jusline®
»» Recht. Schnell

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

TE OGH 2005/9/27 10ObS72/05v

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 27.09.2005

Kopf

Der Oberste Gerichtshof hat als Revisionsgericht in Arbeits- und Sozialrechtssachen durch den Senatspräsidenten des Obersten Gerichtshofes Dr. Schinko als Vorsitzenden, die Hofräte des Obersten Gerichtshofes Dr. Fellinger und Dr. Hoch sowie durch die fachkundigen Laienrichter KR Mag. Paul Kunsky (aus dem Kreis der Arbeitgeber) und Leopold Smrcka (aus dem Kreis der Arbeitnehmer) als weitere Richter in der Sozialrechtssache der klagenden Partei Erwin T*****, Pensionist, ***** vertreten durch Mag. Egon Stöger, Rechtsanwalt in Innsbruck, gegen die beklagte Partei Tiroler Gebietskrankenkasse, 6020 Innsbruck, Klara-Pölt-Weg 2, vertreten durch Dr. Hans-Peter Ullmann und andere Rechtsanwälte in Innsbruck, wegen EUR 60,17, infolge Revision der klagenden Partei gegen das Urteil des Oberlandesgerichtes Innsbruck als Berufungsgericht in Arbeits- und Sozialrechtssachen vom 27. April 2005, GZ 23 Rs 27/05z-50, womit infolge Berufung der klagenden Partei das Urteil des Landesgerichtes Innsbruck als Arbeits- und Sozialgericht vom 17. Jänner 2005, GZ 47 Cgs 215/02z-45, bestätigt wurde, in nichtöffentlicher Sitzung zu Recht erkannt:

Spruch

Der Revision wird nicht Folge gegeben.

Die beklagte Partei ist schuldig, dem Kläger zu Handen des Klagevertreters die mit EUR 50,20 (darin enthalten EUR 8,36 Umsatzsteuer) bestimmten anteiligen Revisionskosten binnen 14 Tagen zu ersetzen.

Text

Entscheidungsgründe:

Der Kläger nahm im Zeitraum Februar bis April 2002 ärztliche Leistungen eines Wahlarztes in Anspruch und bezahlte für die durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen EUR 206,03 an Honorar. In diesem Honorar ist ein Betrag von EUR 72,67 für eine 24-Stunden-Blutdruckmessung enthalten, wofür dem Kläger von der Beklagten entsprechend § 131b ASVG iVm § 38 der Satzung und deren Anhang 5 lediglich ein Teilbetrag von EUR 12,50 erstattet wurdeDer Kläger nahm im Zeitraum Februar bis April 2002 ärztliche Leistungen eines Wahlarztes in Anspruch und bezahlte für die durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen EUR 206,03 an Honorar. In diesem Honorar ist ein Betrag von EUR 72,67 für eine 24-Stunden-Blutdruckmessung enthalten, wofür dem Kläger von der Beklagten entsprechend Paragraph 131 b, ASVG in Verbindung mit Paragraph 38, der Satzung und deren Anhang 5 lediglich ein Teilbetrag von EUR 12,50 erstattet wurde.

Dagegen erhob der Kläger rechtzeitig Klage mit dem Begehren auf Zahlung des Differenzbetrages von EUR 60,17.

Hinsichtlich der Verfahrensergebnisse des ersten Rechtsganges kann auf die Ausführungen des Obersten Gerichtshofes im Aufhebungsbeschluss vom 21. 10. 2003, 10 ObS 231/03y (= SSV-NF 17/116), verwiesen werden. Es wurde dabei insbesondere darauf hingewiesen, dass nach der herrschenden Rechtsprechung bei der Prüfung der Angemessenheit von Kostenzuschüssen für Leistungen, hinsichtlich derer ein Tarif mangels Zustandekommens

entsprechender vertraglicher Vereinbarungen nicht vorgesehen ist, nicht auf ungeregelte Marktpreise, sondern auf für vergleichbare Pflichtleistungen festgelegte Vertragstarife abzustellen sei. Fehlten vergleichbare Tarifpositionen im selben Gesamtvertrag, könne ausnahmsweise auch eine Orientierung an den Tarifen in einem Gesamtvertrag eines anderen österreichischen Krankenversicherungsträgers in Betracht kommen. Erst nach Vorliegen entsprechender Feststellungen über Vertragstarife für vergleichbare Leistungen werde beurteilt werden können, ob gegen die hier in Rede stehende Satzungsbestimmung Bedenken aus dem Blickwinkel einer Gesetzwidrigkeit der Höhe des festgelegten Kostenzuschusses bestünden.

Das Erstgericht wies nach einer Aufhebung seiner im zweiten Rechtsgang ergangenen klageabweisenden Entscheidung durch das Berufungsgericht (ON 35) das Klagebegehren auch im dritten Rechtsgang ab. Nach seinen wesentlichen Feststellungen ist im Anhang 5 Z 4 der Satzung der Beklagten in der hier maßgeblichen Fassung zum 1. 1. 2002, der die Kostenzuschüsse gemäß § 38 der Satzung bei Fehlen vertraglicher Regelungen bestimmt, ein Kostenzuschuss von EUR 12,50 für eine 24-Stunden-Blutdruckmessung vorgesehen. In der zwischen der Ärztekammer für Tirol und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die Beklagte abgeschlossenen Honorarordnung für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte ist keine tariflich erfasste - mit der im konkreten Fall zu beurteilenden 24-Stunden-Blutdruckmessung vergleichbare - Leistung erkennbar.Das Erstgericht wies nach einer Aufhebung seiner im zweiten Rechtsgang ergangenen klageabweisenden Entscheidung durch das Berufungsgericht (ON 35) das Klagebegehren auch im dritten Rechtsgang ab. Nach seinen wesentlichen Feststellungen ist im Anhang 5 Ziffer 4, der Satzung der Beklagten in der hier maßgeblichen Fassung zum 1. 1. 2002, der die Kostenzuschüsse gemäß Paragraph 38, der Satzung bei Fehlen vertraglicher Regelungen bestimmt, ein Kostenzuschuss von EUR 12,50 für eine 24-Stunden-Blutdruckmessung vorgesehen. In der zwischen der Ärztekammer für Tirol und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die Beklagte abgeschlossenen Honorarordnung für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte ist keine tariflich erfasste - mit der im konkreten Fall zu beurteilenden 24-Stunden-Blutdruckmessung vergleichbare - Leistung erkennbar.

Die Vertragstarife für eine 24-Stunden-Blutdruckmessung sind bei den österreichischen Krankenversicherungsträgern unterschiedlich geregelt. Die Niederösterreichische, Kärntner und Wiener Gebietskrankenkasse haben keine Vertragstarife für diese Leistung vorgesehen, sodass bei diesen Versicherungsträgern für diese ärztliche Leistung den Versicherten auch keine Kosten ersetzt werden. Bei der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse werden bei 24-Stunden-Blutdruckmessungen im Rahmen der Kostenerstattung Kosten in Höhe von EUR 29,07 übernommen. Nach der Honorarordnung der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse beträgt der Tarif EUR 28,60, wobei dieser Tarif nur von Fachärzten für Innere Medizin, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für Oberösterreich hiezu berechtigt werden, verrechnet werden darf und die Verrechenbarkeit mit 3 % der Fälle limitiert ist. Bei der Salzburger Gebietskrankenkasse beträgt der entsprechende Tarif EUR 27,98, wobei die Verrechenbarkeit mit 5 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal limitiert ist. Die Kosten werden jedoch nur zu 80 % des Vertragstarifes übernommen, sodass derzeit tatsächlich nur EUR 22,38 ersetzt werden. Bei der Burgenländischen Gebietskrankenkasse gibt es keine tarifliche Regelung für eine 24-Stunden-Blutdruckmessung. Es wird jedoch im Einzelfall nach Rücksprache mit dem chefärztlichen Dienst eine Kostenerstattung von EUR 12,05 geleistet. Von der Vorarlberger Gebietskrankenkasse wurde bisher für eine 24-Stunden-Blutdruckmessung ein tariflicher Ersatz von EUR 12,35 an den Versicherten geleistet. Nach Abschluss der Honorarordnung 2002 bis 2004 können Ärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte für Innere Medizin und Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde diese Leistung über Krankenkassenscheck oder Überweisungsschein direkt mit der Vorarlberger Gebietskrankenkasse abrechnen. Es wurde mit der Ärztekammer für Vorarlberg ein Tarif (60 Punkte = EUR 26,40 tariflicher Rückersatz für Wahlarztleistungen) vereinbart. Für ein 24-Stunden-Blutdruck-Monitoring leistet die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter an Kostenerstattung EUR 36,34, die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft EUR 36,34 (für Sachleister) und EUR 38,13 (für Geldleister).

In rechtlicher Hinsicht gelangte das Erstgericht zu dem Ergebnis, dass im Hinblick auf die von der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse, der Salzburger Gebietskrankenkasse, der Vorarlberger Gebietskrankenkasse und der Burgenländischen Gebietskrankenkasse als Vergleichsmaßstab herangezogenen Beträge an Kostenerstattungen der von der Beklagten vorgesehene Betrag von EUR 12,50 über der Hälfte der 80 %-Regelung nach § 131 Abs 1 ASVG liege, weshalb gegen die hier in Rede stehende Satzungsbestimmung keine Bedenken wegen Gesetzwidrigkeit bestünden.In rechtlicher Hinsicht gelangte das Erstgericht zu dem Ergebnis, dass im Hinblick auf die von der Oberösterreichischen

Gebietskrankenkasse, der Salzburger Gebietskrankenkasse, der Vorarlberger Gebietskrankenkasse und der Burgenländischen Gebietskrankenkasse als Vergleichsmaßstab herangezogenen Beträge an Kostenerstattungen der von der Beklagten vorgesehene Betrag von EUR 12,50 über der Hälfte der 80 %-Regelung nach Paragraph 131, Absatz eins, ASVG liege, weshalb gegen die hier in Rede stehende Satzungsbestimmung keine Bedenken wegen Gesetzwidrigkeit bestünden.

Das Berufungsgericht gab der Berufung des Klägers keine Folge. Es vertrat die Auffassung, dass die Tarife von Sonderversicherungsträgern (Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft) nicht als Vergleichsmaßstab geeignet seien, weil diese Versicherungsträger ein anderes Beitrags- und Leistungsgefüge als die Gebietskrankenkassen hätten. Es könnten daher nur die Tarifleistungen gleichartiger Krankenversicherungsträger, also anderer Gebietskrankenkassen, als Orientierungshilfe herangezogen werden. Dabei sei auch nicht ein Durchschnittswert aus den einzelnen, von verschiedenen Gebietskrankenkassen tariflich festgesetzten Kostenerstattungsbeträgen zu bilden, sondern es könnten diese Kostenzuschüsse bei der Prüfung der Angemessenheit des Kostenerstattungsbetrages der Beklagten nur eine Orientierungshilfe darstellen.

Wenngleich die Gebietskrankenkassen von vier Bundesländern etwas mehr als die Hälfte an Kostenerstattung für eine 24-Stunden-Blutdruckmessung als die Beklagte leisteten, so dürfe doch nicht übersehen werden, dass bei zwei dieser Gebietskrankenkassen (Oberösterreich und Salzburg) eine Limitierung und eine Verrechnungsbeschränkung bestehe, sodass unter bestimmten Voraussetzungen ein Versicherter auch überhaupt keine Kostenerstattung erhalten könne. Darüber hinaus sei auch darauf Bedacht zu nehmen, dass in drei Bundesländern (Niederösterreich, Kärnten und Wien) für eine 24-Stunden-Blutdruckmessung überhaupt keine Kosten ersetzt werden. Bei der Burgenländischen Gebietskrankenkasse werde in etwa jener Betrag erstattet, der auch in der Satzung der Beklagten vorgesehen sei, allerdings werde hier über eine Kostenerstattung individuell entschieden, sodass es im Einzelfall ebenfalls zu keinem Kostenzuschuss kommen könne. Wenn man sich dieses österreichweite Leistungsgefüge vor Augen halte und berücksichtige, dass nur zwei Gebietskrankenkassen - nämlich die Steiermärkische und die Vorarlberger Gebietskrankenkasse - ohne Beschränkungen einen Kostenersatz von EUR 29,07 bzw EUR 26,40 gewähren, dann erscheine der in der Satzung der Beklagten festgelegte Kostenerstattungsbetrag für eine 24-Stunden-Blutdruckmessung in Höhe von EUR 12,50, der ohne Limitierung und Verrechnungsbeschränkung geleistet werde, nicht als unangemessen niedrig und damit auch nicht als gesetzwidrig.

Das Berufungsgericht sprach aus, dass die ordentliche Revision zulässig sei, weil der Frage, ob gegen die hier in Rede stehenden Satzungsbestimmung der Beklagten Bedenken aus dem Blickwinkel einer Gesetzwidrigkeit der Höhe des festgelegten Kostenzuschusses bestehen, eine über den Einzelfall hinausgehende Bedeutung zukomme.

Gegen diese Entscheidung richtet sich die Revision des Klägers wegen unrichtiger rechtlicher Beurteilung mit der Anregung, beim Verfassungsgerichtshof die Prüfung der Gesetzmäßigkeit des im Anhang 5 Z 4 der Satzung der Beklagten für eine 24-Stunden-Blutdruckmessung vorgesehenen Kostenzuschusses von EUR 12,50 zu beantragen. Hilfsweise wird ein Aufhebungsantrag gestellt.Gegen diese Entscheidung richtet sich die Revision des Klägers wegen unrichtiger rechtlicher Beurteilung mit der Anregung, beim Verfassungsgerichtshof die Prüfung der Gesetzmäßigkeit des im Anhang 5 Ziffer 4, der Satzung der Beklagten für eine 24-Stunden-Blutdruckmessung vorgesehenen Kostenzuschusses von EUR 12,50 zu beantragen. Hilfsweise wird ein Aufhebungsantrag gestellt.

Die Beklagte beantragte in ihrer Revisionsbeantwortung, der Revision keine Folge zu geben.

Rechtliche Beurteilung

Die Revision ist zulässig, weil eine gesicherte Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofes insbesondere auch zur Frage fehlt, inwieweit sich die Satzung für die Frage der Kostenerstattung bei einer sinngemäßen Anwendung des § 131b ASVG ausnahmsweise auch an den Tarifen in einem Gesamtvertrag eines anderen österreichischen Krankenversicherungsträgers orientieren kann. Sie ist aber nicht berechtigt.Die Revision ist zulässig, weil eine gesicherte Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofes insbesondere auch zur Frage fehlt, inwieweit sich die Satzung für die Frage der Kostenerstattung bei einer sinngemäßen Anwendung des Paragraph 131 b, ASVG ausnahmsweise auch an den Tarifen in einem Gesamtvertrag eines anderen österreichischen Krankenversicherungsträgers orientieren kann. Sie ist aber nicht berechtigt.

Wenn - wie hier - Vertragspartner infolge Fehlens von Verträgen zur Erbringung der erforderlichen Sachleistung (24-Stunden-Blutdruckmessung) nicht zur Verfügung stehen, so tritt gemäß § 131b ASVG anstelle der Sachleistung die

Erbringung von Geldleistungen. § 131b ASVG sieht in diesem Zusammenhang die Anwendung des § 131a ASVG (Kostenerstattung beim vertragslosen Zustand) mit der Maßgabe vor, 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. Nach dem letzten Satz dieser Bestimmung hat der Versicherungsträger das Ausmaß dieser Zuschüsse unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten festzusetzen.Wenn - wie hier - Vertragspartner infolge Fehlens von Verträgen zur Erbringung der erforderlichen Sachleistung (24-Stunden-Blutdruckmessung) nicht zur Verfügung stehen, so tritt gemäß Paragraph 131 b, ASVG anstelle der Sachleistung die Erbringung von Geldleistungen. Paragraph 131 b, ASVG sieht in diesem Zusammenhang die Anwendung des Paragraph 131 a, ASVG (Kostenerstattung beim vertragslosen Zustand) mit der Maßgabe vor, 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. Nach dem letzten Satz dieser Bestimmung hat der Versicherungsträger das Ausmaß dieser Zuschüsse unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten festzusetzen.

Wie bereits im ersten Rechtsgang im Aufhebungsbeschluss vom 21. 10. 2003 unter Bezugnahme auf die Rechtsprechung des erkennenden Senates und des Verfassungsgerichtshofes sowie unter Hinweis auf die herrschende Lehre näher dargelegt wurde, kann die Bestimmung des § 131b ASVG analog auch auf den hier vorliegenden Fall, dass eine neuartige ärztliche Leistung vertraglich noch nicht erfasst ist, angewendet werden. Entgegen der von der Beklagten in ihrer Revisionsbeantwortung vertretenen Ansicht ist der Krankenversicherungsträger 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 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 des Versicherten mitzuberücksichtigen ist. § 131b ASVG stellt somit im Verhältnis zu § 153 Abs 2 ASVG höhere Anforderungen an den Kostenzuschuss. Der Krankenversicherungsträger ist aber auch nach § 131b ASVG iVm § 131a ASVG nicht verpflichtet, kostendeckende Leistungen (zu Marktpreisen) vorzusehen, wie sich schon aus der Bedeutung des Begriffes des Kostenzuschusses ergibt (vgl dazu das jüngst ergangene Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes vom 18. 3. 2005, V 97/03). Es ist daher verfassungsrechtlich nicht bedenklich, wenn der durch die Satzung bestimmte Kostenzuschuss nur zu einem teilweisen Ersatz der Behandlungskosten führt. Das auf einen vollständigen Ersatz der dem Kläger für eine 24-Stunden-Blutdruckmessung tatsächlich entstandenen Kosten gerichtete Klagebegehren findet somit auch in der Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes keine Deckung.Wie bereits im ersten Rechtsgang im Aufhebungsbeschluss vom 21. 10. 2003 unter Bezugnahme auf die Rechtsprechung des erkennenden Senates und des Verfassungsgerichtshofes sowie unter Hinweis auf die herrschende Lehre näher dargelegt wurde, kann die Bestimmung des Paragraph 131 b, ASVG analog auch auf den hier vorliegenden Fall, dass eine neuartige ärztliche Leistung vertraglich noch nicht erfasst ist, angewendet werden. Entgegen der von der Beklagten in ihrer Revisionsbeantwortung vertretenen Ansicht ist der Krankenversicherungsträger in der Festsetzung der Höhe solcher Kostenzuschüsse, die gemäß Paragraph 131 b, ASVG anstelle von gesetzlichen Pflicht(sach)leistungen zu gewähren sind, nicht frei. In dieser verfassungsrechtlich unbedenklichen 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 des Versicherten mitzuberücksichtigen ist. Paragraph 131 b, ASVG stellt somit im Verhältnis zu Paragraph 153, Absatz 2, ASVG höhere Anforderungen an den Kostenzuschuss. Der Krankenversicherungsträger ist aber auch nach Paragraph 131 b, ASVG in Verbindung mit Paragraph 131 a, ASVG nicht verpflichtet, kostendeckende Leistungen (zu Marktpreisen) vorzusehen, wie sich schon aus der Bedeutung des Begriffes des Kostenzuschusses ergibt vergleiche dazu das jüngst ergangene Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes vom 18. 3. 2005, römisch fünf 97/03). Es ist daher verfassungsrechtlich nicht bedenklich, wenn der durch die Satzung bestimmte Kostenzuschuss nur zu einem teilweisen Ersatz der Behandlungskosten führt. Das auf einen vollständigen Ersatz der dem Kläger für eine 24-Stunden-Blutdruckmessung tatsächlich entstandenen Kosten gerichtete Klagebegehren findet somit auch in der Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes keine Deckung.

Wie auch der Oberste Gerichtshof bereits in seinem Aufhebungsbeschluss vom 21. 10. 2003 ausgeführt hat, darf der Krankenversicherungsträger den Kostenersatz in der Satzung aber nicht in beliebiger Höhe festlegen. Er ist bei der Gestaltung seiner Kostenerstattungstarife vielmehr primär an die vergleichbaren Tarifsätze im selben Gesamtvertrag gebunden. Fehlen vergleichbare Tarifpositionen im selben Gesamtvertrag, kann ausnahmsweise auch eine

Orientierung an den Tarifen in einem Gesamtvertrag eines anderen österreichischen Krankenversicherungsträgers in Betracht kommen (vgl auch jüngst 10 ObS 35/05b; Resch, Krankenbehandlung und Ökonomiegebot in Österreich, in Jabornegg/Resch/Seewald [Hrsg], Ökonomie und Krankenversicherung [2001] 15 [26 ff mwN]). Auch der Verfassungsgerichtshof hat in seinem bereits erwähnten Erkenntnis vom 18. 3. 2005, V 97/03, einen Vergleich der dort angefochtenen Kostenzuschussregelung der Wiener Gebietskrankenkasse mit entsprechenden Regelungen in den Gesamtverträgen der Steiermärkischen und der Tiroler Gebietskrankenkasse angestellt, einen solchen Vergleich jedoch im konkreten Fall unter Hinweis auf die Unterschiedlichkeit dieser Regelungen abgelehnt.Wie auch der Oberste Gerichtshof bereits in seinem Aufhebungsbeschluss vom 21. 10. 2003 ausgeführt hat, darf der Krankenversicherungsträger den Kostenersatz in der Satzung aber nicht in beliebiger Höhe festlegen. Er ist bei der Gestaltung seiner Kostenerstattungstarife vielmehr primär an die vergleichbaren Tarifsätze im selben Gesamtvertrag gebunden. Fehlen vergleichbare Tarifpositionen im selben Gesamtvertrag, kann ausnahmsweise auch eine Orientierung an den Tarifen in einem Gesamtvertrag eines anderen österreichischen Krankenversicherungsträgers in Betracht kommen vergleiche auch jüngst 10 ObS 35/05b; Resch, Krankenbehandlung und Ökonomiegebot in Österreich, in Jabornegg/Resch/Seewald [Hrsg], Ökonomie und Krankenversicherung [2001] 15 [26 ff mwN]). Auch der Verfassungsgerichtshof hat in seinem bereits erwähnten Erkenntnis vom 18. 3. 2005, römisch fünf 97/03, einen Vergleich der dort angefochtenen Kostenzuschussregelung der Wiener Gebietskrankenkasse mit entsprechenden Regelungen in den Gesamtverträgen der Steiermärkischen und der Tiroler Gebietskrankenkasse angestellt, einen solchen Vergleich jedoch im konkreten Fall unter Hinweis auf die Unterschiedlichkeit dieser Regelungen abgelehnt.

Es ist im vorliegenden Fall nicht mehr strittig, dass sich aus dem von der Ärztekammer für Tirol mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die Beklagte abgeschlossenen Gesamtvertrag kein mit einer 24-Stunden-Blutdruckmessung unmittelbar vergleichbarer Tarif ergibt. Es sind daher die Tarifleistungen gleichartiger Krankenversicherungsträger, also anderer Gebietskrankenkassen, als Orientierungshilfe heranzuziehen, da, wie auch vom Revisionswerber nicht in Zweifel gezogen wird, die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter und die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft ein anderes Beitrags- und Leistungssystem haben. Zutreffend ist allerdings der Ansicht des Revisionswerbers, dass die 80 %-Regelung des § 131 Abs 1 ASVG im vorliegenden Fall keine Anwendung findet, weil im Bereich der gegenständlichen ärztlichen Leistung keine Behandlungsalternative im Rahmen einer Sachleistung bestand (vgl 10 ObS 35/05b mwN). Dieser Umstand wurde jedoch in den Ausführungen des Berufungsgerichtes ohnedies bereits berücksichtigt. Wenn man weiters berücksichtigt, dass dem Krankenversicherungsträger bei Erlassung der entsprechenden Satzungregelung ein weiter rechtspolitischer Spielraum zusteht (vgl VfGH, V 97/03 vom 18. 3. 2005), dann teilt der erkennende Senat die Auffassung des Berufungsgerichtes, dass auch unter Bedachtnahme auf die in Gesamtverträgen anderer Gebietskrankenkassen enthaltenen Tarife der in der Satzung der Beklagten für eine 24-Stunden-Blutdruckmessung festgelegte Kostenzuschuss von EUR 12,50, der ohne Limitierung und Verrechnungsbeschränkung gewährt wird, nicht als unangemessen niedrig und damit auch nicht als gesetzwidrig anzusehen ist. Der erkennende Senat sieht daher keine Veranlassung zu der vom Revisionswerber angeregten Antragstellung beim Verfassungsgerichtshof.Es ist im vorliegenden Fall nicht mehr strittig, dass sich aus dem von der Ärztekammer für Tirol mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die Beklagte abgeschlossenen Gesamtvertrag kein mit einer 24-Stunden-Blutdruckmessung unmittelbar vergleichbarer Tarif ergibt. Es sind daher die Tarifleistungen gleichartiger Krankenversicherungsträger, also anderer Gebietskrankenkassen, als Orientierungshilfe heranzuziehen, da, wie auch vom Revisionswerber nicht in Zweifel gezogen wird, die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter und die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft ein anderes Beitrags- und Leistungssystem haben. Zutreffend ist allerdings der Ansicht des Revisionswerbers, dass die 80 %-Regelung des Paragraph 131, Absatz eins, ASVG im vorliegenden Fall keine Anwendung findet, weil im Bereich der gegenständlichen ärztlichen Leistung keine Behandlungsalternative im Rahmen einer Sachleistung bestand vergleiche 10 ObS 35/05b mwN). Dieser Umstand wurde jedoch in den Ausführungen des Berufungsgerichtes ohnedies bereits berücksichtigt. Wenn man weiters berücksichtigt, dass dem Krankenversicherungsträger bei Erlassung der entsprechenden Satzungregelung ein weiter rechtspolitischer Spielraum zusteht vergleiche VfGH, römisch fünf 97/03 vom 18. 3. 2005), dann teilt der erkennende Senat die Auffassung des Berufungsgerichtes, dass auch unter Bedachtnahme auf die in Gesamtverträgen anderer Gebietskrankenkassen enthaltenen Tarife der in der Satzung der Beklagten für eine 24-Stunden-Blutdruckmessung

festgelegte Kostenzuschuss von EUR 12,50, der ohne Limitierung und Verrechnungsbeschränkung gewährt wird, nicht als unangemessen niedrig und damit auch nicht als gesetzwidrig anzusehen ist. Der erkennende Senat sieht daher keine Veranlassung zu der vom Revisionswerber angeregten Antragstellung beim Verfassungsgerichtshof.

Der Revision musste somit ein Erfolg versagt bleiben.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 77 Abs 1 Z 2 lit b ASGG. Da die Entscheidung von der Lösung einer Rechtsfrage im Sinn des § 502 Abs 1 ZPO abhängt, entspricht es der Billigkeit, dem unterlegenen Kläger im Hinblick auf seine aktenkundig angespannten finanziellen Verhältnisse die Hälfte der Kosten seines Vertreters im Revisionsverfahren zuzusprechen (10 ObS 38/04t ua).Die Kostenentscheidung beruht auf Paragraph 77, Absatz eins, Ziffer 2, Litera b, ASGG. Da die Entscheidung von der Lösung einer Rechtsfrage im Sinn des Paragraph 502, Absatz eins, ZPO abhängt, entspricht es der Billigkeit, dem unterlegenen Kläger im Hinblick auf seine aktenkundig angespannten finanziellen Verhältnisse die Hälfte der Kosten seines Vertreters im Revisionsverfahren zuzusprechen (10 ObS 38/04t ua).

Textnummer

E78721

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:OGH0002:2005:010OBS00072.05V.0927.000

Im RIS seit

27.10.2005

Zuletzt aktualisiert am

09.02.2012

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

© 2025 JUSLINE

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

www.jusline.at