jusline®
»» Recht. Schnell

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

TE Vfgh Erkenntnis 2000/9/25 B438/99

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 25.09.2000

Index

66 Sozialversicherung
66/01 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

Norm

B-VG Art7 Abs1 / Verwaltungsakt
B-VG Art18 Abs1
B-VG Art18 Abs2
B-VG Art139 Abs1 / Präjudizialität
B-VG Art140 Abs1 / Präjudizialität
EMRK Art6 Abs1 / civil rights
EMRK Art6 Abs1 / Tribunal
ASVG §31 Abs5 Z10
ASVG §31 Abs8, Abs9
ASVG §342 Abs1 Z6
Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung gem§31 Abs5 Z10 ASVG

Leitsatz

Keine Verletzung der beschwerdeführenden Ärztekammer im Gleichheitsrecht durch Abweisung des Antrags auf Feststellung der Unwirksamkeit der Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung (RÖK) gegenüber Ärztekammer bzw Ärzten; RÖK für die Vertragspartner der Krankenversicherungsträger verbindlich; keine Bedenken gegen die Verordnungsermächtigung des ASVG zur Erlassung der RÖK; kein Eingriff in die kollektivvertragsartige Autonomie der Gesamtvertragsparteien; ausreichender Rechtsschutz; kein Eingriff in die Privatautonomie der Ärztekammer; keine formalgesetzliche Delegation; hinreichende Determinierung der RÖK durch das Gesetz; keine Bedenken gegen die Regelungen der RÖK über die chefärztliche Bewilligungspflicht, Zu- und Überweisungen sowie die Verpflichtung zur Einhaltung der aufgestellten ökonomischen Grundsätze; Gesetzmäßigkeit der Kundmachung der RÖK

Spruch

Die beschwerdeführende Partei ist durch den angefochtenen Bescheid weder in einem verfassungsgesetzlich gewährleisteten Recht noch wegen Anwendung einer rechtswidrigen generellen Norm in ihren Rechten verletzt worden.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

Begründung

Entscheidungsgründe:

I. 1.1. Die beschwerdeführende Ärztekammer für Oberösterreich beantragte mit Schriftsatz vom 20. August 1996 bei der Landesschiedskommission für Oberösterreich (im folgenden: Landesschiedskommission), diese möge feststellen,

"1. daß die vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger aufgestellten Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung gemäß §31 Abs5 Ziffer 10 ASVG (RÖK), verlautbart in der 'Sozialen Sicherheit' als amtliche Verlautbarung Nr. 40/1996 (Heft Nr. 3, Jahrgang 1996) nicht Bestandteil des Gesamtvertrages vom 27. 7. 1956 (in der Fassung der gesamtvertraglichen Vereinbarung vom 20. 7. 1972) abgeschlossen zwischen der Antragstellerin und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (für die Antragsgegner) geworden sind;

2. daß der Inhalt der genannten Richtlinien somit weder gegenüber der Antragstellerin noch gegenüber Ärzten, die einen Einzelvertrag mit den Antragsgegnern abgeschlossen haben, verbindlich und wirksam ist".

Begründend wird dazu im wesentlichen folgendes ausgeführt:

Die dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger durch §31 Abs5 Z10 ASVG zugewiesene Richtlinienkompetenz sei als Bruch mit dem Gesamtvertragssystem des ASVG anzusehen. Sollte es dem Hauptverband freistehen, mit solchen Richtlinien auch in bereits bestehende Vertragsverhältnisse einzugreifen, so bedeutete dies nicht nur eine Verletzung der verfassungsgesetzlich gewährleisteten Privatautonomie, sondern auch des Grundrechts auf ein faires Verfahren gemäß Art6 Abs1 EMRK. Dem Hauptverband komme überhaupt nur die Befugnis zu, mit Wirkung für die Mitgliedskörperschaften - also die in ihm zusammengefaßten Sozialversicherungsträger - zu handeln, nicht jedoch auch für die Vertragspartner der Sozialversicherungsträger. Dies folge auch aus der Regelung der Kundmachung der Richtlinien des Hauptverbandes; die Fachzeitschrift "Soziale Sicherheit" sei nämlich bloß für Kundmachungen innerhalb der Sozialversicherungsorganisation als ausreichendes Kundmachungsorgan anzuerkennen.

Die RÖK verfehlten überdies deshalb ihr Ziel, weil der in ihnen zugrunde gelegte Wirtschaftlichkeitsbegriff nur unscharf gefaßt und es dem einzelnen Vertragsarzt daher im Regelfall nicht möglich sei, selbständig zu beurteilen, welcher Behandlungsmethode im Einzelfall aus volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten der Vorzug zu geben sei.

Bedenken bestünden ferner deshalb, weil die RÖK Bestimmungen über chefärztliche Bewilligungspflichten vorsähen, die über jene des Gesamtvertrags hinausgingen. Die RÖK bewirkten daher, sofern ihnen unmittelbare Rechtswirkung auch für die Vertragspartner der Sozialversicherungsträger beizumessen wäre, eine "fundamentale Aushöhlung" des Grundprinzips der Zusammenarbeit zwischen Sozialversicherungsträgern und Ärzten, wonach diese Beziehungen durch privatrechtliche Verträge zu regeln seien.

1.2. Die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse erstattete im Administrativverfahren eine Gegenschrift, in der sie beantragte, die Anträge der Ärztekammer wegen Unzuständigkeit der Landesschiedskommission zurückzuweisen, in eventu als unbegründet abzuweisen.

1.3. Mit Bescheid vom 3. Dezember 1996 wies die Landesschiedskommission die Feststellungsanträge als unbegründet ab.

Begründend wird dazu im wesentlichen folgendes ausgeführt:

In dem Bericht des Ausschusses für soziale Verwaltung zur 32. Novelle zum ASVG, BGBl. 1976/704 (388 BlgNR XIV. GP, 6) sei ausgeführt worden, daß die Regelung der Beziehungen zwischen der Sozialversicherung und ihren Vertragspartnern zwar dem freien Vertragswillen beider Teile überlassen bleibe, die Gesetzgebung aber nicht darauf verzichten könne, Anweisungen zu geben, wie die Regelung dieser Beziehungen grundsätzlich zu erfolgen habe. Die vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger erlassenen Richtlinien zur Sicherstellung der ausreichenden und zweckmäßigen Krankenbehandlung seien für die Gesamtverträge wirksam; durch das in §31 Abs8 ASVG normierte Erfordernis der Beurkundung des gesetzmäßigen Zustandekommens der Richtlinien durch den Bundesminister für Arbeit und Soziales (jetzt: Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen) sei jedoch gewährleistet, daß die Richtlinien den gesetzlichen Rahmenbedingungen entsprechen.

Daß die RÖK für die Vertragspartner verbindlich seien, ergebe sich unzweifelhaft aus §31 Abs5 Z10 ASVG; die Auffassung der Ärztekammer, die Rechtsverbindlichkeit der RÖK für die Vertragspartner der Sozialversicherungsträger

sei davon abhängig, ob die RÖK im Rahmen des Gesamtvertrags für verbindlich erklärt worden seien, erweise sich demnach als unzutreffend.

1.4. Die Ärztekammer erhob gegen diesen Bescheid Berufung an die Bundesschiedskommission, die dieses Rechtsmittel jedoch als unbegründet abwies und den angefochtenen Bescheid bestätigte.

2. Gegen diesen - letztinstanzlichen - Bescheid richtet sich die vorliegende, auf Art144 B-VG gestützte Beschwerde. Darin behauptet die Ärztekammer, in verfassungsgesetzlich gewährleisteten Rechten sowie in Rechten wegen Anwendung eines verfassungswidrigen Gesetzes verletzt zu sein. Sie beantragt, den angefochtenen Bescheid seinem gesamten Umfang nach kostenpflichtig aufzuheben, und regt ein Verordnungsprüfungsverfahren hinsichtlich der RÖK, in eventu hinsichtlich einzelner Bestimmungen derselben, sowie ein Gesetzesprüfungsverfahren hinsichtlich des §31 Abs5 Z10 sowie des §342 Abs1 Z6 ASVG an.

Begründend wird dazu im wesentlichen folgendes ausgeführt:

Die Ermächtigung des §31 Abs5 Z10 ASVG entbehre der sachlichen Rechtfertigung, weil sie innerhalb eines paritätischen kollektivvertragsartigen Systems, wie es im ASVG ansonsten verankert sei, einem vertragschließenden Teil - nämlich dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, in dem die Sozialversicherungsträger, nicht jedoch auch die Ärzteschaft, zusammengefaßt seien - die Befugnis zur Fremdbestimmung der anderen Vertragsseite einräume. Die vom Hauptverband aufgestellten Richtlinien dürften daher nur für die in ihm zusammengefaßten Sozialversicherungsträger verbindlich sein; dies sei auch ausdrücklich in §31 Abs6 ASVG normiert. Darüber hinaus finde sich auch sonst keine Ermächtigung des Hauptverbandes, mit Rechtswirkung für Dritte, die nicht Sozialversicherungsträger sind, Normen zu setzen.

Dem entspreche es, daß die RÖK gemäß der Kundmachungsvorschrift des §31 Abs8 ASVG in der Fachzeitschrift "Soziale Sicherheit" zu verlautbaren seien. Im Lichte des Rechtsstaatsprinzips wäre eine solche Verlautbarung nicht als gehörig anzusehen, sollten diese Richtlinien auch für Nicht-Sozialversicherungsträger Verbindlichkeit entfalten.

Die Ermächtigung des §31 Abs5 Z10 ASVG entspreche ferner nicht dem Bestimmtheitsgebot des Art18 Abs1 und 2 B-VG.

Die RÖK selbst seien wiederum verfahrensfehlerhaft zustandegekommen, weil der Bundes-Ärzteausschuß, dem es gemäß §340 Abs1 ASVG obliege, grundsätzliche Fragen, die die Beziehungen zwischen den Sozialversicherungsträgern und den freiberuflich tätigen Ärzten betreffen, insbesondere die Gesamtverträge gemäß §341 ASVG, zu beraten, in diesem Fall nicht einberufen worden sei.

Die RÖK seien überdies aus einer Reihe von Gründen als gesetzwidrig anzusehen, weil sie zum einen der Ermächtigung des §31 Abs5 Z10 ASVG widersprächen, zum anderen jedoch in sich unverhältnismäßig seien; dies sei besonders für den - für den einzelnen Arzt nicht einsichtigen - Wirtschaftlichkeitsbegriff der RÖK anzunehmen.

3. Die belangte Behörde legte die Verwaltungsakten vor, erstattete jedoch keine Gegenschrift.

Die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse als beteiligte Partei erstattete eine Äußerung, in der sie den angefochtenen Bescheid (sowie die in ihm angegriffenen Gesetzesbestimmungen und die RÖK) verteidigt und beantragt, die Beschwerde als unbegründet abzuweisen.

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

1.1. Die im vorliegenden Fall maßgeblichen Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG), BGBl. Nr. 189/1955 idF BGBl. Nr. 20/1994, haben samt Überschriften folgenden Wortlaut:

"Hauptverband der österreichischen

Sozialversicherungsträger

§31. (1) Die in den §§23 bis 25 bezeichneten Versicherungsträger und die Träger der im §2 Abs2 bezeichneten Sonderversicherungen werden zum Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (im folgenden kurz Hauptverband genannt) zusammengefaßt.

(2) Dem Hauptverband obliegt

...

3. die Erstellung von Richtlinien zur Förderung oder Sicherstellung der gesamtwirtschaftlichen Tragfähigkeit, der Zweckmäßigkeit und der Einheitlichkeit der Vollzugspraxis der Sozialversicherungsträger.

...

(5) Richtlinien im Sinne des Abs2 Z3 sind aufzustellen:

...

10. über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung unter Bedachtnahme auf §133 Abs2. In diesen Richtlinien, die für die Vertragspartner (§§338 ff) verbindlich sind, sind jene Behandlungsmethoden anzuführen, die entweder allgemein oder unter bestimmten Voraussetzungen (zB für gewisse Krankheitsgruppen) erst nach einer chef- oder kontrollärztlichen Bewilligung des Versicherungsträgers anzuwenden sind. Durch diese Richtlinien darf der Zweck der Krankenbehandlung nicht gefährdet werden;

...

(6) Die vom Hauptverband aufgestellten Richtlinien und im Rahmen seines gesetzlichen Wirkungskreises gefaßten Beschlüsse sind für die im Hauptverband zusammengefaßten Versicherungsträger verbindlich; jedoch gelten die gemäß §31 Abs5 Z12 aufgestellten Richtlinien nicht für die Träger der nach den Vorschriften über die Gewerbliche Selbständigenkrankenversicherung und über die Krankenversicherung öffentlich Bediensteter geregelten Krankenversicherung.

...

Gesamtverträge

§341. (1) Die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den freiberuflich tätigen Ärzten werden durch Gesamtverträge geregelt, die für die Träger der Krankenversicherung durch den Hauptverband mit den örtlich zuständigen Ärztekammern abzuschließen sind. ...

...

(3) Der Inhalt des Gesamtvertrages ist auch Inhalt des zwischen dem Träger der Krankenversicherung und dem Arzt abzuschließenden Einzelvertrages. ...

...

Inhalt der Gesamtverträge

§342. (1) Die zwischen dem Hauptverband und den Ärztekammern abzuschließenden Gesamtverträge haben nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen insbesondere folgende Gegenstände zu regeln:

...

3.

die Rechte und Pflichten der Vertragsärzte, insbesondere auch ihre Ansprüche auf Vergütung der ärztlichen Leistung;

4.

die Vorsorge zur Sicherstellung einer

wirtschaftlichen Behandlung und Verschreibweise;

...

6.

die Zusammenarbeit der Vertragsärzte mit dem beim Versicherungsträger eingerichteten chef- und kontrollärztlichen Dienst unter Zugrundelegung des Heilmittelverzeichnisses (§31 Abs3 Z12) und der Richtlinien gemäß §31 Abs5 Z10 und 13;

...

Landesschiedskommission

§345a. (1) Für jedes Land ist auf Dauer eine Landesschiedskommission zu errichten. ...

(2) Die Landesschiedskommission ist zuständig:

1. zur Schlichtung und Entscheidung von Streitigkeiten zwischen den Parteien eines Gesamtvertrages über die Auslegung oder die Anwendung eines bestehenden Gesamtvertrages ...

...

(3) Gegen die Entscheidungen der Landesschiedskommission kann Berufung an die Bundesschiedskommission erhoben werden.

1.2. Die Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung gemäß §31 Abs5 Z10 ASVG (RÖK), veröffentlicht in der Fachzeitschrift "Soziale Sicherheit" Jg. 1996, Amtliche Verlautbarung Nr. 40/1996, haben - soweit für den vorliegenden Fall relevant - samt Überschriften folgenden Wortlaut:

"Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei

der Krankenbehandlung gemäß §31 Abs5 Z10 ASVG (RÖK)

1. Abschnitt

Allgemeine Bestimmungen

Geltungsbereich

§1. (1) Die Richtlinien regeln

1. die ökonomischen Grundsätze, nach denen

a)

die ärztliche Hilfe,

b)

die der ärztlichen Hilfe gleichgestellten Leistungen,

c)

die im Zusammenhang mit Leistungen gemäß lita und b veranlaßten Maßnahmen,

d)

die Abgabe von Heilbehelfen durch andere Vertragspartner als Apotheker und hausapothekenführende Ärzte

als ausreichend, zweckmäßig, das Maß des Notwendigen nicht |bersteigend zu beurteilen sind sowie

2. die Maßnahmen, die die Einhaltung dieser Grundsätze sicherstellen sollen.

(2) Für die Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen und die Abgabe durch Apotheker und hausapothekenführende Ärzte sind die Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen anzuwenden.

Verbindlichkeit

§2. (1) Die Richtlinien sind für die im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zusammengefaßten Krankenversicherungsträger mit der Maßgabe verbindlich, daß der

3. Abschnitt nur vom abrechnenden Krankenversicherungsträger anzuwenden ist.

(2) Die §§1 bis 4 und der 2. Abschnitt sind auch für die in Betracht kommenden Vertragspartner verbindlich.

Ökonomische Grundsätze

§3. (1) Durch die Krankenbehandlung sollen die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden.

(2) Die Krankenbehandlung muß ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Sie ist nach dem jeweiligen und aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft zu erbringen. Innerhalb dieses Rahmens erfüllt die Krankenbehandlung unter Beachtung des Wohles und der Betroffenheit des

Versicherten (Angehörigen) die ökonomischen Grundsätze, wenn sie geeignet ist,

-

einen ausreichenden therapeutischen und diagnostischen Nutzen zu erzielen und

-

die Kosten im Verhältnis zum Erfolg der Maßnahme möglichst gering zu halten.

(3) Eine Maßnahme ist dabei nicht nur für sich allein zu betrachten, sondern es sind die im überblickbaren Behandlungs- und Untersuchungsverlauf gesetzten bzw. zu setzenden Maßnahmen zu berücksichtigen.

(4) Dabei ist insbesondere darauf Bedacht zu nehmen,

1.

daß von mehreren gleichwertig geeigneten

Möglichkeiten die ökonomisch günstigste Möglichkeit gewählt wird;

2.

ob andere, zB hygienische oder diätetische Maßnahmen auch ökonomischer wären als Maßnahmen der Krankenbehandlung;

3.

ob anstelle der Einweisung zu einem stationären Krankenhausaufenthalt die Behandlung im ambulanten Bereich (z.B. Krankenhausambulanz, Betreuung durch den Hausarzt, medizinische Hauskrankenpflege) ökonomischer wäre;

4.

ob anstelle von ambulant serienweise angewendeten Behandlungsmethoden die Unterbringung in Kur- oder Rehabilitationseinrichtungen ökonomischer wäre.

Chef(Kontroll)ärztliche Bewilligung

§4. (1) In der Anlage sind jene Leistungen angeführt, die entweder allgemein oder unter bestimmten Voraussetzungen erst nach einer chef(kontroll)ärztlichen Bewilligung auf Rechnung des Krankenversicherungsträgers vom Vertragspartner angewendet werden dürfen.

(2) Für einzelne Vertragspartner oder für bestimmte Gruppen von Vertragspartnern können die Krankenversicherungsträger - allenfalls zeitlich befristet - vorsehen, daß für in der Anlage angeführte Leistungen keine chef(kontroll)ärztliche Bewilligung erforderlich ist oder daß die chef(kontroll)ärztliche Bewilligung nur bei Vorliegen besonderer Voraussetzungen notwendig ist, wenn bei diesem Vertragspartner oder bei dieser Gruppe von Vertragspartnern die ökonomische Krankenbehandlung gemäß §3 sichergestellt ist.

(3) Aus Gründen der Zweckmäßigkeit kann festgelegt werden, daß die Physikotherapie ab der 31. Anwendung, jedenfalls aber ab der 11. Sitzung, einer vorherigen chef(kontroll)ärztlichen Bewilligung bedarf.

Kostenerstattung, Kostenzuschuß, Kostenersatz

§5. Die §§1, 3 und 4 gelten sinngemäß für die Fälle

-

der Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung,

-

der Kostenzuschüsse,

-

der Kostenersätze.

2. Abschnitt

Bestimmungen für den Vertragspartner

Beachtung der ökonomischen Grundsätze

§6. (1) Der Vertragspartner ist verpflichtet, die Krankenbehandlung so zu erbringen und zu veranlassen, daß diese den ökonomischen Grundsätzen gemäß §3 entspricht.

(2) Gibt der Versicherte (Angehörige) z.B. durch Vorlage eines Krankenscheines zu erkennen, daß er auf Rechnung der Sozialversicherung behandelt werden will, ist für bewilligungspflichtige Maßnahmen ein Antrag auf vorherige chefärztliche Bewilligung auszustellen.

Aufklärungspflicht durch den Vertragspartner

§7. (1) Der Vertragspartner hat den Versicherten (Angehörigen) bei Veranlassung, spätestens vor der Anwendung einer bewilligungspflichtigen Behandlungs- oder Untersuchungsmethode ausdrücklich darauf hinzuweisen, daß vor Durchführung dieser Methode die chef(kontroll)ärztliche Bewilligung einzuholen ist und der Krankenversicherungsträger im Falle einer Ablehnung keine Kosten übernimmt.

(2) Die chef(kontroll)ärztliche Bewilligung ist entweder vom Versicherten (Angehörigen) oder in seinem Namen vom Vertragspartner beim Krankenversicherungsträger vor Durchführung dieser Methode einzuholen. Der Vertragspartner hat die beabsichtigte Anwendung dieser Behandlungs- oder Untersuchungsmethode so zu begründen, daß der Krankenversicherungsträger in der Regel ohne zusätzliche Erhebung darüber entscheiden kann.

Keine chef(kontroll)ärztliche Bewilligung

§8. Eine chef(kontroll)ärztliche Bewilligung ist nicht erforderlich, wenn die Anwendung der bewilligungspflichtigen Behandlungs- oder Untersuchungsmethode in Fällen der Ersten Hilfe oder zur Abwendung einer erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung unverzüglich notwendig war. Dies ist vom Vertragspartner auf dem jeweiligen Abrechnungsbeleg schriftlich zu begründen.

Überweisungen oder Zuweisungen

§9. (1) Die Maßnahmen des Vertragspartners haben im Rahmen des §3 alle Leistungen zu umfassen, die aufgrund der medizinischen Ausbildung und der dem Vertragspartner zu Gebote stehenden Hilfsmittel sowie zweckmäßigerweise außerhalb einer stationären Krankenhausbehandlung durchgeführt werden können. Für erforderliche Leistungen, die der Vertragspartner nicht selbst erbringen kann, hat er Überweisungen oder Zuweisungen unter Berücksichtigung der ökonomischen Grundsätze vorzunehmen, wobei er sich auch zu vergewissern hat, ob und inwieweit entsprechende maßgebliche Vorbefunde vorhanden sind.

(2) Im Falle einer notwendigen Überweisung oder Zuweisung ist grundsätzlich zu Vertragspartnern zu überweisen oder zuzuweisen. Eine Zuweisung oder Überweisung zu Wahlbehandlern soll nur dann erfolgen, wenn ein Vertragspartner unter Berücksichtigung der Dringlichkeit der Behandlung oder Untersuchung in zumutbarer Entfernung nicht vorhanden ist.

3. Abschnitt

Bestimmungen für den Krankenversicherungsträger

Prüfung der Einhaltung der ökonomischen Grundsätze

§10. (1) Der Krankenversicherungsträger hat die Tätigkeit der Vertragspartner bezüglich der Einhaltung der Grundsätze der ökonomischen Krankenbehandlung zu prüfen.

(2) Die vertragspartnerbezogene Prüfung erfolgt

1.

nach Durchschnittswerten;

2.

auf der Grundlage von Stichproben;

3.

in Einzelfällen.

(3) Die Prüfung umfaßt insbesondere:

-

ärztliche Leistungen,

-

ärztlich verordnete Leistungen,

-

der ärztlichen Hilfe gleichgestellte Leistungen,

-

die Häufigkeit von Überweisungen,

-

Krankenhauseinweisungen,

-

die Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit,

-

die Ausstellung von Reise(Fahrt)- und Transportaufträgen.

Vertragspartnerbezogene Prüfung nach Durchschnittswerten

§11. (1) Für jede Vertragspartnergruppe sind statistische Durchschnittswerte für den Honorar- und Folgekostenbereich zu ermitteln.

(2) Wird vom Krankenversicherungsträger eine maßgebliche Überschreitung relevanter Durchschnittswerte festgestellt, soll mit dem Vertragspartner ein Gespräch geführt werden. Dies gilt jedenfalls bei Überschreitungen von mehr als 50 %. Der Krankenversicherungsträger hat dabei den Vertragspartner über die ökonomischen Aspekte seiner Tätigkeit zu informieren. Erforderlichenfalls sind vom Krankenversicherungsträger die vertraglich und gesetzlich vorgesehenen Schritte zu setzen.

Vertragspartnerbezogene Prüfung auf der Grundlage von Stichproben

oder in Einzelfällen

§12. Der Krankenversicherungsträger hat regelmäßig im Wege von Stichproben sowie in begründeten Einzelfällen die Einhaltung der ökonomischen Grundsätze und die Richtigkeit der Abrechnung zu prüfen. Ergibt sich aus einer solchen Überprüfung die Vermutung unökonomischen Verhaltens, soll mit dem Vertragspartner ein Gespräch geführt werden. Erforderlichenfalls sind vom Krankenversicherungsträger die vertraglich und gesetzlich vorgesehenen Schritte zu setzen.

4. Abschnitt

Wirksamkeit

§13. Die Richtlinien treten mit dem Monatsersten in Kraft, der auf die Verlautbarung in der Fachzeitschrift 'Soziale Sicherheit' folgt.

ANLAGE

Leistungen, für die zur Sicherstellung des gesetzlichen

Wirtschaftlichkeitsgebotes eine vorherige chef(kontroll)ärztliche

Bewilligung erforderlich ist

Folgende Leistungen bedürfen vor ihrer Anwendung einer chef(kontroll)ärztlichen Bewilligung:

1.

Logopädische Behandlung ab der 2. Sitzung

2.

Ergotherapie ab der 2. Behandlungseinheit

3.

- Physikotherapie ab der 21. Anwendung, jedenfalls ab der 7. Sitzung; die Verordnung ist bei Beginn der Behandlung vom Vertragspartner oder Versicherten (Angehörigen) der Kasse vorzulegen

- Physikotherapie in Form von Hausbesuchen ab der 1. Sitzung

4.

Psychotherapie ab der 11. Sitzung

5.

Medizinische Hauskrankenpflege ab der 5. Woche

6.

Geplante Behandlung und Untersuchung im Ausland

7.

Computertomographie, Kernspintomographie, nuklear-medizinische Untersuchungen

8.

Kosmetische Behandlung

9.

Sterilisation, Schwangerschaftsunterbrechung, Geschlechtsumwandlung

10.

HELP-Therapie

11.

Operative Maßnahmen zur Gewichtsreduktion

12.

Flugtransporte

13.

Transporte bei Serienbehandlungen (ausgenommen Transport zur Dialyse und Chemo-Strahlentherapie) ab dem 5. Transport

14.

Heimdialyse"

2. Die beschwerdeführende Ärztekammer ist durch den angefochtenen Bescheid nicht in ihrem verfassungsgesetzlich gewährleisteten Recht auf Gleichheit aller Staatsbürger vor dem Gesetz verletzt worden:

Die Rechtsmeinung der belangten Behörde, die RÖK seien für die beschwerdeführende Ärztekammer sowie für jene Ärzte, die mit den Krankenversicherungsträgern in einem Vertragsverhältnis stünden, verbindlich, trifft nämlich zu:

Gemäß §31 Abs5 Z10 sind die vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger aufgestellten RÖK "für die Vertragspartner (§§338 ff) verbindlich". Diese umfassende Verweisung stellt klar, daß all jene Personen, die gemäß den Bestimmungen der §§338 ff. ASVG mit einem Krankenversicherungsträger vertragliche Beziehungen eingehen - gleichgültig, ob durch Abschluß eines Gesamt- oder eines Einzelvertrages -, die für sie einschlägigen Bestimmungen der RÖK (vgl. §2 Abs2 RÖK) zu beachten haben (vgl. auch Mosler, in:

Strasser (Hrsg.), Arzt und gesetzliche Krankenversicherung (1995) 97 ff., 102).

Soweit sich die beschwerdeführende Ärztekammer auf §31 Abs6 ASVG beruft, wonach die vom Hauptverband aufgestellten Richtlinien für die im Hauptverband zusammengefaßten Sozialversicherungsträger verbindlich seien, ist sie darauf zu verweisen, daß diese Bestimmung bereits in der Stammfassung des ASVG enthalten war (vgl. §31 Abs5

ASVG aF), sie zwar bei Einführung der in Rede stehenden Kompetenz des Hauptverbandes zur Erlassung der RÖK durch die ASVG-Novelle BGBl. 1991/676 (§31 Abs3 Z23 ASVG aF) nicht geändert worden ist, ihr jedoch dessen ungeachtet seither die Spezialbestimmung des §31 Abs5 Z10 ASVG für ihren Anwendungsbereich vorgeht.

Eine gravierende, mehrfache Verkennung der Rechtslage ist der belangten Behörde demnach nicht anzulasten. Im verfassungsgerichtlichen Verfahren ist auch nicht hervorgekommen, daß der angefochtene Bescheid mit sonstigen, in die Verfassungssphäre eingreifenden Vollzugsmängeln behaftet wäre.

Ob aber der bekämpften Entscheidung auch darüber hinaus eine in jeder Hinsicht richtige Gesetzesanwendung zugrunde liegt, hat der Verfassungsgerichtshof nicht zu prüfen, und zwar auch nicht in jenem - hier vorliegenden - Fall, in dem eine Anrufung des Verwaltungsgerichtshofs mangels Zuständigkeit dieses Gerichtshofs (vgl. Art133 Z4 B-VG) nicht in Betracht kommt (vgl. VfSlg. 9541/1982 und die dort angeführte Vorjudikatur; VfSlg. 14.807/1997 uva.).

3. Die beschwerdeführende Ärztekammer ist jedoch auch nicht wegen Anwendung eines verfassungswidrigen Gesetzes oder einer gesetzwidrigen Verordnung in ihren Rechten verletzt worden.

3.1.1. Die Verordnungsermächtigung des §31 Abs5 Z10 ASVG ist für die beschwerdeführende Ärztekammer nicht unmittelbar wirksam geworden. Sie bildet jedoch die Rechtsgrundlage der RÖK, die im beschwerdegegenständlichen Fall von der belangten Behörde angewendet worden und daher insoweit auch für das Bescheidprüfungsverfahren vor dem Verfassungsgerichtshof präjudiziell sind (vgl. das hg. Erkenntnis vom 16. Dezember 1999, B2461/97 mwN).

Dies gilt auch für die - in der vorliegenden Beschwerde ebenfalls als verfassungswidrig gerügte - Bestimmung des §342 Abs1 Z6 ASVG, wonach die Gesamtverträge ua. die Zusammenarbeit der Vertragsärzte mit dem beim Krankenversicherungsträger eingerichteten chef- und kontrollärztlichen Dienst zu regeln haben, wobei ua. die RÖK zugrunde zu legen seien.

3.1.2. Die Präjudizialität der genannten Gesetzesbestimmungen besteht aber nur insoweit, als auch die RÖK selbst im Beschwerdefall präjudiziell sind. Bei der Entscheidung über die Feststellungsanträge der beschwerdeführenden Ärztekammer sind ausschließlich jene Bestimmungen der RÖK herangezogen worden, die für die Vertragspartner der Krankenversicherungsträger verbindlich sind. Die angegriffenen Bestimmungen des §31 Abs5 Z10 und des §342 Abs1 Z6 ASVG sind daher nur insoweit präjudiziell, als sie dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger eine Ermächtigung zur Erlassung von für die Vertragspartner der Krankenversicherungsträger verbindlichen Regelungen erteilen bzw. für den Abschluß eines Gesamtvertrages die Beachtung dieser Regelungen vorschreiben. Daraus folgt, daß nur jene Bestimmungen der RÖK, die (auch) für die in Betracht kommenden Vertragspartner der Krankenversicherungsträger verbindlich sind (vgl. §2 Abs2 RÖK; es sind dies die §§1 bis 4 sowie der 2. Abschnitt der RÖK), von der belangten Behörde anzuwenden waren und für das Bescheidprüfungsverfahren vor dem Verfassungsgerichtshof präjudiziell sind.

3.2. Die wechselseitigen Rechte und Pflichten, die zwischen den Krankenversicherungsträgern und den freiberuflich tätigen Ärzten durch den Abschluß eines Einzelvertrages begründet werden, werden nach dem System des ASVG grundsätzlich durch Gesetz, Verordnung und Gesamtvertrag präformiert. Beim Gesamtvertrag handelt es sich um einen zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der jeweils örtlich zuständigen Ärztekammer abgeschlossenen privatrechtlichen Normenvertrag, der, soweit er Rechte und Pflichten der Ärzte und der Sozialversicherungsträger als Partner des Einzelvertrags regelt, auf letzteren unmittelbar einwirkt (§341 Abs3 ASVG; vgl. auch VfSlg. 15.178/1998 sowie das hg. Erkenntnis vom 28. September 1999,B3652/96).

Ein Gesamtvertrag kann nur in jenen Angelegenheiten, die das Gesetz bestimmt, abgeschlossen werden, und er ist insoweit, als sein zulässiger Regelungsgegenstand durch Gesetz und Verordnung determiniert ist, an eben diese Vorgaben gebunden. Eine solche Bindung der Parteien des Gesamtvertrags hinsichtlich der von ihnen gemäß §342 Abs1 Z4 und 6 ASVG ua. zu regelnden Vertragsinhalte kann sich daher - ohne daß dies verfassungsrechtliche Bedenken aufzuwerfen vermöchte - auch dann aus einer Verordnung ergeben, wenn eine solche Bindung vor Einführung der Verordnungsermächtigung nicht bestanden hat, sofern die Verordnung selbst verfassungsrechtlich unbedenklich ist. Anders als die beschwerdeführende Ärztekammer vermeint, kann daher von einem Eingriff in eine - wie immer - verfassungsgesetzlich gewährleistete kollektivvertragsartige Autonomie der Gesamtvertragsparteien keine Rede sein, zumal - wie bereits ausgeführt - der zulässige Regelungsgegenstand eines Gesamtvertrags nur durch einfaches Gesetz konstituiert ist.

Die dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger durch §31 Abs5 Z10 ASVG eingeräumte Rechtsetzungsbefugnis begegnet somit keinen verfassungsrechtlichen Bedenken; dies ist vom Verfassungsgerichtshof bereits in seinem Erkenntnis vom 16. Dezember 1999, B2461/97, dargetan und näher begründet worden.

3.3.1. Der Vorwurf der beschwerdeführenden Ärztekammer, die Verordnungsermächtigung des §31 Abs5 Z10 ASVG verstoße wegen Verletzung ziviler Rechte gegen Art6 Abs1 EMRK, geht schon deshalb im Ansatz fehl, weil Art6 EMRK bloß Verfahrensgarantien enthält und nicht auf die Erlassung genereller Normen zu beziehen ist (vgl. neuerlich das hg. Erkenntnis vom 16. Dezember 1999, B2461/97).

3.3.2. Selbst unter der Annahme, durch die RÖK würden zivile Rechte der beschwerdeführenden Ärztekammer bzw. der Vertragsärzte berührt, wäre jedoch für die beschwerdeführende Ärztekammer nichts zu gewinnen:

Nach der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte ist es zwar geboten, (auch) für den Fall, daß durch Gesetz unmittelbar in zivile Rechte eingegriffen wird, einen ausreichenden Rechtsschutz vorzusehen (vgl. EGMR 9. Dezember 1994, Holy Monasteries/Griechenland, Zl. 10/1993/405/483-484, ÖJZ 1995, 428). Es kann jedoch keinem Zweifel unterliegen, daß all jene Vertragspartner der Krankenversicherungsträger, die durch die RÖK behauptetermaßen in ihren subjektiven Rechten berührt werden, über einen solchen Rechtsschutz verfügen. Es steht ihnen nämlich offen, die paritätische Schiedskommission bzw. die Landesschiedskommission anzurufen - sowie, jeweils im Berufungsweg, die Landesberufungs- bzw. die Bundesschiedskommission, die nach ständiger Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofs (vgl. das hg. Erkenntnis vom 14. Juni 2000, B1245/98 mwN) jene Voraussetzungen erfüllen, an denen ein Tribunal gemäß Art6 Abs1 EMRK zu messen ist - und in ihren Anträgen bzw. Rechtsmittelschriften jeweils die Frage zu relevieren, welche Auswirkungen sich aus den RÖK für die jeweils in Rede stehenden Einzel- bzw. Gesamtverträge ergeben. Nach Erschöpfung des administrativen Instanzenzugs steht es den Vertragspartnern frei, im Rahmen eines Bescheidprüfungsverfahrens die Frage, ob die jeweils präjudiziellen Bestimmungen der RÖK gesetzmäßig seien, an den Verfassungsgerichtshof heranzutragen (vgl. die hg. Beschlüsse vom 17. Dezember 1999, G312/96, V118/96, und vom 15. März 2000, V83/96).

3.3.3. Der beschwerdeführenden Ärztekammer ist zwar darin zuzustimmen, daß das aus der Privatautonomie erfließende Recht zum Abschluß privatrechtlicher Verträge nach freier Willensübereinkunft in den Schutzbereich des verfassungsgesetzlich gewährleisteten Rechts auf Unversehrtheit des Eigentums fällt. Sie übersieht jedoch, daß dadurch eine Bindung der Vertragsparteien an Gesetze und Verordnungen nicht ausgeschlossen wird und der kraft normativer Wirkung bestehende Vorrang des Gesamtvertrages für die Parteien des Einzelvertrags dem Schutz des einzelnen Arztes vor der Verhandlungsmacht des Sozialversicherungsträgers dient. Ein Eingriff in die Privatautonomie der beschwerdeführenden Ärztekammer ist daher dadurch, daß der Gesetzgeber die Kompetenz zur Regelung einer an ökonomischen Grundsätzen ausgerichteten Krankenbehandlung vom Gesamtvertrag auf die Verordnungsebene verlagert hat, schon vom Ansatz her nicht bewirkt worden (vgl. neuerlich das bereits wiederholt zitierte hg. Erkenntnis vom 16. Dezember 1999, B2461/97).

3.4. Ob die RÖK im Lichte der oben dargestellten Verfassungslage durch das Gesetz zureichend determiniert sind, kann aus dem Blickwinkel des vorliegenden Beschwerdefalls nicht allgemein, sondern nur soweit geprüft werden, als die Richtlinien präjudiziell sind. Dies ist lediglich hinsichtlich der gemäß §2 Abs2 RÖK für die Vertragspartner der Krankenversicherungsträger verbindlichen Bestimmungen der RÖK der Fall.

Nach ständiger Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofs ist für die Beantwortung der Frage, ob eine formalgesetzliche Delegation vorliegt, nicht bloß jene Bestimmung, welche die Verordnungsermächtigung enthält, sondern der gesamte Inhalt des Gesetzes heranzuziehen (vgl. zuletzt VfSlg. 13.133/1992). Gegen die Verordnungsermächtigung des §31 Abs5 Z10 ASVG hatte der Verfassungsgerichtshof schon in seinem Erkenntnis vom 16. Dezember 1999, B2461/97, keine Bedenken: Sie determiniere im Zusammenhalt mit den Bestimmungen über die Satzungen und Krankenordnungen sowie über den Umfang der Krankenbehandlung (vgl. vor allem §133 ASVG) die Richtlinien an sich in ausreichendem Maß. Ob bei Erlassung der RÖK dieser Rahmen allenfalls überschritten worden ist, ist keine Frage der unzureichenden Determinierung, sondern eine solche der Gesetzmäßigkeit der RÖK. In dem genannten Erkenntnis hat der Gerichtshof auch dargetan, daß die Bestimmung des §7 RÖK, wonach der Arzt den Versicherten "bei Veranlassung, spätestens vor der Anwendung einer bewilligungspflichtigen Behandlungs- oder

Untersuchungsmethode" ausdrücklich auf den Umstand der chefärztlichen Bewilligungspflicht sowie darauf, daß der Krankenversicherungsträger in jenen Fällen, in denen diese Bewilligung nicht erteilt wird, keine Kosten übernimmt, hinzuweisen hat, keinen verfassungsrechtlichen Bedenken begegnet.

3.4.1. Mit der Frage, ob es zulässig sei, in den RÖK das Erfordernis einer chef- bzw. kontrollärztlichen Bewilligung für bestimmte Behandlungsmethoden zu statuieren, hat sich der Verfassungsgerichtshof bereits in seinem Beschluß vom 15. März 2000, V83/96, eingehend auseinandergesetzt. In dem genannten Beschluß erachtete er einen solchen Regelungsinhalt der RÖK als unbedenklich, zumal die Verpflichtung, Patienten über bestehende Bewilligungspflichten zu informieren, nicht als - wie immer geartete - Beschränkung des Anspruchs des Patienten auf medizinische Versorgung anzusehen sei:

Es sei zwar richtig, daß sich die Krankenversicherungsträger durch die Einführung einer chefärztlichen Bewilligungspflicht die Frage, ob eine bestimmte Untersuchung oder Behandlung aus medizinischen Gründen notwendig sei, der eigenen Beurteilung vorbehalten und es in diesen Fällen - anders als sonst - nicht dem Vertragsarzt allein überlassen ist, gegebenenfalls die Leistungspflicht des Sozialversicherungsträgers gegenüber den Versicherten (mit bindender Wirkung für den Sozialversicherungsträger) zu konkretisieren.

Der Vertragsarzt ist aber dadurch nicht daran gehindert, jene Untersuchungen oder Behandlungen vorzunehmen, die er gemäß seinen - durch die angefochtene Verordnung nicht berührten - berufsrechtlichen Pflichten für notwendig hält, um seine Patienten im Rahmen des jeweiligen Behandlungsvertrages medizinisch adäquat zu versorgen.

3.4.2. Die beschwerdeführende Ärztekammer macht ferner geltend, die in §9 RÖK enthaltenen Bestimmungen über Zu- und Überweisungen seien nicht durch die Ermächtigung des §31 Abs5 Z10 ASVG gedeckt.

Auch dem ist nach Auffassung des Gerichtshofs nicht zu folgen:

Entgegen dem Beschwerdevorbringen ist nämlich nicht ersichtlich, daß es dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger auf dem Boden dieser Ermächtigung verwehrt sein sollte, in die RÖK Bestimmungen - wie jene des §9 - aufzunehmen, mi

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

© 2025 JUSLINE
JUSLINE® ist eine Marke der ADVOKAT Unternehmensberatung Greiter & Greiter GmbH.
www.jusline.at