht inSchimanko, RdW 2007/40 S 35 - Schimanko, RdW 2007,35 = RdW 2007/50 S46 (Schimanko) = RdW 2007,46 (Schimanko) = EvBl 2007/46 S 250 - EvBl2007,250 = ARD 5764/10/07 = RdM 2007/41 S 59 (Habeler) - RdM 2007,59(Habeler) = ZAS-Judikatur 2007/90 = Hellbert, RdM 2007/47 S 78 -Hellbert, RdM 2007,78 = RZ 2007,116 EÜ150 - RZ 2007 EÜ150 = zuvo2008/33 S 49 - zuvo 2008,49 = HS 37.265 = HS 37.499XPUBLEND

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:OGH0002:2006:0040OB00196.06M.1121.000

Zuletzt aktualisiert am

02.06.2009

Quelle: Oberster Gerichtshof (und OLG, LG, BG) OGH, http://www.ogh.gv.at

© 2025 JUSLINE

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

www.jusline.at