jusline®
»» Recht. Schnell

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

TE Vfgh Erkenntnis 1994/9/28 B384/93

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 28.09.1994

Index

66 Sozialversicherung
66/02 Andere Sozialversicherungsgesetze

Norm

B-VG Art7 Abs1 / Verwaltungsakt
BSVG §83
BSVG §181
ASVG §342
ASVG §366

Leitsatz

Verletzung im Gleichheitsrecht durch die Verpflichtung des beschwerdeführenden Arztes zum Schadenersatz gegenüber der Sozialversicherungsanstalt der Bauern aufgrund überhöhter Honorarforderungen; kein Nachweis eines rechtswidrigen Verhaltens; honorarmäßige Durchschnittsbetrachtung ausgeschlossen; Beurteilung der Rechtmäßigkeit von Honorarforderungen von Vertragsärzten nach dem Behandlungsbedarf

Spruch

Der Beschwerdeführer ist durch den angefochtenen Bescheid im verfassungsgesetzlich gewährleisteten Recht auf Gleichheit aller Staatsbürger vor dem Gesetz verletzt worden.

Der angefochtene Bescheid wird aufgehoben.

Der Bund (Bundesminister für Arbeit und Soziales) ist schuldig, dem Beschwerdeführer die mit S 15.000,-- bestimmten Prozeßkosten binnen 14 Tagen bei Exekution zu bezahlen.

Begründung

Entscheidungsgründe:

1.1. Der Beschwerdeführer ist - nach seinem unbestrittenen Vorbringen - seit 1. Oktober 1975 Vertragsarzt der Sozialversicherungsanstalt der Bauern. Er ist praktischer Arzt mit Hausapotheke; zusätzlich hat er eine mehrjährige Ausbildung im Fachgebiet Gynäkologie, sodaß ihm bei Anhängigwerden des verfassungsgerichtlichen Verfahrens nur ein Jahr auf die vollständige Ausbildung zum Gynäkologen fehlte. Aufgrund einer ebenfalls umfangreichen zahnärztlichen Ausbildung übte er auch die ärztliche Tätigkeit eines Zahnarztes aus. Am 19. September 1975 schloß der damals als Gemeindearzt tätige Beschwerdeführer mit der Sozialversicherungsanstalt der Bauern einen Einzelvertrag aufgrund der Bestimmungen des Gesamtvertrages der Österreichischen Ärztekammer mit dem

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, in dem festgehalten ist, daß der Inhalt des Gesamtvertrages vom Beschwerdeführer zur Kenntnis genommen wurde und daß sich die Rechte und Pflichten der Parteien des Einzelvertrages u.a. aus dem Gesamtvertrag ergeben.

1.2. Im Gesamtvertrag ist insbesondere festgelegt:

1.2.1 Gemäß §6 des Gesamtvertrages obliegt dem Vertragsarzt die Behandlung der Anspruchsberechtigten nach den Bestimmungen des §83 Abs2 und 3 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes (im folgenden: BSVG); diese Bestimmungen lauten:

"Krankenbehandlung

§83. (1) ...

(2) Die Krankenbehandlung muß ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. 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. Die Leistungen der Krankenbehandlung werden, soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt wird, als Sachleistungen erbracht.

(3) Kosmetische Behandlungen gelten als Krankenbehandlung, wenn sie zur Beseitigung anatomischer oder funktioneller Krankheitszustände dienen. Andere kosmetische Behandlungen können als freiwillige Leistungen gewährt werden, wenn sie der vollen Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit förderlich oder aus Berufsgründen notwendig sind. Als Leistung der Krankenbehandlung gilt auch die Übernahme der für eine Organtransplantation notwendigen Anmelde- und Registrierungskosten bei einer Organbank.

(4) ..."

1.2.2. Nach §22 des Gesamtvertrages wird die Sozialversicherungsanstalt der Bauern in allen medizinischen Angelegenheiten gegenüber dem Vertragsarzt durch den Chef(Vertrauens)arzt vertreten. Dieser und der Vertragsarzt haben kollegial zusammenzuarbeiten. Nach Abs2 des §22 des Gesamtvertrages bleibt jedoch die Eigenverantwortlichkeit des behandelnden Arztes bei Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit unberührt. Der Chef(Vertrauens)arzt ist daher nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung einzugreifen.

1.2.3. Nach §19 des Gesamtvertrages erfolgt die Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen durch den anspruchsberechtigten Versicherungsnehmer selbst; die Höhe des Honorars richtet sich nach dem in der Honorarordnung festgelegten Tarif; diese Honorarordnung bildet einen Bestandteil des Gesamtvertrages. Nach dessen §20 hat durch die Sozialversicherungsanstalt der Bauern die Abrechnung der bezahlten Honorare mit den anspruchsberechtigten Versicherungsnehmern nach Tunlichkeit jeweils am Ende der Behandlung, bei länger dauernder Behandlung am Ende eines jeden Kalenderhalbjahres zu erfolgen. Für die Abrechnung sind die zwischen der Österreichischen Ärztekammer und der Sozialversicherungsanstalt der Bauern vereinbarten Verrechnungsscheine zu verwenden, wobei eine Barzahlung in dem hiefür vorgesehenen Teil zu bestätigen ist.

1.2.4. Nach §16 des Gesamtvertrages ist der Vertragsarzt verpflichtet, gegenüber den ordnungsgemäß ausgewiesenen bevollmächtigten Ärzten der Sozialversicherungsanstalt der Bauern Auskünfte in medizinischen Fragen, insbesondere zur Bekanntgabe der Diagnose zu erteilen. Soweit es sich um Auskünfte in Fragen nichtmedizinischer Art im Zusammenhang mit der Behandlung der Erkrankten handelt, besteht diese Auskunftspflicht auch gegenüber den gehörig ausgewiesenen sonstigen Bevollmächtigten der Sozialversicherungsanstalt der Bauern. Die Auskunftserteilung des Vertragsarztes erstreckt sich soweit, als dies für die Durchführung der gesetzlichen Aufgaben der Sozialversicherungsanstalt der Bauern notwendig ist.

Nach §17 des Gesamtvertrages hat der Vertragsarzt die notwendigen Aufzeichnungen über die in seiner Behandlung stehenden Anspruchsberechtigten zu führen.

§21 des Gesamtvertrages legt schließlich zwischen den Vertragsparteien des Gesamtvertrages und den Parteien des Einzelvertrages eine gegenseitige Unterstützungspflicht fest.

1.2.5. Streitigkeiten zwischen dem Vertragsarzt und der Sozialversicherungsanstalt der Bauern sollen nach §23 des Gesamtvertrages vorerst einvernehmlich in kollegialer Aussprache beigelegt werden. Kommt eine einvernehmliche Beilegung der Streitigkeiten nicht zustande, ist der Streitfall in einem Schlichtungsausschuß vorzubehandeln. Nach §23

Abs5 des Gesamtvertrages müssen Einwendungen gegen die Honorarabrechnung von der Sozialversicherungsanstalt der Bauern bei sonstigem Ausschluß binnen sechs Monaten nach dem Einlagen der Rechnung bei der Sozialversicherungsanstalt der Bauern geltend gemacht werden. Streitigkeiten, die sich aus dem Gesamtvertrag oder dem Einzelvertrag zwischen Vertragsparteien ergeben, unterliegen gemäß §24 des Gesamtvertrages nach Scheitern dieses Schlichtungsverfahrens dem im sechsten Teil des ASVG in den §§344 bis 348 im Zusammenhalt mit §181 BSVG geregelten Verfahren vor der paritätischen Schiedskommission sowie der Landesberufungskommission.

1.2.5. Die Mitwirkungspflicht im Leistungsverfahren von Anspruchswerbern und Anspruchsberechtigten gegenüber der Sozialversicherungsanstalt ergibt sich aus §366 ASVG, der gemäß §182 BSVG anzuwenden ist.

2.1. Am 25. März 1987 teilte die Sozialversicherungsanstalt der Bauern dem Beschwerdeführer mit, daß sie in mehreren niederösterreichischen Bezirken eine Überprüfung der ärztlichen Leistungen vorgenommen habe und dabei auch die vom Beschwerdeführer in Rechnung gestellten ärztlichen Leistungen einer Beobachtung unterzogen habe. Im Sinne des §23 des Gesamtvertrages würde die Abrechnung ab 1.10.1986 beanstandet. Nachdem eine am 26. Juni 1987 stattgefundene kollegiale Aussprache keine einvernehmliche Beilegung herbeiführte, befaßte die Sozialversicherungsanstalt am 25. Novemer 1987 den Schlichtungsausschuß. Vor diesem bezog der Beschwerdeführer Stellung wie folgt:

"Ein statistischer Vergleich mehrer Ärzte ohne Berücksichtigung der Ordinationseinrichtung und der Ordinationsführung ist nicht statthaft. Bei ausschließlich statistischen Vergleichen wird nicht berücksichtigt, daß ihm nur ein Jahr zur Anerkennung des Facharztitels für Gynäkologie fehlt und er daher in seiner Praxis nahezu volle frauenärztliche Betreuung durchführen könne. Auch seine Möglichkeiten auf dem Gebiet der physikalischen Therapie müßten berücksichtigt werden sowie der von ihm aufgebrachte Zeitaufwand, welcher sich in der hohen Anzahl von Sonderleistungen dokumentiert.

Dr. G findet seine Ordinationsführung als der Zeit bereits vorauseilend und eine Trendwende im Gesundheitswesen vorzeichnend. Er bezieht sich hiebei auf die mehrfachen Aussagen der ärztlichen Standesvertretung und das Koalitionsabkommen der beiden Regierungsparteien, in welchen der präventiven Medizin eine vorrangige Stellung oder zumindestens Gleichstellung zur kurativen Medizin eingeräumt werden soll.

Weiters bezeichnet er ausschließlich den Privatvertrag nach dem ABGB als Leitschnur für sein ärztliches Handeln. Die Beschränkungen eines Kassenvertrages könnten diesen privatrechtlichen Bestimmungen des ABGB nicht zuwiderlaufen oder sie einschränken."

Im Hinblick auf die einander diametral entgegengesetzten Auffassungen der Parteien, "nämlich einerseits Ökonomiekontrolle auf Grund von Durchschnittswerten und Überschreitungen und andererseits Ökonomiekontrolle nur in Beachtung von Einzelfällen", war eine einstimmige Entscheidung der beiden dem Schlichtungsausschuß angehörigen Vertreter nicht zu erzielen, womit der Antrag der Sozialversicherungsanstalt der Bauern an den Schlichtungsausschuß abgelehnt wurde.

2.2. Mit Schriftsatz vom 7. März 1988 stellte sodann die Sozialversicherungsanstalt der Bauern bei der paritätischen Schiedskommission gemäß §344 ASVG einen Antrag, den Beschwerdeführer zur Rückzahlung von Honoraren im Gesamtausmaß von S 360.198,60 für den Zeitraum vom 1. Oktober 1986 bis 31. Dezember 1987 zu veranlassen, dies mit der Begründung, daß das durchschnittliche Honorar des Beschwerdeführers je behandeltem Patient im Jahre 1986 um 122,88 % und im Jahre 1987 um 162,90 % über dem Durchschnittshonorar der praktischen Ärzte Niederösterreichs mit Hausapotheke gelegen sei.

Auch bei der am 24. April 1990 durchgeführten mündlichen Verhandlung vor der paritätischen Schiedskommission kam wegen Stimmengleichheit keine Entscheidung zustande.

2.3. Sohin stellte die Sozialversicherungsanstalt der Bauern am 26. Juli 1990 gemäß §344 Abs3 ASVG den Antrag an die Landesberufungskommission auf Entscheidung der Streitigkeit. Der Beschwerdeführer habe bei seiner ärztlichen Hilfe, soweit deren Abrechnungen in der Zeit vom 1. Oktober 1986 bis 31. Dezember 1987 bei der Antragstellerin einlangten, das Gebot einer wirtschaftlichen Krankenbehandlung durch massives Überschreiten des Maßes des Notwendigen verletzt. Sowohl im Schlichtungsverfahren als auch im Verfahren vor der paritätischen Schiedskommission habe keine

Einigkeit erzielt werden können, ob eine Prüfung des Gesamtaufwandes oder der Einzelfälle zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Krankenbehandlung anzustellen sei. Die Sozialversicherungsanstalt der Bauern gebe der Gesamtprüfung aus einer Reihe von Gründen den Vorzug; für eine solche sprächen folgende Argumente:

-

Die Prüfung des Gesamtaufwandes sei gegenüber der Einzelfallprüfung geeigneter, den Grundsatz der Eigenverantwortlichkeit der vertragsärztlichen Tätigkeit zu wahren. Die Verpflichtung zur Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Behandlung in §6 des Gesamtvertrages und die Eigenverantwortlichkeit bei der Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit nach §22 Abs2 des Gesamtvertrages seien gleichrangig im Gesamtvertrag geregelt. Unter Eigenverantwortlichkeit des behandelnden Arztes werde das Recht des Arztes zu verstehen sein, unter mehreren wirtschaftlichen Behandlungsmethoden zu wählen. Eine Einzelfallprüfung sei wohl nicht geeignet, den Grundsatz der Eigenverantwortlichkeit zu stören; erfolge jedoch eine Prüfung der Gesamtpraxis durch Prüfung aller Einzelfälle, eröffne sich ein Konfliktpotential, das bei einer Prüfung des Gesamtaufwandes erst gar nicht entstehe.

-

Eine Einzelfallprüfung könne niemals lückenlos eine Antwort auf die Frage geben, ob bei der vorgegebenen Diagnose die Therapie zweckmäßig und wirtschaftlich sei. Eine Prüfung des Gesamtaufwandes sei besser geeignet, die wirtschaftliche Handlungsweise eines Vertragsarztes zu prüfen.

-

Dem Vertragstypus eines Einzelvertrages werde die Gesamtprüfung eher gerecht. Der einzelne Vertragsarzt schließe mit der Kasse nicht so viele Verträge ab, als Behandlungsfälle entstehen, sondern einen einzigen Einzelvertrag, der für die Kasse die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten auf Jahrzehnte sicherstelle.

-

Generelle Wirtschaftlichkeitsprüfungen seien den Gesamtverträgen und den Honorarordnungen keineswegs fremd. Beschränkungen der Verrechenbarkeit von Leistungen, Leistungslimite und Fachgruppenbeschränkungen seien generelle Leitlinien, die im vorhinein in die Kassenpraxis hinein wirken. Da die Sozialversicherungsanstalt der Bauern mit der Österreichischen Ärztekammer ein Geldleistungssystem vereinbart habe, fehlen diese Wirtschaftlichkeitsentscheidungen im vorhinein weitgehend. Umso mehr müsse in Befolgung des §6 des Gesamtvertrages eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit in anderer Form erfolgen.

-

Die Rechtsprechung der Schiedskommissionen habe in Österreich zur Wirtschaftlichkeitsprüfung kaum eine Judikatur entwickelt, weshalb auf die seit 1974 in der BRD gehandhabte Rechtsprechung verwiesen werde.

Der Gesamtaufwand an ärztlicher Hilfe 1987 habe beim Beschwerdeführer S 4.065,80 je Patient ergeben. Der Vergleichswert der praktischen Ärzte in Niederösterreich 1987 betrage S 1.546,50. Erhöhe man den tatsächlichen Durchschnittswert der praktischen Ärzte um S 75,72, erhalte man einen Vergleichswert von S 1.622,22. Der tatsächliche Durchschnittswert des Antragsgegners 1987 von S 4.065,80 liege immer noch bei + 150,63 % über dem Vergleichswert. Das offensichtliche Mißverhältnis, das nicht durch den ursächlichen Minderaufwand in anderen Leistungssparten begründet werden könne, berechtige die Sozialversicherungsanstalt der Bauern zu Honorarkürzungen. Sie begehre daher als Schaden jenen Betrag, um den das Durchschnittshonorar des Beschwerdeführers den um 50 % erhöhten Mittelwert der Honorare der niederösterreichischen Praktiker überschreite, das seien für die Zeit vom 1. Oktober 1986 bis 31. Dezember 1987 S 302.681,08.

3. Aufgrund der von der Sozialversicherungsanstalt der Bauern vorgelegten Übersichten über die durchschnittliche Höhe der Honorarverrechnungen vergleichbarer Arztpraxen in Niederösterreich in Gegenüberstellung zu den Honorarverrechnungen des Beschwerdeführers sprach die Landesberufungskommission für Niederösterreich den Beschwerdeführer mit Bescheid vom 17. Juni 1992 schuldig, der Sozialversicherungsanstalt der Bauern den Betrag von S 302.681,08 binnen 14 Tagen zu bezahlen.

Der Antrag, ihm aufzutragen, die Verpflichtung zu einer wirtschaftlichen Behandlungsweise gemäß §6 des Gesamtvertrages in Hinkunft mehr als bisher zu beachten, wurde abgewiesen.

Begründend wurde im wesentlichen ausgeführt:

"Der Antragsgegner ... wendete ein, daß immer nur am Einzelfall geprüft werden könne, ob das Maß des Notwendigen überschritten worden sei und ob die Krankenbehandlung ausreichend und zweckmäßig gewesen sei. ...

Aufgrund der vorgelegten Aufzeichnungen wird festgestellt:

...

Bei dieser Betrachtung wurden bewußt jene Bereiche ausgenommen, die vom Antragsgegner als Sonderleistungen im Rahmen der umfassenden ärztlichen Betreuung und aufgrund seiner spezifischen Ausbildung als nicht dem praktischen Arzt im herkömmlichen Sinn zugerechnet werden wollen.

Der Aufwand der Antragstellerin betrug für einen Patienten in Niederösterreich im Schnitt 1986 (1987) S 1.074,80 (S 1.142,12) gegenüber dem Aufwand für einen Patienten des Antragsgegners in Höhe von S 2.345,30 (S 2.955,50). Der Antragsgegner beanspruchte daher pro Patient um 118,21 % (158,77 %) mehr an Honorar als andere praktische Ärzte in NÖ, die aufgrund der Patientenzahl und des Altersquerschnittes der Patienten zum Vergleich herangezogen wurden.

Da sich der Antragsgegner zu den von der Antragstellerin vorgelegten Berechnungen und Zahlen nicht geäußert hat, waren diese den Feststellungen zugrundezulegen. Da die Patienten aufgrund der Bestimmungen des BSVG ihre bezahlten Honorarnoten bis zu drei Jahren später bei der Antragstellerin einreichen können, bestanden gegen eine Globalberechnung keine Bedenken.

Jedes auf einer Leistungszusage basierende Sicherungssystem muß in irgendeiner Form von der Abschätzbarkeit der Realisierung der Voraussetzungen für den Nachteilsausgleich ausgehen. Entscheidend ist, daß zwischen den Einnahmen und den Ausgaben einer Versicherung eine kalkulatorische Relation besteht, die durch bestimmte Gesetzmäßigkeiten hergestellt wird: Grundlage auch jeder Versicherung ist der Gedanke, daß die individuelle Ungewißheit, wenn man eine Vielzahl von Individuen zusammenfaßt, eine Gesetz- und Regelmäßigkeit zeigt, die den zum Ausgleich erforderlichen Gesamtbedarf kalkulieren läßt. ... Geht man davon aus, daß in diesem Sicherungsmodell nach Leistung und leistungsauslösendem Ereignis unterschieden wird, sind diese beiden Systemfunktionen durch einen Bedarfsaspekt verknüpft, zu dessen Isolierung der Gedanke der 'Risikogrenzung' einen Lösungsansatz bildet: Dabei zeigt sich aber, daß die ärztliche Entscheidung allein kein risikobegrenzender Faktor sein kann. Da sich die ärztlichen Entscheidungsvarianten auf vier Grundmuster reduzieren lassen (der Gesunde wird für gesund, der Kranke für krank, der Gesunde für krank, der Kranke für gesund erachtet), ist die ärztliche Entscheidung in hohen Maße von den subjektiven Gesundheitsvorstellungen und Wünschen des Versicherten abhängig, die wiederum von der Entscheidung des Arztes gesteuert werden: Es ist letztlich Entscheidung des Arztes, ob und welche diagnostische und therapeutische Schritte gesetzt werden. ...

...

Wollte man diesen ökonomischen Aspekt auf eine Kosten/Nutzen-Analyse reduzieren, stößt man sehr bald an die Grenzen der Therapiefreiheit des Arztes: operationale Voraussetzung für die Kosten/Nutzen-Analyse ist die Feststellung medizinischer Gleichwertigkeit. Die Feststellung medizinischer Gleichwertigkeit ist aber wieder ein umfassendes Werturteil des Arztes, hinter dem sich in Wahrheit jene Bewertung der Gesamtsituation verbirgt, deren Lösung unter Heranziehung einer umfassenden Kosten/Nutzenrechnung sich als problematisch erweist, die aber nun im Gewand der medizinischen Gleichwertigkeit vorgenommen werden soll (z.B. ist eine riskante Transplantation einer jahrelangen Dauerbehandlung vorzuziehen? ...)

Wenn es daher darum geht, 'der eigentlichen Bestimmung zuwiderlaufende' Ansprüche aus der Krankenversicherung auszuscheiden, sind letztlich die Auswirkungen der Behandlung im Hinblick auf die Aufgabenstellung der Krankenversicherung - und damit der Aufgaben einer Risikostreuung für die Versichertengemeinschaft - zu bewerten. Damit dürfen aber nicht die drei Begriffe 'ausreichend, zweckmäßig und notwendig' isoliert betrachtet werden, sondern müssen gleichermaßen den finalen Aspekten gegenübergestellt werden.

Wollte man den Einsatz diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen in 'rein medizinische' und 'rein ökonomische' Aspekte aufspalten und bei medizinischer Gleichwertigkeit in jedem Fall auf Kosten/Nutzenaspekte reduzieren, würde dies zu einer weitgehenden Entpersonalisierung der behandelnden Tätigkeit des Arztes führen. Dem stehen jedoch die betriebswirtschaftlichen Interessen des Krankenversicherungsträgers gegenüber: der Arzt hat also bei seiner Entscheidung über den Einsatz von Diagnose- und Therapiemethoden sowohl medizinische Gesichtspunkte als auch

Kostenargumente zu berücksichtigen, die er zum Zweck der Wertungskontrolle auch rational vermitteln können muß. Damit wird ein Ausgleich der Interessen des Patienten nach personaler, medizinisch hochwertiger Behandlung, des Arztes nach einer seiner Verantwortung korrespondierenden Therapiefreiheit und der Versichertengemeinschaft nach Kostenminimierung unter dem Aspekt der extremen Zweckwidrigkeit der Leistungsgewährung ermöglicht und herbeigeführt ... .

...

Zwar kann der Arzt unterdeckte medizinische Leistungen nicht einfach verweigern, die Nachfrage an medizinischen Leistungen kann aber sehr wohl vom Wirken der Ärzte beeinflußt werden (s.o.). Werden daher Einzelleistungen nicht kostendeckend honoriert, führt dies entweder dazu, daß Kassenärzte eine diesbezügliche Unterdeckung in Kauf nehmen oder dazu angeregt werden, sich um einen Ausgleich zu bemühen und somit ihre Tätigkeit zu ändern ... . Dies darf aber nicht soweit führen, daß der Sozialversicherungsträger Honorare an den einzelnen Arzt leistet, die weit über den sonst durchschnittlich geleisteten Honoraren liegen, somit das sozialadäquate Einkommen eines Arztes unverhältnismäßig gegenüber vergleichbaren Ordinationen wesentliche erhöht würde. ...

Gegen die Höhe der Berechnungen bestehen keine Bedenken, zumal der Antragsgegner kein konkretisiertes Gegenvorbringen erstatten konnte. ...

Über das Begehren, den Antragsgegner zu einem hinkünftig vertragskonformen Verhalten zu verpflichten konnte nicht abgesprochen werden, da ein derartiger Anspruch nicht exekutierbar ist."

4.1. Gegen diesen Bescheid richtet sich die vorliegende, auf Art144 B-VG gestützte Beschwerde, in der die Verletzung der verfassungsgesetzlich gewährleisteten Rechte auf Unversehrtheit des Eigentums und auf Gleichheit aller Staatsbürger vor dem Gesetz geltend gemacht und die Aufhebung des angefochtenen Bescheides beantragt wird.

4.2. Die belangte Behörde hat die Verwaltungsakten vorgelegt und eine Gegenschrift erstattet, in der sie die Abweisung der Beschwerde begehrt.

4.3. Die am Verfahren beteiligte Sozialversicherungsanstalt der Bauern hat eine Äußerung erstattet, in der sie die Abweisung der Beschwerde und die Verfällung des Beschwerdeführers in den Ersatz ihrer ziffernmäßig geltend gemachten Verfahrenskosten begehrt.

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

5.1. In der Beschwerde wird geltend gemacht, die dem angefochtenen Bescheid zugrundegelegte Methode eines Durchschnittsvergleiches entbehre jeglicher gesetzlicher Grundlage; sie sei daher gesetzlos und willkürlich. Der Begriff der "Wirtschaftlichkeit" finde sich lediglich im §342 Abs1 Z4 ASVG (§181 BSVG); demnach sei durch den Inhalt der Gesamtverträge für die Sicherstellung einer wirtschaftlichen Behandlungs- und Verschreibweise vorzusorgen. Nach Abs2 leg.cit. sei weiters festgelegt, daß die Vergütung der vertragsärztlichen Tätigkeit grundsätzlich nach Einzelleistungen zu vereinbaren sei, wobei die Gesamtverträge eine Begrenzung der Ausgaben der Träger der Krankenversicherung für die vertragsärztliche Tätigkeit enthalten sollen. §6 des Gesamtvertrages verweise jedoch nur auf §83 Abs2 und 3 BSVG, wonach die Krankenbehandlung ausreichend und zweckmäßig sein muß, das Maß des Notwendigen jedoch nicht überschreiten darf. Damit sei die Krankenbehandlung im Sinne dieser Bestimmung mit der Folge zu überprüfen, daß auf jede einzelne Krankenbehandlung abzustellen sei. Weder das Gesetz noch der Gesamt- und Einzelvertrag enthielten einen Anhaltspunkt dafür, daß das Kriterium der "Wirtschaftlichkeit" der Krankenbehandlung anders als im Sinne des §83 Abs2 BSVG verstanden werden könnte.

Nach §22 Abs1 ÄrzteG sei der Arzt verpflichtet, Kranke ohne Unterschied der Person gewissenhaft zu betreuen. Dieser Pflicht und Verantwortlichkeit des Arztes entspreche §22 Abs2 des Gesamtvertrages, wonach der Vertreter des Sozialversicherungsträgers nicht berechtigt ist, in die ärztliche Behandlung einzugreifen. Mit dieser Berufspflicht des Arztes im Einklang stehe auch das vom Gesetzgeber gewählte System der Honorierung nach Einzelleistungen. Die Möglichkeit der Überprüfung der Honorarabrechnungen nach Durchschnittssätzen würde demgegenüber zu einer Honorarpauschalierung der Kassenärzte führen, was gegen die ausdrückliche Intention des Gesetzgebers verstoßen würde. Eine Durchschnittsbetrachtung bedeute entweder, daß der Kassenarzt seiner ärztlichen Versorgungspflicht nicht nachkommen könne oder daß er aufgrund einer ex-post-Durchschnittsbetrachtung die Rückzahlung von Honoraren riskieren müsse.

Eine auf den Einzelfall abgestellte Beurteilungspflicht ergebe sich auch daraus, daß Versicherungsnehmer ihre

Ansprüche gegen den Sozialversicherungsträger im Wege der ordentlichen Gerichte naturgemäß nur auf den jeweiligen Einzelfall abgestellt geltend machen könnten. Würden die Einzelleistungen nicht kostendeckend honoriert, führe dies aber entweder dazu, daß Kassenärzte eine Unterdeckung in Kauf zu nehmen hätten oder daß sie ihre Betreuungstätigkeit ändern müßten, was aber bei einer nachträglichen Durchschnittshonorierung offen ließe, welche Leistungen zu minimieren bzw. einzustellen seien. Eine Steuerung der Behandlungsweise der Kassenärzte im Sinne einer "wirtschaftlichen" Behandlung erfordere also ein Abstellen auf die Einzelleistung, da nur so für den einzelnen Kassenarzt überhaupt die Möglichkeit bestehe, seine Tätigkeit danach zu richten. Wenn dem Beschwerdeführer im angefochtenen Bescheid schließlich der Vorwurf gemacht wurde, zur Berechnung der Sozialversicherungsanstalt kein substantiiertes Vorbringen erstattet zu haben, so sei jedermann leicht erkennbar, daß ihm ein solches unmöglich war, da die Abrechnungsinhalte der jeweiligen anderen Vertragspartner der Sozialversicherungsanstalt ihm zwangsläufig unbekannt gewesen seien.

5.2. Der angefochtene Bescheid verletzt den Beschwerdeführer tatsächlich im verfassungsgesetzlich gewährleisteten Recht auf Gleichheit aller Staatsbürger vor dem Gesetz.

Eine Verletzung des verfassungsgesetzlich gewährleisteten Rechtes auf Gleichheit aller Staatsbürger vor dem Gesetz kann nach der ständigen Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes (zB VfSlg. 10413/1985, 11682/1988) nur vorliegen, wenn der angefochtene Bescheid auf einer dem Gleichheitsgebot widersprechenden Rechtsgrundlage beruht, wenn die Behörde der angewendeten Rechtsvorschrift fälschlicherweise einen gleichheitswidrigen Inhalt unterstellt oder wenn sie bei Erlassung des Bescheides Willkür geübt hat.

Ein willkürliches Verhalten der Behörde, das in die Verfassungssphäre eingreift, liegt u.a. 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 und die dort angeführte Rechtsprechung; VfSlg. 10338/1985, 11213/1987).

Der angefochtene Bescheid, der den Beschwerdeführer zur Leistung von Schadenersatz an die Sozialversicherungsanstalt der Bauern ausschließlich deshalb verpflichtet, weil die von ihm vereinnahmten und von der Versicherungsanstalt an die Anspruchsberechtigten refundierten Honorare die Durchschnittshonorare anderer praktischer Ärzte in Niederösterreich um mehr als 50 % überschritten, wurde aus folgenden Gründen in krasser Verkennung der Rechtslage ohne jegliches Ermittlungsverfahren und deshalb willkürlich erlassen:

5.2.1. Mit dem angefochtenen Bescheid wird der Beschwerdeführer antragsgemäß zur Zahlung von S 302.681,08 als Ersatz eines von ihm im Zeitraum vom 1. Oktober 1986 bis zum 31. Dezember 1987 im Rahmen ärztlicher Hilfe verursachten Schadens verhalten. Die Verurteilung des Beschwerdeführers zum Schadenersatz setzt voraus, daß ihm ein rechtswidriges Verhalten zur Last fällt. Die belangte Behörde erblickt ein solches darin, daß das Ausmaß der vom Beschwerdeführer im genannten Zeitraum erbrachten und verrechneten ärztlichen Leistungen und damit die von ihr refundierten Honorare erhöht um 50 % noch immer um den im angefochtenen Bescheid dem Beschwerdeführer zur (Rück-)Zahlung an die Sozialversicherungsanstalt der Bauern auferlegten Betrag über von anderen Ärzten in Niederösterreich im Durchschnitt erbrachten Leistungen und aufgrund dieser verrechneten Honorare liege.

Auf das Wesentlichste zusammengefaßt, begründet die belangte Behörde ihre Ansicht, daß sich (schon) daraus, daß die Honorare des Beschwerdeführers die durchschnittlichen Honorare anderer Vertragsärzte in Niederösterreich überschritten, die Rechtswidrigkeit ergebe, da die Begriffe "ausreichend, zweckmäßig und notwendig", wie sie im §83 Abs2 BSVG als Begrenzung der Behandlungspflicht festgelegt sind, nicht isoliert betrachtet werden dürften, sondern "gleichermaßen den finalen Aspekten" gegenüberzustellen seien. Der Arzt habe bei seiner Entscheidung über den Einsatz von Diagnose- und Therapiemethoden sowohl medizinische Gesichtspunkte als auch Kostenargumente zu berücksichtigen, die er auch rational vermitteln müsse. Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen könne von ihm sehr wohl beeinflußt werden. Daß Einzelleistungen kostendeckend zu honorieren seien, dürfe nicht dazu führen, daß der Sozialversicherungsträger Honorare an den einzelnen Arzt zu leisten habe, "die weit über den sonst durchschnittlich geleisteten Honoraren liegen, somit das sozialadäquate Einkommen eines Arztes unverhältnismäßig gegenüber vergleichbaren Ordinationen wesentlich erhöht würde".

Mit diesen Ausführungen des angefochtenen Bescheides werden jedoch nicht rechtliche Erwägungen, sondern nur

Überlegungen allgemeiner Natur über ein kostensparendes therapeutisches Verhalten angestellt. Die belangte Behörde versucht gar nicht eine Rechtsgrundlage dafür zu nennen, aus der sich aufgrund einer über dem Durchschnitt liegenden Leistungserbringung eines Vertragsarztes bereits ein rechtswidriges Verhalten ergäbe.

Es finden sich nach dem angefochtenen Bescheid auch keine Anhaltspunkte dafür, daß vom Beschwerdeführer erbrachte ärztliche Leistungen honorarmäßig zu Lasten der Sozialversicherungsanstalt der Bauern nicht mehr hätten erbracht werden dürfen. Daß eine "notwendige" Krankenbehandlung nicht mehr vorliegt, wenn sie eine - nach Meinung der belangten Behörde wohl mitzudenkende - Honorarhöhe überschreitet, kann §83 Abs2 und 3 BSVG offenkundig denkmöglich nicht unterstellt werden. Die Anordnung dieser Gesetzesstelle, daß die Krankenbehandlung ausreichend und zweckmäßig sein müsse, jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfe, schließt es aus, eine honorarmäßige Durchschnittsbetrachtung anzustellen und mittels dieser den zulässigen Umfang der von den Vertragsärzten zu erbringenden Krankenbehandlung zu begrenzen. Eine solche Auslegung würde §83 Abs2 und 3 BSVG unsachlich und damit gleichheitswidrig machen. Diese Gesetzesstelle - und sie allein ist maßgeblich, weil das BSVG gesetzliche Leistungsgrenzen anderer Art nicht einzieht - gebietet vielmehr die Krankenbehandlung auf die Notwendigkeiten des jeweiligen Krankenfalles abzustellen, wenn sie davon spricht, daß die Krankenbehandlung ausreichend und zweckmäßig sein muß, das Notwendige jedoch nicht überschreiten dürfe. Die Rechtmäßigkeit oder Rechtswidrigkeit des Verhaltens von Vertragsärzten bei Erbringung von Krankenbehandlungen ist - wie sich aus §83 BSVG ergibt - somit nach dem jeweiligen Behandlungsbedarf zu beurteilen.

Da von der im §342 Abs2 ASVG (diese Bestimmung gilt gemäß §181 Z3 BSVG auch für die Beziehungen des Versicherungsträgers zu den Vertragsärzten nach diesem Gesetz) vorgesehenen Möglichkeit, für die vertragsärztliche Tätigkeit eine Ausgabenbegrenzung zu verfügen, kein Gebrauch gemacht wurde, erübrigte es sich, der Frage nachzugehen, welche Begrenzungen im Gesamtvertrag verfassungskonform erfolgen könnten. Die Partner des Gesamtvertrages (nach §4 des Einzelvertrages ergeben sich aus diesem die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien) haben vielmehr (vgl. §6 des Gesamtvertrages) ausschließlich §83 Abs2 und 3 BSVG als Beurteilungsmaßstab für die Feststellung einer rechtswidrigen - weil nicht notwendigen - Krankenbehandlung festgelegt.

Eine Beurteilung, ob der notwendige Behandlungsbedarf vom Vertragsarzt überschritten wurde, ist nach dem Gesamtvertrag (vgl. §16) auch möglich, da dieser dem Vertragsarzt die Pflicht zur Auskunftserteilung gegenüber der Sozialversicherungsanstalt der Bauern sowohl in medizinischen als auch nichtmedizinischen Fragen auferlegt. Dies steht auch im Einklang mit dem Gesetz, zumal auch im §366 ASVG - der auch für das BSVG nach §182 leg.cit. anzuwenden ist - die Pflicht zur Mitwirkung des Anspruchswerbers oder Anspruchsberechtigten zur Feststellung des Vorliegens der Anspruchsvoraussetzungen nach Maßgabe des Grades gesundheitlicher Schädigungen festlegt.

Der Gesetzgeber hat damit aber auch festgelegt, wie vorzugehen ist, um zu beurteilen, ob durch einen Vertragsarzt eine Krankenbehandlung erfolgt, die das gesetzlich vorgesehene Ausmaß (§83 Abs2 und 3 BSVG) überschreitet.

Die belangte Behörde hat demgegenüber, indem sie ausschließlich von einer Gegenüberstellung der Honorarverrechnungen des Beschwerdeführers mit der durchschnittlichen Höhe der Honorarverrechnungen anderer Vertragsärzte ausgeht, dem Beschwerdeführer völlig allgemein unterstellt, daß er in nicht näher bezeichneten Behandlungsfällen Krankenbehandlungen durchgeführt und verrechnet habe, die das gesetzlich vorgeschriebene Ausmaß (§83 Abs2 und 3 BSVG) überschritten. Mangels jeglicher Konkretisierung ist die nach Inhalt des angefochtenen Bescheides dem Beschwerdeführer angelastete Schadenszufügung selbst unter dem Gesichtspunkt der Denkmöglichkeit nicht überprüfbar und der Bescheid deshalb als verfassungswidrig aufzuheben.

Das bedeutet allerdings nicht, daß von der belangten Behörde in weiteren Verfahren zwangsläufig jeder einzelne Behandlungsfall auf das Überschreiten eines notwendigen Behandlungsbedarfes hin überprüft werden müßte. Die belangte Behörde wird jedoch in einem durchzuführenden Beweisverfahren aufgrund repräsentativer Stichproben zu prüfen haben, ob die vom Beschwerdeführer erbrachte Krankenbehandlung den Anforderungen des §83 Abs2 und 3 BSVG nicht entsprochen hat, weil sie nicht nur ausreichend und zweckmäßig, sondern nicht notwendig war. Stünde dann aufgrund von konkreten Beweisergebnissen fest, daß sich der Beschwerdeführer rechtswidrig verhalten hat und würde dann der Beweis über den streitigen Betrag des zu ersetzenden Schadens nur mit unverhältnismäßigen Schwierigkeiten zu erbringen sein, dann könnte die Behörde diesen letztlich nach freier Überzeugung festsetzen (vgl. §273 Abs1 ZPO), wobei sie bei dieser Festsetzung die durchschnittliche Höhe der Leistungs- und Honorarverrechnungen von anderen Vertragsärzten berücksichtigen wird können.

5.3. Die belangte Behörde hat, ihrer qualifiziert unrichtigen Auffassung folgend, jegliche Beweisaufnahme für Einzelfälle unterlassen. Sie hat damit auch ihre Ermittlungspflicht kraß verletzt.

All dies zeigt, daß der belangten Behörde wegen gehäuften Verkennens der Rechtslage und Unterlassung jeglichen Ermittlungsverfahrens in entscheidenden Punkten Willkür anzulasten ist.

5.4. Der angefochtene Bescheid ist daher wegen Verletzung des Beschwerdeführers im verfassungsgesetzlich gewährleisteten Recht auf Gleichheit aller Staatsbürger vor dem Gesetz aufzuheben.

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus §88 VerfGG; in den Kosten ist USt im Betrage von S 2.500,-- enthalten.

6. Dies konnte gemäß §19 Abs4 erster Satz ohne mündliche Verhandlung in nichtöffentlicher Sitzung beschlossen werden.

Schlagworte

Sozialversicherung, Ärzte, Schadenersatz, Ersatzbescheid

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:VFGH:1994:B384.1993

Dokumentnummer

JFT_10059072_93B00384_00

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

© 2026 JUSLINE

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

www.jusline.at