

TE Vfgh Erkenntnis 2010/10/8 V43/09

JUSLINE Entscheidung

🕒 Veröffentlicht am 08.10.2010

Index

66 Sozialversicherung

66/01 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

Norm

B-VG Art7 Abs1 / Verordnung

B-VG Art18 Abs2

ASVG §131, §131a, §131b, §135 Abs1 Z4

Satzung 2003 der Nö Gebietskrankenkasse §37, Anhang 6

1. B-VG Art. 7 heute
2. B-VG Art. 7 gültig ab 01.08.2013 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 114/2013
3. B-VG Art. 7 gültig von 01.01.2004 bis 31.07.2013 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 100/2003
4. B-VG Art. 7 gültig von 16.05.1998 bis 31.12.2003 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 68/1998
5. B-VG Art. 7 gültig von 14.08.1997 bis 15.05.1998 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 87/1997
6. B-VG Art. 7 gültig von 01.07.1988 bis 13.08.1997 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 341/1988
7. B-VG Art. 7 gültig von 01.01.1975 bis 30.06.1988 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 444/1974
8. B-VG Art. 7 gültig von 19.12.1945 bis 31.12.1974 zuletzt geändert durch StGBI. Nr. 4/1945
9. B-VG Art. 7 gültig von 03.01.1930 bis 30.06.1934

1. B-VG Art. 18 heute
2. B-VG Art. 18 gültig ab 01.07.2012 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 51/2012
3. B-VG Art. 18 gültig von 01.01.2004 bis 30.06.2012 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 100/2003
4. B-VG Art. 18 gültig von 01.01.2002 bis 31.12.2003 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 121/2001
5. B-VG Art. 18 gültig von 01.01.1999 bis 31.12.2001 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 121/2001
6. B-VG Art. 18 gültig von 01.01.1999 bis 31.12.1996 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 8/1999
7. B-VG Art. 18 gültig von 01.01.1997 bis 31.12.1998 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 121/2001
8. B-VG Art. 18 gültig von 19.12.1945 bis 31.12.1996 zuletzt geändert durch StGBI. Nr. 4/1945
9. B-VG Art. 18 gültig von 03.01.1930 bis 30.06.1934

1. ASVG § 131 heute
2. ASVG § 131 gültig ab 01.01.2020 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 100/2018
3. ASVG § 131 gültig von 03.08.2017 bis 31.12.2019 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 131/2017
4. ASVG § 131 gültig von 25.04.2014 bis 02.08.2017 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 32/2014
5. ASVG § 131 gültig von 01.09.2010 bis 24.04.2014 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 61/2010
6. ASVG § 131 gültig von 01.01.2006 bis 31.08.2010 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 155/2005
7. ASVG § 131 gültig von 01.08.2001 bis 31.12.2005 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 99/2001

8. ASVG § 131 gültig von 01.08.1996 bis 31.07.2001 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 764/1996

Leitsatz

Keine Gesetzwidrigkeit der in der Satzung 2003 der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse festgesetzten Höhe des Kostenzuschusses für Heilmassage durch einen freiberuflichen Heilmasseur

Spruch

Der Antrag wird abgewiesen.

Begründung

Entscheidungsgründe:

I. 1.1. Mit seinem auf Art139 Abs1 und Abs4 B-VG gestütztenrömisches eins. 1.1. Mit seinem auf Art139 Abs1 und Abs4 B-VG gestützten

Antrag vom 16. Juni 2009 beantragte der Oberste Gerichtshof auszusprechen, dass im Punkt 2a des Anhangs 6 zur "Satzung 2003" der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse (im Folgenden: Satzung 2003) in der Fassung ihrer 2. Änderung (Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 28/2004, www.avsv.at) die der Position "Manuelle Heilmassage" zugeordnete Zeichenfolge "2,00 €" gesetzwidrig war. Antrag vom 16. Juni 2009 beantragte der Oberste Gerichtshof auszusprechen, dass im Punkt 2a des Anhangs 6 zur "Satzung 2003" der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse (im Folgenden: Satzung 2003) in der Fassung ihrer 2. Änderung (Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 28 aus 2004,, www.avsv.at) die der Position "Manuelle Heilmassage" zugeordnete Zeichenfolge "2,00 €" gesetzwidrig war.

Die 2. Änderung der Satzung 2003 wurde von der Generalversammlung der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse am 3. März 2004 beschlossen und von der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen mit Bescheid vom 17. März 2004, Z96.430/18-I/B/10/04, genehmigt sowie am 24. März 2004, 04.00 Uhr, verlautbart (Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 28/2004, www.avsv.at; vgl. §455 Abs1 ASVG). Gemäß §53 Abs1 der Satzung ist die 2. Änderung der Satzung 2003 nach Ablauf des fünften Kalendertages ab dem Zeitpunkt der Freigabe der Verlautbarung zur Abfrage im Internet, dh. am 29. März 2004, in Kraft getreten. Die 2. Änderung der Satzung 2003 wurde von der Generalversammlung der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse am 3. März 2004 beschlossen und von der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen mit Bescheid vom 17. März 2004, Z96.430/18-I/B/10/04, genehmigt sowie am 24. März 2004, 04.00 Uhr, verlautbart (Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 28 aus 2004,, www.avsv.at; vergleiche §455 Abs1 ASVG). Gemäß §53 Abs1 der Satzung ist die 2. Änderung der Satzung 2003 nach Ablauf des fünften Kalendertages ab dem Zeitpunkt der Freigabe der Verlautbarung zur Abfrage im Internet, dh. am 29. März 2004, in Kraft getreten.

In dieser angefochtenen Bestimmung der Satzung 2003 sind die Kostenzuschüsse für die aufgrund ärztlicher Verschreibung erforderlichen Leistungen von freiberuflichen Heilmasseuren nach dem Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz (MMHmG), BGBl. I 169/2002, geregelt. Dabei wird normiert, dass für manuelle Heilmassagen pro Sitzung mit einer Minstdauer von 10 Minuten ein Zuschuss von € 2,-- geleistet wird. In dieser angefochtenen Bestimmung der Satzung 2003 sind die Kostenzuschüsse für die aufgrund ärztlicher Verschreibung erforderlichen Leistungen von freiberuflichen Heilmasseuren nach dem Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz (MMHmG), Bundesgesetzblatt Teil eins, 169 aus 2002,, geregelt. Dabei wird normiert, dass für manuelle Heilmassagen pro Sitzung mit einer Minstdauer von 10 Minuten ein Zuschuss von € 2,-- geleistet wird.

1.2. Dem Rechtsstreit vor dem antragstellenden Gericht liegt folgender Sachverhalt zugrunde:

Die Klägerin im Anlassverfahren ist Versicherte des beklagten Krankenversicherungsträgers, der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse, und hat über ärztliche Verschreibung im Zeitraum vom 26. Mai bis 13. Juli 2004 durch eine freiberufliche Heilmasseurin u. a. 10 Heilmassagen in der Dauer von jeweils 25 Minuten erhalten, wofür sie einen Betrag von € 350,-- bezahlte. Mit Bescheid vom 29. September 2005 hat der beklagte Krankenversicherungsträger ausgesprochen, dass der Klägerin anlässlich der Inanspruchnahme dieser Behandlungen ein Kostenzuschuss von € 45,-- gebührt. Gegen diesen Bescheid erhob die Klägerin im Anlassverfahren Klage mit dem Begehren, die beklagte Partei sei schuldig, ihr für die in Anspruch genommenen Heilmassagen einen weiteren Kostenzuschuss in der Höhe von zuletzt € 98,50 zu zahlen. Sowohl das Erstgericht als auch das Berufungsgericht wiesen das Klagebegehren ab. Im Rahmen des Revisionsverfahrens entstanden beim Obersten Gerichtshof Bedenken gegen die nunmehr in Prüfung stehende Wortfolge im Anhang 6 der Satzung 2003 der Niederösterreichischen

Gebietskrankenkasse, die ihn dazu veranlasst haben, einen darauf bezogenen Antrag auf Feststellung der Gesetzwidrigkeit dieser (mittlerweile außer Kraft getretenen; dazu Pkt. I.2.3.) Bestimmung zu stellen. Die Klägerin im Anlassverfahren ist Versicherte des beklagten Krankenversicherungsträgers, der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse, und hat über ärztliche Verschreibung im Zeitraum vom 26. Mai bis 13. Juli 2004 durch eine freiberufliche Heilmasseurin u. a. 10 Heilmassagen in der Dauer von jeweils 25 Minuten erhalten, wofür sie einen Betrag von € 350,- bezahlte. Mit Bescheid vom 29. September 2005 hat der beklagte Krankenversicherungsträger ausgesprochen, dass der Klägerin anlässlich der Inanspruchnahme dieser Behandlungen ein Kostenzuschuss von € 45,- gebührt. Gegen diesen Bescheid erhob die Klägerin im Anlassverfahren Klage mit dem Begehren, die beklagte Partei sei schuldig, ihr für die in Anspruch genommenen Heilmassagen einen weiteren Kostenzuschuss in der Höhe von zuletzt € 98,50 zu zahlen. Sowohl das Erstgericht als auch das Berufungsgericht wiesen das Klagebegehren ab. Im Rahmen des Revisionsverfahrens entstanden beim Obersten Gerichtshof Bedenken gegen die nunmehr in Prüfung stehende Wortfolge im Anhang 6 der Satzung 2003 der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse, die ihn dazu veranlasst haben, einen darauf bezogenen Antrag auf Feststellung der Gesetzwidrigkeit dieser (mittlerweile außer Kraft getretenen; dazu Pkt. römisch eins.2.3.) Bestimmung zu stellen.

1.3. Das antragstellende Gericht legte seine Bedenken gegen die angefochtene Satzungsbestimmung wie folgt dar:

"7.2. Nach der Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofs ist die Gebietskrankenkasse nach §131b ASVG iVm §131a ASVG nicht verpflichtet, kostendeckende Leistungen (zu Marktpreisen) vorzusehen (VfSlg 17.518/2005). Der Krankenversicherungsträger ist aber in der Festsetzung der Höhe solcher Kostenzuschüsse, die gemäß §131b ASVG anstelle von gesetzlichen Pflicht(sach)leistungen zu gewähren sind, nicht frei. In dieser verfassungsrechtlich unbedenklichen (vgl VfSlg 15.787/2000) Bestimmung ist nämlich angeordnet, dass solche Zuschüsse nicht nur nach Maßgabe der finanziellen Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers festzusetzen sind, sondern dass dabei auch das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten mitzuberücksichtigen ist. "7.2. Nach der Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofs ist die Gebietskrankenkasse nach §131b ASVG in Verbindung mit §131a ASVG nicht verpflichtet, kostendeckende Leistungen (zu Marktpreisen) vorzusehen (VfSlg 17.518 aus 2005,). Der Krankenversicherungsträger ist aber in der Festsetzung der Höhe solcher Kostenzuschüsse, die gemäß §131b ASVG anstelle von gesetzlichen Pflicht(sach)leistungen zu gewähren sind, nicht frei. In dieser verfassungsrechtlich unbedenklichen vergleiche VfSlg 15.787 aus 2000,) Bestimmung ist nämlich angeordnet, dass solche Zuschüsse nicht nur nach Maßgabe der finanziellen Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers festzusetzen sind, sondern dass dabei auch das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten mitzuberücksichtigen ist.

7.3. Bei Erlassung der entsprechenden Satzungsregelung kommt dem Krankenversicherungsträger zwar ein weiter rechtspolitischer Spielraum zu (VfSlg 17.518/2005). Dieser ist aber nach Auffassung des Obersten Gerichtshofs überschritten, wenn - wie hier - der Krankenversicherungsträger für eine Leistung einen Kostenzuschuss von weniger als 10 % des nach den Marktgegebenheiten in Betracht kommenden Aufwands vorsieht und dieser Kostenzuschuss - bezogen auf eine Minute der Leistungserbringung - nur etwa die Hälfte desjenigen erreicht, der gewährt wird, wenn ein Angehöriger einer anderen Berufsgruppe vom Versicherten zur Leistungserbringung in Anspruch genommen wird. Der letztgenannte Umstand zeigt, dass einem höheren Kostenzuschuss für Heilmasseure nicht die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers entgegensteht. In dieser Richtung stellte die beklagte Partei auch keinerlei Behauptungen auf. Dass ein Kostenzuschuss in Höhe von nicht einmal 10 % des in Betracht kommenden Aufwands dem wirtschaftlichen Bedürfnis der Versicherten nicht entspricht, bedarf keiner näheren Ausführung (vgl VfSlg 13.571/1993). 7.3. Bei Erlassung der entsprechenden Satzungsregelung kommt dem Krankenversicherungsträger zwar ein weiter rechtspolitischer Spielraum zu (VfSlg 17.518 aus 2005,). Dieser ist aber nach Auffassung des Obersten Gerichtshofs überschritten, wenn - wie hier - der Krankenversicherungsträger für eine Leistung einen Kostenzuschuss von weniger als 10 % des nach den Marktgegebenheiten in Betracht kommenden Aufwands vorsieht und dieser Kostenzuschuss - bezogen auf eine Minute der Leistungserbringung - nur etwa die Hälfte desjenigen erreicht, der gewährt wird, wenn ein Angehöriger einer anderen Berufsgruppe vom Versicherten zur Leistungserbringung in Anspruch genommen wird. Der letztgenannte Umstand zeigt, dass einem höheren Kostenzuschuss für Heilmasseure nicht die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers entgegensteht. In dieser Richtung stellte die beklagte Partei auch keinerlei Behauptungen auf. Dass ein Kostenzuschuss in Höhe von nicht einmal 10 % des in Betracht kommenden Aufwands dem wirtschaftlichen Bedürfnis der Versicherten nicht entspricht, bedarf keiner näheren Ausführung vergleiche VfSlg 13.571 aus 1993,).

8. Der Oberste Gerichtshof sieht sich daher veranlasst, im Hinblick auf die dargelegten Bedenken an der Gesetzmäßigkeit der präjudiziellen Bestimmung der Satzung 2003 einen entsprechenden Verordnungsprüfungsantrag an den Verfassungsgerichtshof zu stellen. Da die Satzung 2003 nicht mehr in Kraft ist, war im Sinn des [Art] 89 Abs3 B-VG die Feststellung zu begehren, dass die genannte Satzungsbestimmung gesetzwidrig war."

1.4. Die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse erstattete eine schriftliche Äußerung; darin tritt sie den dargelegten Bedenken entgegen und begehrt, den vorliegenden Verordnungsprüfungsantrag abzuweisen.

Im Einzelnen führte sie darin u.a. aus:

"Vom Hauptverband wurde im Jahr 2003 ein Arbeitskreis mit der Aufgabe eingesetzt, Vorschläge für Satzungsregelungen (Voraussetzung für Leistungsübernahme und Höhe der Kostenzuschüsse durch die Krankenversicherungsträger) hinsichtlich der Heilmasseurinnen/-masseure nach §46 des Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetzes (MMHmG) zu erarbeiten. Zu diesem Zweck hat der Arbeitskreis die in Betracht kommenden Leistungen nach den für freiberuflich tätige Heilmasseurinnen/-masseure festgelegten berufsrechtlichen Bestimmungen aufgeschlüsselt und anhand einer bundesweiten Erhebung der 'Marktpreise' für diese Leistungen (vertraglich von Krankenversicherungsträgern vereinbarte tatsächliche Tarife für niedergelassene Ärztinnen/Ärzte, Institute und freiberufliche Physiotherapeutinnen/-therapeuten) die Kostenzuschüsse pro Leistung bestimmt. Die Ermittlung der Kostenzuschüsse erfolgte den Ausführungen des Hauptverbandes zufolge nach folgenden Überlegungen:

- * Bestimmung des niedrigsten tatsächlich vereinbarten Tarifes bundesweit pro Leistungsposition (gleichgültig ob durch niedergelassene Ärztin/niedergelassenen Arzt, Institut oder Physiotherapeutin/-therapeut)

- * Festlegung der Kostenzuschüsse durch den Arbeitskreis anhand dieser Erhebung; dabei aber Augenmerk auf die Tarifstruktur (z. B. Grundleistungsvergütung bei Vertragsärztinnen/-ärzten), Gewichtung der Leistungen zueinander, Berücksichtigung des 'Handlings' der Leistung (rein manuelle Durchführung oder mit Hilfe von Geräten).

Im Ergebnis wurde die Höhe der Kostenzuschüsse im Verhältnis zu den tatsächlichen Vertragstarifen nicht unter 50% und nicht über 80% festgelegt.

Die vorgeschlagenen Kostenzuschussregelungen seien laut Hauptverband von dessen Geschäftsführung zum Zwecke einer allfälligen Umsetzung in den Satzungen der Krankenversicherungsträger mittels Beschluss zur Kenntnis genommen worden. In der Folge hat die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse - wie auch andere Krankenversicherungsträger - die vom Hauptverband abgegebenen Empfehlungen hinsichtlich der Zuschusshöhe vollinhaltlich umgesetzt.

Das Landesgericht Korneuburg als Erstgericht führte in der Begründung seines (in der Folge zurückgewiesenen) Verordnungsprüfungsantrages an den Verfassungsgerichtshof aus, dass die in Prüfung gezogene Satzungsbestimmung die tatsächlichen Marktverhältnisse verkenne, da lediglich von einer Mindestdauer der Heilmassage von 10 Minuten ausgegangen werde. Demgegenüber existieren im Bundesland Niederösterreich Anbieterinnen/Anbieter für

25 - 30minütige Heilmassagen, jedoch keine Anbieterinnen/Anbieter für

zehnminütige Heilmassagen. Eine Pauschalierung des Kostenzuschusses habe sich an einer Durchschnittsbetrachtung der Marktgegebenheiten zu orientieren und sei der Zuschuss zu einer am Markt angebotenen Leistung in Beziehung zu setzen. Ergänzend dazu führt der Oberste Gerichtshof (OGH) aus, dass der rechtspolitische Spielraum bei der Festsetzung der Kostenzuschüsse nach §131b ASVG überschritten sei, wenn ein Krankenversicherungsträger wie im konkreten Fall einen Kostenzuschuss von weniger als 10 % des nach den Marktgegebenheiten in Betracht kommenden Aufwands vorsieht.

Der Verfassungsgerichtshof hat in einem Erkenntnis - wie vom OGH zitiert - Zuschusszahlungen für Zahnersatz nach §153 Abs2 ASVG im Ausmaß von nur 10 % des tatsächlichen Aufwands als zu gering qualifiziert (VfSlg.13.571). Begründet wird dies damit, dass diese Norm von einer Kosten'beteiligung' der Versicherten bei Bestehen von Gesamtverträgen ausgeht und auch die Höhe der Kostenzuschüsse für Leistungen, für die ein vertragsloser Zustand besteht, derart festgelegt werden muss, dass noch von einer Kostenbeteiligung der Anspruchsberechtigten gesprochen werden kann (arg.: 'An Stelle'). Der Terminus einer Kostenbeteiligung fehlt jedoch in §131b ASVG, weshalb ein Vergleich zwischen der letztgenannten Regelung und §153 Abs2 ASVG nach Meinung der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse ins Leere geht.

Nach herrschender Judikatur ist ein Krankenversicherungsträger gemäß §131b ASVG i. V. m. §131a ASVG nicht verpflichtet, kostendeckende Leistungen (zu Marktpreisen) vorzusehen. Dies ergibt sich schon aus der Bedeutung des Begriffs des Kostenzuschusses (vgl. VfGH 18.3.2005, V97/03). Daraus folgt unzweifelhaft, dass sich die Höhe des Kostenzuschusses für Heilmassagen keinesfalls an den auf dem freien Markt herrschenden Preisen für derartige Leistungen, sondern an bestehenden Vertragstarifen zu orientieren hat (OGH 21.10.2003, 10 ObS 231/03 y; vgl. auch VfSlg. 17.518). Beispielsweise ist in der Honorarordnung des für die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse geltenden kurativen Gesamtvertrages mit den niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten i. S. d. §343 Abs2 ASVG für eine mindestens zehn Minuten dauernde manuelle Massage (Pos. 723) durch die Ärztin/den Arzt bzw. eine/einen qualifizierte/qualifizierten Assistentin/Assistenten ein Tarif von dzt. € 4,08 (€ 3,92 im Jahr 2004) vorgesehen. Nach herrschender Judikatur ist ein Krankenversicherungsträger gemäß §131b ASVG i. römisch fünf. m. §131a ASVG nicht verpflichtet, kostendeckende Leistungen (zu Marktpreisen) vorzusehen. Dies ergibt sich schon aus der Bedeutung des Begriffs des Kostenzuschusses vergleiche VfGH 18.3.2005, V97/03). Daraus folgt unzweifelhaft, dass sich die Höhe des Kostenzuschusses für Heilmassagen keinesfalls an den auf dem freien Markt herrschenden Preisen für derartige Leistungen, sondern an bestehenden Vertragstarifen zu orientieren hat (OGH 21.10.2003, 10 ObS 231/03 y; vergleiche auch VfSlg. 17.518). Beispielsweise ist in der Honorarordnung des für die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse geltenden kurativen Gesamtvertrages mit den niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten i. S. d. §343 Abs2 ASVG für eine mindestens zehn Minuten dauernde manuelle Massage (Pos. 723) durch die Ärztin/den Arzt bzw. eine/einen qualifizierte/qualifizierten Assistentin/Assistenten ein Tarif von dzt. € 4,08 (€ 3,92 im Jahr 2004) vorgesehen.

§131b ASVG ordnet an, dass sich Kostenzuschüsse u. a. nach dem wirtschaftlichen Bedürfnis der Versicherten zu richten haben. Der Verfassungsgerichtshof hat die zu geringe Höhe des Kostenzuschusses für Pflegeleistungen der medizinischen Hauskrankenpflege (V97/03) damit begründet, dass im Bereich der medizinischen Hauskrankenpflege ein breites Spektrum an einzelnen Behandlungsleistungen mit unterschiedlich hohen Kosten möglich ist und daher eine - an sich zulässige - Pauschalierung der Zuschüsse einer Durchschnittsbetrachtung bedarf. Im Gegensatz zu diesen in Prüfung gezogenen pauschalierten Kostenzuschüssen der Wiener Gebietskrankenkasse beziehen sich die im Anhang 6 Punkt 2a der Satzung der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse festgelegten Kostenzuschüsse auf jede einzelne aufgezählte Behandlungsleistung. Das bedeutet, dass eine Versicherte/ein Versicherter Anspruch auf Zahlung eines tarifmäßig vorgesehenen Kostenzuschusses für jede Behandlungsleistung pro Sitzung hat.

Eine allfällige Durchschnittsbetrachtung bzw. stärkere Orientierung am tatsächlichen Aufwand ist daher nur dann in Betracht zu ziehen, wenn der Patientin/dem Patienten eine Behandlung bei einer/einem Heilmasseurin/Heilmasseur an sich, d.h. unabhängig von der Anzahl der erbrachten Leistungen, pauschaliert vergütet würde. Hinzu kommt, dass sich - wie aus dem vom Erstgericht in Auftrag gegebenen Gutachten ersichtlich - die tatsächlichen Kosten für

20 - 30minütige Heilmassagen im Bundesland Niederösterreich

überwiegend zwischen € 19,00 und € 27,00 bewegen und daher eine wie im Bereich der medizinischen Hauskrankenpflege auf Grund entsprechender Pflegemaßnahmen zu berücksichtigende Kostensteigerung für Anspruchsberechtigte (vgl. V97/03 - Kosten für Hauskrankenpflege: € 5.903,77) nicht zu erwarten ist. Eine mit der Hauskrankenpflege vergleichbare wirtschaftliche Belastung der Anspruchsberechtigten ist daher im Bereich der Heilmassage nicht ersichtlich. Würde eine Durchschnittsbetrachtung bei der Festlegung der Zuschussleistungen gemäß §131b ASVG für manuelle Heilmassagen ins Auge gefasst werden, bedeutet dies - nicht zuletzt wegen der vergleichsweise geringen Preisdifferenz zwischen den einzelnen Heilmasseuren - de facto eine Angleichung der Kostenzuschüsse an tatsächlich vorherrschende Marktpreise mit nur geringen Abweichungen. Wie bereits oben erwähnt, wird eine Verpflichtung zur Angleichung der Tarifhöhe nach herrschender Judikatur jedoch verneint.überwiegend zwischen € 19,00 und € 27,00 bewegen und daher eine wie im Bereich der medizinischen Hauskrankenpflege auf Grund entsprechender Pflegemaßnahmen zu berücksichtigende Kostensteigerung für Anspruchsberechtigte vergleiche V97/03 - Kosten für Hauskrankenpflege: € 5.903,77) nicht zu erwarten ist. Eine mit der Hauskrankenpflege vergleichbare wirtschaftliche Belastung der Anspruchsberechtigten ist daher im Bereich der Heilmassage nicht ersichtlich. Würde eine Durchschnittsbetrachtung bei der Festlegung der Zuschussleistungen gemäß §131b ASVG für manuelle Heilmassagen ins Auge gefasst werden, bedeutet dies - nicht zuletzt wegen der

vergleichsweise geringen Preisdifferenz zwischen den einzelnen Heilmasseuren - de facto eine Angleichung der Kostenzuschüsse an tatsächlich vorherrschende Marktpreise mit nur geringen Abweichungen. Wie bereits oben erwähnt, wird eine Verpflichtung zur Angleichung der Tarifhöhe nach herrschender Judikatur jedoch verneint.

Bei der Festlegung der Höhe dieser Zuschüsse, welche an Patienten bezahlt werden, ist gemäß §131b ASVG vom Versicherungsträger auch auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit Bedacht zu nehmen. Da passive Therapien (z. B. Massagen) neben den Physiotherapeutinnen/-therapeuten seit Inkraft-Treten des Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetzes auch von freiberuflich tätigen Heilmasseurinnen/-masseuren erbracht werden dürfen, ist durch das verstärkte Angebot an Leistungserbringerinnen/-erbringern ein erheblicher Kostenanstieg in diesem Leistungssegment zu erwarten. Dies deshalb, weil Versicherte, die eine/einen freiberuflich tätige/tätigen Heilmasseurin/-masseur bzw. Physiotherapeutin/Physiotherapeuten aufsuchen und die notwendigen Voraussetzungen für eine zumindest teilweise Kostenrückerstattung erfüllen, einen Anspruch auf Refundierung der satzungsmäßig vorgesehenen Kostenzuschüsse haben. In diesem Zusammenhang darf nicht unerwähnt bleiben, dass der Bedarf an Therapeutinnen/Therapeuten nicht gleichzusetzen ist mit dem Bedürfnis von Patientinnen/Patienten, physiotherapeutische Leistungen in Anspruch zu nehmen ('Angebot schafft Nachfrage'). In Anbetracht der finanziellen Situation der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse und der dadurch notwendig gewordenen Einsparungen ist die dzt. geltende Höhe der hier in Rede stehenden Kostenzuschüsse unter sachlichen Gesichtspunkten gerechtfertigt; höhere Zuschüsse würden der Leistungsfähigkeit der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse - entgegen der Meinung des OGH - sehr wohl entgegenstehen.

Die dem Beschluss des OGH in gegenständlicher Angelegenheit entnehmbare Rechtsmeinung, dass sich Kostenzuschüsse insoweit an den Marktgegebenheiten zu orientieren haben, als der Zuschuss zu einer am Markt angebotenen Leistung prozentuell in Beziehung zu setzen ist, steht sohin nach Ansicht der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse in Widerspruch zur oben zitierten Rechtsprechung. Eine Orientierung an den Marktgegebenheiten würde nämlich im Lichte dieser Judikatur (10 ObS 231/03 y) im Ergebnis dazu führen, dass vertraglich festgelegte Honorartarife bei der Berechnung von Kostenzuschüssen außer Acht zu lassen sind.

Was die Festlegung der Mindestbehandlungsdauer von zehn Minuten für manuelle Heilmassagen betrifft, ist festzuhalten, dass diese aus medizinischer Sicht im Falle der Durchführung von Massagen gemeinsam mit anderen Therapien als ausreichend gilt und sohin als sachlich gerechtfertigt anzusehen ist. Unter Beachtung des in §133 Abs2 ASVG verankerten Ökonomiegebotes ist daher eine Durchschnittsbetrachtung der tatsächlichen Leistungen nach Ansicht der Kasse dann nicht vorzunehmen, wenn die von den Heilmasseuren erbrachten Leistungen im Ausmaß von durchschnittlich 20 - 30 Minuten das Maß des Notwendigen und Zweckmäßigen überschreiten und eine länger dauernde Behandlung daher unter den Begriff 'Wellness' zu subsumieren ist. Im entgegengesetzten Fall wäre die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse bzw. jeder andere Krankenversicherungsträger angehalten, Behandlungen in Tarifberechnungen einzubeziehen, die sich außerhalb des von §133 ASVG vorgegebenen Rahmens bewegen.

Darüber hinaus werden aktive Therapien, bei denen eine Mitwirkung der/des Patientin/Patienten gefordert ist (Heilgymnastik), im Rahmen einer Krankenbehandlung für zweckmäßiger erachtet. Da passive Therapien einerseits als Sachleistungen in kasseneigenen Ambulatorien, Vertragsinstituten sowie durch Vertragsärztinnen/-ärzte in Anspruch genommen werden können und darüber hinaus derzeit ca. 1280 Physiotherapeutinnen/-therapeuten bzw. 264 Heilmasseurinnen/-masseure in Niederösterreich tätig sind, ist ein weiterer Zugang zu Mitteln der sozialen Krankenversicherung nach erfolgter Behandlung durch Heilmasseurinnen/-masseure aus ökonomischen und gesundheitspolitischen Gründen nicht zielführend. Die unterschiedlichen Therapien, welche Heilmasseurinnen/-masseure im Vergleich zu anderen Leistungserbringerinnen/-erbringern im Rahmen ihrer berufsrechtlichen Vorschriften auszuüben berechtigt sind, führen dazu, dass z. B. Physiotherapeutinnen/-therapeuten auf Grund ihrer Behandlungsmöglichkeiten eine andere Leistungs- und Kostenstruktur als Heilmasseurinnen/-masseure aufweisen.

Eine Steuerung der Kosten ist daher unter Beachtung des in §133 Abs2 ASVG verankerten Grundsatzes einer ausreichenden, zweckmäßigen, das Maß des Notwendigen nicht übersteigenden Krankenbehandlung für die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse unerlässlich. Der OGH hat in einem Erkenntnis vom 26.4.1994 (10 ObS 48/94) ausgesprochen, dass für die unterschiedliche Behandlung von Leistungserbringerinnen/-erbringern (dort:

Physiotherapeutinnen/-therapeuten und gewerbliche Masseurinnen/ Masseure) im Rahmen der gesetzlichen Krankenbehandlung ausreichende sachliche Gründe bestehen, das sei u. a. '...die Kostensteuerung in der gesetzlichen

Krankenversicherung'. Die Zulässigkeit einer Kostensteuerung bzw. erforderlichen 'Hintanhaltung einer übermäßigen Belastung der Krankenversicherungsträger' wurde auch im Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes vom 18.3.2000 (vgl. VfSlg. 15.787) bestätigt. "Physiotherapeutinnen/-therapeuten und gewerbliche Masseurinnen/ Masseur) im Rahmen der gesetzlichen Krankenbehandlung ausreichende sachliche Gründe bestehen, das sei u. a. '...die Kostensteuerung in der gesetzlichen Krankenversicherung'. Die Zulässigkeit einer Kostensteuerung bzw. erforderlichen 'Hintanhaltung einer übermäßigen Belastung der Krankenversicherungsträger' wurde auch im Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes vom 18.3.2000 (vergleiche VfSlg. 15.787) bestätigt."

1.5. Der Bundesminister für Gesundheit erstattete ebenfalls eine Äußerung, in der er der Argumentation der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse beitrug.

Im Einzelnen führte er u.a. aus:

"Es blieb den einzelnen Krankenversicherungsträgern im Rahmen ihrer Selbstverwaltung überlassen, sich hinsichtlich der Festlegung der Leistungsspektren und der Höhe der Kostenzuschüsse den Vorgaben und Festlegungen des beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger installierten Arbeitskreises 'Physio' vollinhaltlich anzuschließen oder davon abweichende Regelungen zu treffen. Die von dieser Arbeitsgruppe empfohlenen Kostenzuschüsse für Leistungen von Heilmasseur/inn/en wurden größtenteils in die Satzungen der Krankenversicherungsträger übernommen.

Für manuelle Heilmassagen wurde als Präferenztarif (gemeint wohl: Referenztarif) der Vergütungssatz für niedergelassene Vertragsärzte/-ärztinnen bei der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen mit einem Tarif von rund 2,90 Euro herangezogen. Nach Maßgabe der einschlägigen Judikatur (V20/99 vom 04.10.2000, V81/97 vom 17.10.1998, V21/92 und V22/92 vom 11.10.1993) ist das prozentuelle Ausmaß eines Kostenersatzes zwischen 50 bis 80 % des Vertragstarifes anzusetzen. Da der vom Arbeitskreis 'Physio' empfohlene und in Anhang 6, Punkt 2a, der Satzung der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse übernommene Kostenzuschuss von 2 Euro für manuelle Heilmassage 70 % vom oben genannten Basiswert (2,90 Euro) beträgt, liegt dieser Kostenzuschuss in der judizierten Bandbreite von 50 bis 80 % des Vertragstarifes.

Die von der Klägerin vertretene Ansicht, die Beklagte hätte sich bei der satzungsmäßigen Festsetzung des Kostenzuschusses für Krankenbehandlungen durch freiberufliche Heilmasseure/Heilmasseurinnen an den durchschnittlichen Marktpreisen orientieren müssen, wird bereits in den VfGH-Erkenntnissen V97/03 vom 18.03.2005, V20/99 vom 04.10.2000 und V81/97 vom 17.10.1998 sowie in der OGH-Entscheidung 10 ObS 295/99a vom 30.11.1999 widerlegt. Im Erkenntnis vom 18.03.2005, V97/03, führt der Verfassungsgerichtshof aus, dass die Gebietskrankenkasse nach §131b ASVG i.V.m. §131a ASVG nicht verpflichtet ist, kostendeckende Leistungen (zu Marktpreisen) vorzusehen, wie sich schon aus der Bedeutung des Begriffes des Kostenzuschusses ergibt. Im Erkenntnis vom 17.10.1998, V81/97, stellt der Verfassungsgerichtshof fest, dass die Kassen von Gesetzes wegen überhaupt nicht gehalten sind, Zuschüsse vorzusehen. Vergleichsmaßstab für Zuschüsse zu vertraglich nicht geregelten Leistungen kann nur der für vergleichbare Pflichtleistungen festgelegte Tarif und nicht der Marktpreis sein, wobei es bei der Bemessung des Kostenzuschusses nicht auf den Vergleich der wirtschaftlichen Belastung des Versicherten, sondern auf jenen der finanziellen Aufwendungen des Krankenversicherungsträgers ankommt (vgl. SoSi 1998, 961 ff mit Anm. Kletter). Die von der Klägerin vertretene Ansicht, die Beklagte hätte sich bei der satzungsmäßigen Festsetzung des Kostenzuschusses für Krankenbehandlungen durch freiberufliche Heilmasseure/Heilmasseurinnen an den durchschnittlichen Marktpreisen orientieren müssen, wird bereits in den VfGH-Erkenntnissen V97/03 vom 18.03.2005, V20/99 vom 04.10.2000 und V81/97 vom 17.10.1998 sowie in der OGH-Entscheidung 10 ObS 295/99a vom 30.11.1999 widerlegt. Im Erkenntnis vom 18.03.2005, V97/03, führt der Verfassungsgerichtshof aus, dass die Gebietskrankenkasse nach §131b ASVG in Verbindung mit §131a ASVG nicht verpflichtet ist, kostendeckende Leistungen (zu Marktpreisen) vorzusehen, wie sich schon aus der Bedeutung des Begriffes des Kostenzuschusses ergibt. Im Erkenntnis vom 17.10.1998, V81/97, stellt der Verfassungsgerichtshof fest, dass die Kassen von Gesetzes wegen überhaupt nicht gehalten sind, Zuschüsse vorzusehen. Vergleichsmaßstab für Zuschüsse zu vertraglich nicht geregelten Leistungen kann nur der für vergleichbare Pflichtleistungen festgelegte Tarif und nicht der Marktpreis sein, wobei es bei der Bemessung des Kostenzuschusses nicht auf den Vergleich der wirtschaftlichen Belastung des Versicherten, sondern auf jenen der finanziellen Aufwendungen des Krankenversicherungsträgers ankommt (vergleiche SoSi 1998, 961 ff mit Anmerkung Kletter).

Der Verfassungsgerichtshof hat bislang auch nicht auf die tatsächlich aufgewendeten Kosten abgestellt, sondern dem Kostenzuschuss den finanziellen Aufwand des Trägers für eine vergleichbare Sachleistung gegenübergestellt. Da die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse noch keine Verträge mit Heilmasseur/inn/en abgeschlossen hat, wird hinsichtlich der vergleichbaren Leistungen die vertragliche Regelung der Physiotherapeut/inn/en zugrunde gelegt. Die bloß analoge Heranziehung der Vertragstarife der Physiotherapeut/inn/en lässt sich vorwiegend mit der höherwertigen Ausbildung der Genannten begründen.

Entsprechend den jeweiligen gesetzlichen Bestimmungen umfasst die theoretische und praktische Ausbildung zum/zur Heilmasseur/in ein Stundenausmaß von insgesamt 2490 Stunden (ohne Spezialqualifikationen) und die theoretische und praktische Ausbildung zum Physiotherapeuten/zur Physiotherapeutin ein Stundenausmaß von 4525 Stunden. Nach §29 Abs1 des Med. Masseur- und Heilmasseurgesetzes (MMHmG) umfasst der Beruf des Heilmasseurs/der Heilmasseurin die eigenverantwortliche Durchführung von klassischer Massage, Packungsanwendungen, Thermotherapie, Ultraschalltherapie und Spezialmassagen zu Heilzwecken nach ärztlicher Anordnung. Die Ansicht der Klägerin, die Differenzierung der Kostenzuschüsse zwischen Physiotherapeut/inn/en und Heilmasseur/inn/en sei sachlich nicht gerechtfertigt, kann aus ho. Sicht nicht geteilt werden, da die Gesamtausbildung der Physiotherapeut/inn/en wesentlich umfangreicher ist als die der Heilmasseure/Heilmasseurinnen (vgl. die Ausführungen im gegenständlichen Beschluss des Obersten Gerichtshofes sowie auch 10 ObS 48/94 vom 26.04.1994). Entsprechend den jeweiligen gesetzlichen Bestimmungen umfasst die theoretische und praktische Ausbildung zum/zur Heilmasseur/in ein Stundenausmaß von insgesamt 2490 Stunden (ohne Spezialqualifikationen) und die theoretische und praktische Ausbildung zum Physiotherapeuten/zur Physiotherapeutin ein Stundenausmaß von 4525 Stunden. Nach §29 Abs1 des Med. Masseur- und Heilmasseurgesetzes (MMHmG) umfasst der Beruf des Heilmasseurs/der Heilmasseurin die eigenverantwortliche Durchführung von klassischer Massage, Packungsanwendungen, Thermotherapie, Ultraschalltherapie und Spezialmassagen zu Heilzwecken nach ärztlicher Anordnung. Die Ansicht der Klägerin, die Differenzierung der Kostenzuschüsse zwischen Physiotherapeut/inn/en und Heilmasseur/inn/en sei sachlich nicht gerechtfertigt, kann aus ho. Sicht nicht geteilt werden, da die Gesamtausbildung der Physiotherapeut/inn/en wesentlich umfangreicher ist als die der Heilmasseure/Heilmasseurinnen vergleiche die Ausführungen im gegenständlichen Beschluss des Obersten Gerichtshofes sowie auch 10 ObS 48/94 vom 26.04.1994).

Im Übrigen vertritt der Hauptverband die Meinung, dass aus ökonomischen und auch aus gesundheitspolitischen Überlegungen eine 'Krankenbehandlung' durch Heilmasseure/Heilmasseurinnen auf Kosten der sozialen Krankenversicherung so weit wie möglich einzuschränken ist; insbesondere auch aus dem Grund, weil aktive Therapien (Heilgymnastik) als medizinisch sinnvoller erachtet werden, bei den passiven Therapien schon derzeit eine Überversorgung besteht und durch die Zugangsberechtigung für Heilmasseure/Heilmasseurinnen zu Mitteln der sozialen Krankenversicherung (damit weitere Forcierung der passiven Therapien) die falschen Akzente gesetzt wurden."

2. Die Rechtslage stellt sich wie folgt dar:

2.1. §131, §131a und §131b des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes - ASVG, BGBl. 189/1955, haben - soweit hier relevant - in der im vorliegenden Zusammenhang anzuwendenden Fassung (BGBl. I 99/2001 bzw. - im Hinblick auf §131b ASVG - BGBl. 676/1991) folgenden Wortlaut: 2.1. §131, §131a und §131b des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes - ASVG, Bundesgesetzblatt 189 aus 1955,, haben - soweit hier relevant - in der im vorliegenden Zusammenhang anzuwendenden Fassung Bundesgesetzblatt Teil eins, 99 aus 2001, bzw. - im Hinblick auf §131b ASVG - Bundesgesetzblatt 676 aus 1991,) folgenden Wortlaut:

"Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung

§131. (1) 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 Pauschbeträge für die Kostenerstattung festzusetzen.

1. (2) Absatz 2,- (6) ...

Kostenerstattung bei Fehlen vertraglicher Regelungen mit den Ärzten (Dentisten) oder mit den Gruppenpraxen

§131a. Stehen Vertragsärzte (Vertragsdentisten) oder Vertrags-Gruppenpraxen infolge des Fehlens einer Regelung durch Verträge (§338) nicht zur Verfügung, so hat der Versicherungsträger dem Versicherten für die außerhalb einer eigenen Einrichtung in Anspruch genommene Behandlung (den Zahnersatz) die Kostenerstattung in der Höhe des Betrages zu leisten, der vor Eintritt des vertragslosen Zustandes bei Inanspruchnahme eines Wahlarztes (Wahlidentisten) oder einer Wahl-Gruppenpraxis zu leisten gewesen wäre. Der Versicherungsträger kann diese Kostenerstattung durch die Satzung unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten erhöhen.

Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen

§131b. Stehen andere Vertragspartner infolge Fehlens von Verträgen nicht zur Verfügung, so gilt §131a mit der Maßgabe, daß in jenen Fällen, in denen noch keine Verträge für den Bereich einer Berufsgruppe bestehen, der Versicherungsträger den Versicherten die in der Satzung festgesetzten Kostenzuschüsse zu leisten hat. Der Versicherungsträger hat das Ausmaß dieser Zuschüsse unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten festzusetzen."

Gemäß §135 Abs1 Z4 ASVG ist im Rahmen der Krankenbehandlung (§133 Abs2 ASVG) eine aufgrund ärztlicher Verschreibung erforderliche Leistung eines Heilmasseurs, der nach §46 Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz (MMHmG), BGBl. I 169/2002, zur freiberuflichen Berufsausübung berechtigt ist, der ärztlichen Hilfe gleichgestellt. Seit 1. April 2003 besteht die Möglichkeit des Abschlusses von Verträgen gemäß §§338 ff. ASVG (vgl. §602 ASVG). Für den Zeitraum bis zum Abschluss derartiger Verträge gilt die Kostenzuschussregelung des §131b ASVG, die durch die jeweiligen Satzungen der Krankenversicherungsträger näher ausgeführt wird. Gemäß §135 Abs1 Z4 ASVG ist im Rahmen der Krankenbehandlung (§133 Abs2 ASVG) eine aufgrund ärztlicher Verschreibung erforderliche Leistung eines Heilmasseurs, der nach §46 Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz (MMHmG), Bundesgesetzblatt Teil eins, 169 aus 2002,, zur freiberuflichen Berufsausübung berechtigt ist, der ärztlichen Hilfe gleichgestellt. Seit 1. April 2003 besteht die Möglichkeit des Abschlusses von Verträgen gemäß §§338 ff. ASVG vergleiche §602 ASVG). Für den Zeitraum bis zum Abschluss derartiger Verträge gilt die Kostenzuschussregelung des §131b ASVG, die durch die jeweiligen Satzungen der Krankenversicherungsträger näher ausgeführt wird.

2.2. Die Bestimmung des §37 und die einschlägigen Teile des Anhanges 6 der Satzung 2003 der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse in der hier maßgeblichen Fassung der mit 29. März 2004 (vgl. §53 Abs1 der Satzung 2003) in Kraft getretenen 2.2. Die Bestimmung des §37 und die einschlägigen Teile des Anhanges 6 der Satzung 2003 der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse in der hier maßgeblichen Fassung der mit 29. März 2004 vergleiche §53 Abs1 der Satzung 2003) in Kraft getretenen

2. Änderung lauteten wie folgt (die angefochtene Wortfolge ist hervorgehoben):

"Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen (§131b ASVG)

§37. Stehen Vertragspartner für

- -Strichaufzählung
die der ärztlichen Hilfe gleichgestellten Leistungen (§135 Abs1 Z1 bis 4 ASVG),
- -Strichaufzählung
die medizinische Hauskrankenpflege (§151 ASVG),
- -Strichaufzählung
die Versorgung mit Heilbehelfen oder Hilfsmitteln

auf Rechnung der Kasse nicht zur Verfügung, weil Verträge nicht zu Stande gekommen sind, leistet die Kasse Kostenzuschüsse nach der Regelung im Anhang 6 zur Satzung.

...

Anhang 6

Kostenzuschüsse gemäß §37 bei Fehlen vertraglicher Regelungen

1. ...

2. Für physiotherapeutische Krankenbehandlung

...

Manuelle Heilmassagen

Minstdauer 15 Minuten 5,89 €

Minstdauer 30 Minuten 11,85 €

2a. Für Krankenbehandlung durch freiberufliche Heilmasseure Manuelle Heilmassage

pro Sitzung

Minstdauer 10 Minuten 2,00 €

3.-5. ..."

2.3. Die Satzung 2003 mit allen ihren Änderungen ist mit Ablauf des 9. April 2007 aufgehoben worden (§50 Abs1 und 4 der Satzung 2007 der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse; Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 60/2007, www.avsv.at). Die aufgehobene Satzung ist jedoch auf eingetretene Versicherungsfälle sowie bereits geltend gemachte Leistungsansprüche, die vor ihrer Aufhebung verwirklicht wurden, weiterhin anzuwenden (§50 Abs5 der Satzung 2007).

2.3. Die Satzung 2003 mit allen ihren Änderungen ist mit Ablauf des 9. April 2007 aufgehoben worden (§50 Abs1 und 4 der Satzung 2007 der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse; Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 60 aus 2007,, www.avsv.at). Die aufgehobene Satzung ist jedoch auf eingetretene Versicherungsfälle sowie bereits geltend gemachte Leistungsansprüche, die vor ihrer Aufhebung verwirklicht wurden, weiterhin anzuwenden (§50 Abs5 der Satzung 2007).

II. Der Verfassungsgerichtshof hat erwogen:römisch zwei. Der Verfassungsgerichtshof hat erwogen:

A. Zur Zulässigkeit:

1. Die bekämpfte Satzungsbestimmung ist als Verordnung einer Bundesbehörde iS des Art139 Abs1 B-VG zu qualifizieren (vgl. zB VfSlg. 14.593/1996). 1. Die bekämpfte Satzungsbestimmung ist als Verordnung einer Bundesbehörde iS des Art139 Abs1 B-VG zu qualifizieren vergleiche zB VfSlg. 14.593 aus 1996,).

2. Der Verfassungsgerichtshof ist nicht berechtigt, durch seine Präjudizialitätsentscheidung das antragstellende Gericht an eine bestimmte Rechtsauslegung zu binden, weil er damit indirekt der Entscheidung dieses Gerichtes in der Hauptsache vorgreifen würde. Gemäß der ständigen Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes darf daher ein Antrag iSd Art140 B-VG bzw. des Art139 B-VG nur dann wegen mangelnder Präjudizialität zurückgewiesen werden, wenn es offenkundig unrichtig (denkunmöglich) ist, dass die - angefochtene - generelle Norm eine Voraussetzung der Entscheidung des antragstellenden Gerichtes im Anlassfall bildet (vgl. etwa VfSlg. 10.640/1985, 12.189/1989, 15.237/1998, 16.245/2001 und 16.927/2003). Das antragstellende Gericht hat bei Beurteilung des Kostenzuschussanspruches der klagenden Partei vor dem Hintergrund des Klagebegehrens die angegriffene Verordnungsbestimmung anzuwenden. 2. Der Verfassungsgerichtshof ist nicht berechtigt, durch seine Präjudizialitätsentscheidung das antragstellende Gericht an eine bestimmte Rechtsauslegung zu binden, weil er damit indirekt der Entscheidung dieses Gerichtes in der Hauptsache vorgreifen würde. Gemäß der ständigen Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes darf daher ein Antrag iSd Art140 B-VG bzw. des Art139 B-VG nur dann wegen mangelnder Präjudizialität zurückgewiesen werden, wenn es offenkundig unrichtig (denkunmöglich) ist, dass die - angefochtene - generelle Norm eine Voraussetzung der Entscheidung des antragstellenden Gerichtes im Anlassfall bildet vergleiche etwa VfSlg. 10.640 aus 1985,, 12.189 aus 1989,, 15.237 aus 1998,, 16.245 aus 2001, und 16.927 aus 2003,). Das antragstellende Gericht hat bei Beurteilung des Kostenzuschussanspruches der klagenden Partei vor dem Hintergrund des Klagebegehrens die angegriffene Verordnungsbestimmung anzuwenden.

3. Da auch sonst keine Prozesshindernisse hervorgekommen sind, erweist sich der Antrag somit als zulässig.

B. In der Sache:

1. Vorauszuschicken ist, dass der Verfassungsgerichtshof im Normenkontrollverfahren auf die Erörterung der im Prüfungsantrag (bzw. im amtswegigen Prüfungsbeschluss) dargelegten Bedenken beschränkt ist (zB VfSlg. 14.802/1997 mwN). 1. Vorauszuschicken ist, dass der Verfassungsgerichtshof im Normenkontrollverfahren auf die Erörterung der

im Prüfungsantrag (bzw. im amtswegigen Prüfungsbeschluss) dargelegten Bedenken beschränkt ist (zB VfSlg. 14.802 aus 1997, mwN).

2. §131b ASVG in der hier anzuwendenden Fassung normiert, dass im Fall, dass andere Vertragspartner als die in §131a ASVG genannten Vertragspartner (also Ärzte/Ärztinnen, Zahnärzte/Zahnärztinnen, Dentisten/Dentistinnen oder Vertrags-Gruppenpraxen) infolge Fehlens von Verträgen nicht zur Verfügung stehen (dazu im Einzelnen §131 ASVG), §131a leg.cit. (der die Kostenerstattung im Fall des Fehlens derartiger Verträge erfasst) mit der Maßgabe gilt, dass in jenen Fällen, in denen noch keine Verträge für den Bereich einer Berufsgruppe bestehen, der Versicherungsträger den Versicherten die in der Satzung festgesetzten Kostenzuschüsse zu leisten hat.

§§131a und 131b ASVG kennen dabei zwei Anwendungsfälle bei Fehlen einer vertraglichen Regelung mit "anderen" Vertragspartnern:

Haben Verträge bestanden, sind diese jedoch weggefallen, so gebührt dem Versicherten Kostenerstattung entsprechend dem seinerzeitigen Vertragstarif. Haben solche Verträge hingegen überhaupt nicht bestanden, so ist der Versicherungsträger verpflichtet, in seiner Satzung Kostenzuschüsse vorzusehen; diese sind - wie sich aus §131b zweiter Satz ASVG ergibt - unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten festzusetzen (dazu OGH, SZ 69/209; zur ausreichenden Determinierung der Satzung durch diese Bestimmung vgl. VfSlg. 15.787/2000, 17.794/2006; vgl. auch VfSlg. 13.133/1992 zur vergleichbaren Bestimmung des §153 ASVG). Haben Verträge bestanden, sind diese jedoch weggefallen, so gebührt dem Versicherten Kostenerstattung entsprechend dem seinerzeitigen Vertragstarif. Haben solche Verträge hingegen überhaupt nicht bestanden, so ist der Versicherungsträger verpflichtet, in seiner Satzung Kostenzuschüsse vorzusehen; diese sind - wie sich aus §131b zweiter Satz ASVG ergibt - unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten festzusetzen (dazu OGH, SZ 69/209; zur ausreichenden Determinierung der Satzung durch diese Bestimmung vergleiche VfSlg. 15.787 aus 2000,, 17.794 aus 2006,; vergleiche auch VfSlg. 13.133 aus 1992, zur vergleichbaren Bestimmung des §153 ASVG).

3. Das antragstellende Gericht behauptet die Gesetzwidrigkeit der angefochtenen Verordnungsbestimmung im Wesentlichen mit zwei Argumenten: zum einen bringt es vor, dass die Leistung eines Kostenzuschusses von weniger als 10 % des nach den Marktgegebenheiten in Betracht kommenden Aufwands den Vorgaben des §131b ASVG, im Besonderen dem dort bezogenen wirtschaftlichen Bedürfnis der Versicherten, nicht entsprechen würde. Zum anderen zieht das antragstellende Gericht einen Vergleich mit Kostenzuschüssen für gleiche Leistungen, die bei Inanspruchnahme von anderen Berufsgruppen gewährt werden, und erblickt darin eine ebenfalls im Lichte des §131b ASVG unzulässige Vorgangsweise.

4. Damit ist der Oberste Gerichtshof im Ergebnis nicht im Recht.

4.1. Zunächst ruft der Verfassungsgerichtshof in Erinnerung, dass die Gebietskrankenkassen nach §131b iVm §131a ASVG nicht verpflichtet sind, Kostenzuschüsse vorzusehen, welche den Marktpreisen entsprechen, wie sich schon aus der Bedeutung des Begriffes des Kostenzuschusses ergibt (vgl. VfSlg. 17.518/2005). Vergleichsmaßstab für Zuschüsse zu vertraglich nicht geregelten Leistungen kann vielmehr nur der für vergleichbare Pflichtleistungen festgelegte Tarif und gerade nicht der Marktpreis sein (siehe VfSlg. 15.968/2000 zur in diesem Punkt vergleichbaren Zuschussregelung in §153 Abs2 ASVG; siehe auch VfSlg. 15.322/1998, 15.787/2000; OGH, SZ 72/199), wobei - entgegen der Prämisse des OGH - ein Kostenzuschuss von € 2,- für eine Heilmassage im Ausmaß von mindestens 10 Minuten Dauer bezogen sowohl auf die nachgewiesenen Kosten der Klägerin des Ausgangsverfahrens als auch auf die von den Vorinstanzen festgestellten Marktpreise und umgelegt jeweils auf dieselbe Zeitdauer von 10 Minuten das Ausmaß von 10 % - anders als im Erkenntnis VfSlg. 13.571/1993 - nicht unterschreitet. 4.1. Zunächst ruft der Verfassungsgerichtshof in Erinnerung, dass die Gebietskrankenkassen nach §131b in Verbindung mit §131a ASVG nicht verpflichtet sind, Kostenzuschüsse vorzusehen, welche den Marktpreisen entsprechen, wie sich schon aus der Bedeutung des Begriffes des Kostenzuschusses ergibt (vergleiche VfSlg. 17.518 aus 2005,). Vergleichsmaßstab für Zuschüsse zu vertraglich nicht geregelten Leistungen kann vielmehr nur der für vergleichbare Pflichtleistungen festgelegte Tarif und gerade nicht der Marktpreis sein (siehe VfSlg. 15.968 aus 2000, zur in diesem Punkt vergleichbaren Zuschussregelung in §153 Abs2 ASVG; siehe auch VfSlg. 15.322 aus 1998,, 15.787 aus 2000,; OGH, SZ 72/199), wobei - entgegen der Prämisse des OGH - ein Kostenzuschuss von € 2,- für eine Heilmassage im Ausmaß von mindestens 10 Minuten Dauer bezogen sowohl auf

die nachgewiesenen Kosten der Klägerin des Ausgangsverfahrens als auch auf die von den Vorinstanzen festgestellten Marktpreise und umgelegt jeweils auf dieselbe Zeitdauer von 10 Minuten das Ausmaß von 10 % - anders als im Erkenntnis VfSlg. 13.571 aus 1993, - nicht unterschreitet.

4.1.1. Der Krankenversicherungsträger ist in der Festsetzung der Höhe solcher Kostenzuschüsse, die gemäß §131b ASVG an Stelle von gesetzlichen Pflicht(sach)leistungen zu gewähren sind, nicht gänzlich frei. In dieser verfassungsrechtlich unbedenklichen (vgl. VfSlg. 15.787/2000) Bestimmung ist nämlich angeordnet, dass solche Zuschüsse nicht nur nach Maßgabe der finanziellen Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers festzusetzen sind, sondern dass dabei auch das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten mit zu berücksichtigen ist. 4.1.1. Der Krankenversicherungsträger ist in der Festsetzung der Höhe solcher Kostenzuschüsse, die gemäß §131b ASVG an Stelle von gesetzlichen Pflicht(sach)leistungen zu gewähren sind, nicht gänzlich frei. In dieser verfassungsrechtlich unbedenklichen (vergleiche VfSlg. 15.787 aus 2000,) Bestimmung ist nämlich angeordnet, dass solche Zuschüsse nicht nur nach Maßgabe der finanziellen Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers festzusetzen sind, sondern dass dabei auch das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten mit zu berücksichtigen ist.

4.1.2. Bei Festlegung der Höhe eines Kostenzuschusses hat der Krankenversicherungsträger aber auch mit in Betracht zu ziehen, um welche Art von Leistungen es sich dabei handeln kann und in welcher Häufigkeit diese typischerweise benötigt werden. Kann die Leistung in ganz unterschiedlichem Umfang und/oder Häufigkeit erforderlich sein, so hat die Satzung darauf in entsprechend differenzierender Weise Bedacht zu nehmen. Eine Pauschalierung des Kostenzuschusses wäre zwar auch in einem solchen Fall nicht von vornherein unzulässig, setzt aber eine Orientierung an einer Durchschnittsbetrachtung voraus und darf daher diesfalls keinesfalls an der Untergrenze des in Betracht kommenden Aufwandes erfolgen (vgl. VfSlg. 17.518/2005 - Hauskrankenpflege). 4.1.2. Bei Festlegung der Höhe eines Kostenzuschusses hat der Krankenversicherungsträger aber auch mit in Betracht zu ziehen, um welche Art von Leistungen es sich dabei handeln kann und in welcher Häufigkeit diese typischerweise benötigt werden. Kann die Leistung in ganz unterschiedlichem Umfang und/oder Häufigkeit erforderlich sein, so hat die Satzung darauf in entsprechend differenzierender Weise Bedacht zu nehmen. Eine Pauschalierung des Kostenzuschusses wäre zwar auch in einem solchen Fall nicht von vornherein unzulässig, setzt aber eine Orientierung an einer Durchschnittsbetrachtung voraus und darf daher diesfalls keinesfalls an der Untergrenze des in Betracht kommenden Aufwandes erfolgen (vergleiche VfSlg. 17.518 aus 2005, - Hauskrankenpflege).

4.1.3. Die Kriterien der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Krankenversicherungsträgers auf der einen und der wirtschaftlichen Bedürfnisse der Versicherten auf der anderen Seite führen ferner dazu, dass die Weite des rechtspolitischen Spielraumes des Satzungsgebers aber auch von der absoluten Höhe der durch die Behandlung entstehenden Kostenbelastung der Versicherten abhängt, sowie davon, ob die Versicherten wegen des Fehlens von Verträgen auf die Inanspruchnahme eines Leistungserbringers auf dem freien Markt angewiesen sind (wie im Falle der Hauskrankenpflege - VfSlg. 17.518/2005), oder ob die betreffende Sachleistung wahlweise auch in eigenen Einrichtungen oder bei anderen Vertragspartnern des Krankenversicherungsträgers in Anspruch genommen werden kann und dort auch in angemessener Zeit zugänglich ist. 4.1.3. Die Kriterien der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Krankenversicherungsträgers auf der einen und der wirtschaftlichen Bedürfnisse der Versicherten auf der anderen Seite führen ferner dazu, dass die Weite des rechtspolitischen Spielraumes des Satzungsgebers aber auch von der absoluten Höhe der durch die Behandlung entstehenden Kostenbelastung der Versicherten abhängt, sowie davon, ob die Versicherten wegen des Fehlens von Verträgen auf die Inanspruchnahme eines Leistungserbringers auf dem freien Markt angewiesen sind (wie im Falle der Hauskrankenpflege - VfSlg. 17.518 aus 2005,), oder ob die betreffende Sachleistung wahlweise auch in eigenen Einrichtungen oder bei anderen Vertragspartnern des Krankenversicherungsträgers in Anspruch genommen werden kann und dort auch in angemessener Zeit zugänglich ist.

4.2. Eine Zuschussregelung in der Satzung ist daher in ihrer Höhe dann rechtmäßig, wenn sich das satzungsgebende Organ anhand der Bemessungskriterien des §131b ASVG über die tatsächlichen Gegebenheiten, unter denen Versicherte die betreffende Leistung erlangen können, ins Klare gesetzt und davon ausgehend den Kostenzuschuss - gemessen an vergleichbaren Tarifen in Gesamtverträgen (so zutreffend auch OGH 21.10.2003, 10 ObS 231/03y - 24-Stunden-Blutdruckmessung - unter Hinweis auf VfSlg. 15.322/1998) - in vertretbarer Höhe festgelegt hat. 4.2. Eine Zuschussregelung in der Satzung ist daher in ihrer Höhe dann rechtmäßig, wenn sich das satzungsgebende Organ anhand der Bemessungskriterien des §131b ASVG über die tatsächlichen Gegebenheiten, unter denen Versicherte die

betreffende Leistung erlangen können, ins Klare gesetzt und davon ausgehend den Kostenzuschuss - gemessen an vergleichbaren Tarifen in Gesamtverträgen (so zutreffend auch OGH 21.10.2003, 10 ObS 231/03y - 24-Stunden-Blutdruckmessung - unter Hinweis auf VfSlg. 15.322 aus 1998,) - in vertretbarer Höhe festgelegt hat.

4.3. Weiters dürfen im Rahmen der Zuschussregelungen innerhalb einer bestimmten Berufsgruppe ohne gesetzliche Grundlage zwar keine Differenzierungen vorgenommen werden, die das Berufsrecht nicht vorsieht (dazu VfGH 25.2.2010, V21/09, zu Zuschüssen für psychotherapeutische Behandlungen durch Berufsangehörige mit und ohne "besonderen Erfahrungsnachweis", wobei die Modalitäten dieses Erfahrungsnachweises ausschließlich in der Satzung des Krankenversicherungsträgers geregelt werden). Es liegt aber grundsätzlich im rechtspolitischen Gestaltungsspielraum des Satzungsgebers, unterschiedlich hohe Zuschüsse bei verschiedenen Leistungserbringern vorzusehen, sofern diese Differenzierung durch die Verschiedenheit der berufsrechtlich vorauszusetzenden Qualifikationen gerechtfertigt ist. Zuschüsse zu Heilmassagen dürfen daher im Prinzip unterschiedlich hoch festgesetzt werden, je nachdem, ob sie von Physiotherapeuten nach dem Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz), BGBl. 460/1992, oder von freiberuflichen Heilmasseuren nach dem Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz (MMHmG), BGBl. I 169/2002, erbracht werden. Die zwischen diesen Berufsgruppen bestehenden Unterschiede im Umfang und in der Dauer der jeweiligen Ausbildung (vgl. zum einen §18 MTD-Gesetz iVm §32 MTD-Ausbildungsverordnung [MTD-AV], BGBl. 678/1993, einerseits und §§50 ff. bzw. §§17 ff. MMHmG iVm §§43 ff. der Medizinischer Masseur- und Heilmasseur-Ausbildungsverordnung [MMHm-AV], BGBl. II 250/2003, andererseits) rechtfertigen dies nämlich. Dass die vom Satzungsgeber konkret vorgenommene Differenzierung in der angefochtenen Satzungsbestimmung zu den für Physiotherapeuten vorgesehenen Zuschüssen auch unter Berücksichtigung dieses Aspekts unvertretbar sei, bringt der OGH nicht vor.

4.3. Weiters dürfen im Rahmen der Zuschussregelungen innerhalb einer bestimmten Berufsgruppe ohne gesetzliche Grundlage zwar keine Differenzierungen vorgenommen werden, die das Berufsrecht nicht vorsieht (dazu VfGH 25.2.2010, V21/09, zu Zuschüssen für psychotherapeutische Behandlungen durch Berufsangehörige mit und ohne "besonderen Erfahrungsnachweis", wobei die Modalitäten dieses Erfahrungsnachweises ausschließlich in der Satzung des Krankenversicherungsträgers geregelt werden). Es liegt aber grundsätzlich im rechtspolitischen Gestaltungsspielraum des Satzungsgebers, unterschiedlich hohe Zuschüsse bei verschiedenen Leistungserbringern vorzusehen, sofern diese Differenzierung durch die Verschiedenheit der berufsrechtlich vorauszusetzenden Qualifikationen gerechtfertigt ist. Zuschüsse zu Heilmassagen dürfen daher im Prinzip unterschiedlich hoch festgesetzt werden, je nachdem, ob sie von Physiotherapeuten nach dem Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz), Bundesgesetzblatt 460 aus 1992,, oder von freiberuflichen Heilmasseuren nach dem Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz (MMHmG), Bundesgesetzblatt Teil eins, 169 aus 2002,, erbracht werden. Die zwischen diesen Berufsgruppen bestehenden Unterschiede im Umfang und in der Dauer der jeweiligen Ausbildung vergleiche zum einen §18 MTD-Gesetz in Verbindung mit §32 MTD-Ausbildungsverordnung [MTD-AV], Bundesgesetzblatt 678 aus 1993,, einerseits und §§50 ff. bzw. §§17 ff. MMHmG in Verbindung mit §§43 ff. der Medizinischer Masseur- und Heilmasseur-Ausbildungsverordnung [MMHm-AV], Bundesgesetzblatt Teil 2, 250 aus 2003,, andererseits) rechtfertigen dies nämlich. Dass die vom Satzungsgeber konkret vorgenommene Differenzierung in der angefochtenen Satzungsbestimmung zu den für Physiotherapeuten vorgesehenen Zuschüssen auch unter Berücksichtigung dieses Aspekts unvertretbar sei, bringt der OGH nicht vor.

4.4. Was schließlich die Höhe des Zuschusses an sich betrifft, so hat das Verordnungsprüfungsverfahren, insbesondere aufgrund der Äußerungen der verordnungserlassenden Behörde sowie des Bundesministers für Gesundheit, ergeben, dass er auf einen Empfehlungstarif eines vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger eingesetzten Arbeitskreises zurückgeht, der den einzelnen Krankenversicherungsträgern am 16. Juli 2003 vom Hauptverband übermittelt wurde. Als konkreter Referenzwert der Zuschussregelung wurde dabei auf die bestehende vertragliche Tarifierung der Leistungen von niedergelassenen Vertragsärzten bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) abgestellt, die im hier maßgeblichen Zeitraum einen Betrag von € 2,90 ausweist (siehe dazu den von Mai 2003 bis Februar 2009 unter der Position "p 1a" ["Manuelle Massage"] in der Honorarordnung der VAEB für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte vorgesehenen, zunächst durch einen Geldbetrag, dann durch einen geldwerten Punktbetrag festgelegten Tarif).

Auch ist die im vorliegenden Fall in Rede stehende Leistung der Heilmassage - nach dem im verfassungsgerichtlichen Verfahren unwidersprochen gebliebenen Vorbringen der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse - als

Sachleistung auch in kasseneigenen Ambulatorien, bei Vertragsinstituten sowie bei Vertrags(fach)ärzten erhältlich, sodass der freie Markt für diese Leistung nicht zwingend in Anspruch genommen werden muss.

4.5. Die Festlegung des hier angefochtenen Zuschusses mit € 2,-- für eine Leistung durch einen freiberuflichen Heilmasseur durch mindestens 10 Minuten vermag sich somit auf die Ergebnisse eines nicht zu beanstandenden Ermittlungsverfahrens der verordnungserlassenden Gebietskrankenkasse betreffend die für die Festsetzung eines Zuschusses gemäß §131b ASVG maßgebenden tatsächlichen Verhältnisse zu stützen.

Die Höhe des Zuschusses erweist sich daher nach dem Maßstab des §131b ASVG als insgesamt noch vertretbar.

5. Da sich die angefochtene Verordnungsbestimmung aus diesen Gründen als gesetzmäßig erweist, war der Antrag abzuweisen.

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

Schlagworte

Sozialversicherung, Satzung, Krankenversicherung, Heilmasseure, Verordnungserlassung

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:VFGH:2010:V43.2009

Zuletzt aktualisiert am

21.11.2011

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

© 2026 JUSLINE

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

www.jusline.at