jusline®
»» Recht. Schnell

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

TE Vfgh Beschluss 2002/11/28 G214/02

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 28.11.2002

Index

66 Sozialversicherung
66/01 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

Norm

B-VG Art140 Abs1 / Allg
B-VG Art140 Abs1 / Prüfungsgegenstand
ASVG §135a

Leitsatz

Zurückweisung eines "Drittelantrags" von Abgeordneten des Nationalrates auf Aufhebung der die Ambulanzgebühr regelnden Bestimmung des ASVG infolge Neufassung der bekämpften Vorschrift in wesentlichen Teilen

Spruch

Der Antrag wird zurückgewiesen.

Begründung

Begründung:

1. Mit Schriftsatz vom 28. Februar 2002, beim Verfassungsgerichtshof eingelangt am 1. März 2002, begehren 64 Abgeordnete zum Nationalrat - gestützt auf Art140 Abs1 zweiter Satz B-VG -, der Verfassungsgerichtshof möge die Gesetzesbestimmung des §135a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG), BGBl. Nr. 189/1955, in der Fassung der Bundesgesetze BGBl. I Nr. 35/2001 sowie BGBl. I Nr. 67/2001, zur Gänze, in eventu näher bezeichnete Teile dieser Gesetzesbestimmung, als verfassungswidrig aufheben.

Die angefochtene Gesetzesbestimmung (druckfehlerberichtigt durch die Kundmachung des Bundeskanzlers BGBl. I Nr. 114/2002) hatte folgenden Wortlaut:

"Behandlungsbeitrag - Ambulanz

§135a. (1) Für jede Inanspruchnahme einer ambulanten Behandlung nach diesem Abschnitt

1. in Krankenanstalten, die über Landsfonds finanziert werden,

2. in bettenführenden Vertragskrankenanstalten,

3. in bettenführenden eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger (mit Ausnahme der Sonderkrankenanstalten für Rehabilitation), soweit es sich nicht um eine Rehabilitationsmaßnahme oder Jugendlichen- oder Vorsorge-(Gesunden-)Untersuchung handelt,

ist pro Ambulanzbesuch ein Behandlungsbeitrag zu zahlen. Liegt ein entsprechender Überweisungsschein vor, so beträgt der Behandlungsbeitrag 10,90 €, sonst 18,17 €. Der Behandlungsbeitrag darf pro Versicherten (Angehörigen) 72,67 € im Kalenderjahr nicht übersteigen. Der Behandlungsbeitrag ist jeweils für ein Quartal im Nachhinein, erstmalig spätestens am 1. Oktober 2001, einzuheben.

(2) Der Behandlungsbeitrag darf nicht eingehoben werden

1. für Kinder nach §123 Abs2 Z2 bis 6 und Abs4 sowie Kinder nach §260 ohne anderes Einkommen,

2. wenn in medizinischen Notfällen, wegen Lebensgefahr oder aus anderen Gründen unmittelbar eine stationäre Aufnahme erfolgt,

3. in Fällen, in denen ein Auftrag eines Sozialversicherungsträgers oder eines Gerichts im Zusammenhang mit einem Verfahren über Leistungssachen zur Einweisung in eine Ambulanz zwecks Befundung und Begutachtung (§22 Abs3 zweiter Halbsatz KAG in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 5/2001) vorliegt,

4. für Personen, die auf Grund der Richtlinien nach §31 Abs5 Z16 von der Rezeptgebühr befreit sind,

5. für Personen, die Leistungen infolge einer Schwangerschaft im Rahmen des Mutter-Kind-Passes oder Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft in Anspruch nehmen,

6. für Personen, die Teile des Körpers nach §120 Abs2 oder Blut(plasma) spenden,

7. bei Behandlung für Dialyse oder bei Strahlen- oder Chemotherapie in Ambulanzen,

8. wenn der (die) Versicherte (Angehörige) im Zusammenhang mit ein und demselben Behandlungsfall an Ambulanzen anderer Fachrichtungen weiterüberwiesen wird.

Dies gilt nicht, wenn der Ambulanzbesuch durch schuldhafte Beteiligung an einem Raufhandel bedingt ist oder sich als unmittelbare Folge von Trunkenheit oder Missbrauch von Suchtgiften erweist.

(3) Die Einhebung des Behandlungsbeitrages erfolgt durch die zuständigen Krankenversicherungsträger, denen auch die Feststellung jener Fälle obliegt, in denen nach Abs2 kein Behandlungsbeitrag eingehoben werden darf. Der Krankenversicherungsträger hat nach Maßgabe der vom Hauptverband hiezu erlassenen Richtlinien (§31 Abs5 Z16b) bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des Versicherten auf Antrag von der Einhebung des Behandlungsbeitrages abzusehen oder einen bereits entrichteten Behandlungsbeitrag rückzuerstatten.

(4) Die mit der Einhebung des Behandlungsbeitrages verbundenen Verwaltungskosten der Krankenversicherungsträger dürfen je Kalenderjahr mit nicht mehr als 6,5% der Summe der in diesem Kalenderjahr vorgeschriebenen Behandlungsbeiträge verrechnet werden und sind bei der Rückführung des Verwaltungs- und Verrechnungsaufwandes nach §588 Abs14 außer Acht zu lassen."

2. Die Bundesregierung hat eine schriftliche Äußerung zum Gegenstand erstattet, worin die Verfassungsmäßigkeit des §135a ASVG verteidigt wird.

3.1. Gemäß dem zweiten Satz des Art140 Abs1 B-VG ist ein Drittel der Mitglieder des Nationalrates berechtigt, die Verfassungswidrigkeit bundesgesetzlicher Bestimmungen vor dem Verfassungsgerichtshof geltend zu machen. Die einschreitenden 64 Abgeordneten zum Nationalrat verkörpern mehr als ein Drittel der Mitglieder des Nationalrates (vgl. auch §1 Abs1 Nationalrats-Wahlordnung 1992 - NRWO), sodaß dem erwähnten Erfordernis entsprochen ist.

3.2. Wie sich aus Art140 Abs4 B-VG ergibt, ist ein von Mitgliedern des Nationalrates eingebrachter Antrag als Fall einer abstrakten Normenkontrolle nur gegen bei Fällung des verfassungsgerichtlichen Erkenntnisses noch geltende, nicht aber gegen in diesem Zeitpunkt bereits außer Kraft getretene Rechtsvorschriften zulässig (zB VfSlg. 14.802/1997, 14.895/1997; VfGH 16. März 2001, G152/00; 28. Juni 2001, G72/00; 28. November 2001, G129/01).

3.3.1. Mit dem Bundesgesetz, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz geändert wird (60. Novelle zum ASVG), BGBl. I Nr. 140/2002, ausgegeben am 20. August 2002, sowie mit dem Bundesgesetz, mit dem ein Hochwasseropferentschädigungs- und Wiederaufbau-Gesetz 2002 - HWG 2002 erlassen wird und das Katastrophenfondsgesetz 1996, das Bundesfinanzgesetz 2002, das Umweltförderungsgesetz, das Altlastensanierungsgesetz, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Einkommensteuergesetz 1988, das

Körperschaftsteuergesetz 1988 und die Bundesabgabenordnung geändert werden, BGBl. I Nr. 155/2002, ausgegeben am 4. Oktober 2002, wurde §135a ASVG in mehreren Punkten abgeändert (s. Z24 des erstgenannten sowie Art6 Z3a-3c des letztgenannten Bundesgesetzes).

§135a ASVG wurde hiedurch folgende Fassung gegeben (sämtliche Änderungen sind hervorgehoben):

"Behandlungsbeitrag - Ambulanz

§135a. (1) Für jede Inanspruchnahme einer ambulanten Behandlung nach diesem Abschnitt

1. in Krankenanstalten, die über Landsfonds finanziert werden,

2. in bettenführenden Vertragskrankenanstalten,

3. in bettenführenden eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger (mit Ausnahme der Sonderkrankenanstalten für Rehabilitation), soweit es sich nicht um eine Rehabilitationsmaßnahme oder Jugendlichen- oder Vorsorge-(Gesunden-)Untersuchung handelt,

ist pro Ambulanzbesuch ein Behandlungsbeitrag zu zahlen. Liegt ein entsprechender Überweisungsschein vor, so beträgt der Behandlungsbeitrag 10,90 €, sonst 18,17 €. Der Behandlungsbeitrag darf pro Versicherten (Angehörigen) 72,67 € im Kalenderjahr nicht übersteigen. Der Behandlungsbeitrag ist jeweils für ein Quartal im Nachhinein, erstmalig spätestens am 1. Oktober 2001, einzuheben.

(2) Der Behandlungsbeitrag darf nicht eingehoben werden

1. für Kinder nach §123 Abs2 Z2 bis 6 und Abs4 sowie Kinder nach §260 ohne anderes Einkommen,

2. wenn in medizinischen Notfällen, wegen Lebensgefahr oder aus anderen Gründen eine stationäre Aufnahme erfolgt oder wenn in diesem Zusammenhang eine anderweitige medizinische Versorgung im extramuralen Bereich nicht in Betracht kommt,

3. in Fällen, in denen ein Auftrag eines Sozialversicherungsträgers oder eines Gerichts im Zusammenhang mit einem Verfahren über Leistungssachen zur Einweisung in eine Ambulanz zwecks Befundung und Begutachtung (§22 Abs3 zweiter Halbsatz KAG in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 5/2001) vorliegt,

4. für Personen, die auf Grund der Richtlinien nach §31 Abs5 Z16 von der Rezeptgebühr befreit sind,

5. für Personen, die Leistungen infolge einer Schwangerschaft im Rahmen des Mutter-Kind-Passes oder Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft in Anspruch nehmen,

6. für Personen, die Teile des Körpers nach §120 Abs2 oder Blut(plasma) spenden,

7. bei Behandlung für Dialyse oder bei Strahlen- oder Chemotherapie in Ambulanzen,

8. wenn der (die) Versicherte (Angehörige) im Zusammenhang mit ein und demselben Behandlungsfall an Ambulanzen anderer Fachrichtungen weiterüberwiesen wird,

9. wenn Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden erforderlich sind, die außerhalb einer Krankenanstalt in angemessener Entfernung dem Patienten nicht in geeigneter Weise oder nur unzureichend zur Verfügung stehen.

Dies gilt nicht, wenn der Ambulanzbesuch

a) durch schuldhafte Beteiligung an einem Raufhandel bedingt ist, sofern der (die) Versicherte nach §91 StGB rechtskräftig verurteilt wurde, oder

b) sich als unmittelbare Folge von Trunkenheit oder Missbrauch von Suchtgiften erweist.

(3) Die Einhebung des Behandlungsbeitrages erfolgt durch die zuständigen Krankenversicherungsträger, denen auch die Feststellung jener Fälle obliegt, in denen nach Abs2 kein Behandlungsbeitrag eingehoben werden darf. Der Krankenversicherungsträger hat nach Maßgabe der vom Hauptverband hiezu erlassenen Richtlinien (§31 Abs5 Z16b) bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des Versicherten auf Antrag von der Einhebung des Behandlungsbeitrages abzusehen oder einen bereits entrichteten Behandlungsbeitrag rückzuerstatten. Darüber hinaus kann der Versicherungsträger auf Antrag des (der) Versicherten in besonders berücksichtigungswürdigen

Einzelfällen, insbesondere bei Behandlung vergleichbar (Abs2 Z7) schwerwiegender und therapieintensiver Krankheiten sowie in Berücksichtigung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse, von der Einhebung des Behandlungsbeitrages auf bestimmte Zeit absehen oder einen bereits entrichteten Behandlungsbeitrag rückerstatten.

(4) Die mit der Einhebung des Behandlungsbeitrages verbundenen Verwaltungskosten der Krankenversicherungsträger dürfen je Kalenderjahr mit nicht mehr als 6,5% der Summe der in diesem Kalenderjahr vorgeschriebenen Behandlungsbeiträge verrechnet werden und sind bei der Rückführung des Verwaltungs- und Verrechnungsaufwandes nach §588 Abs14 außer Acht zu lassen."

Der zweite Satz des §135a Abs2 ASVG wurde mit Wirkung vom 1. September 2002 geändert (§600 Abs1 Z1 ASVG), die übrigen Änderungen des §135a ASVG stehen seit dem 1. Oktober 2002 in Kraft. Letztere sind - wie sich aus §603 Abs2 ASVG ergibt - auf alle anhängigen Fälle, weiters auf Antrag des Versicherten auch auf Fälle, in denen der Behandlungsbeitrag-Ambulanz bereits entrichtet wurde, sowie auf Rückerstattungsanträge nach §135a Abs3 (idF des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 155/2002) anzuwenden.

Der diesen Änderungen zugrunde liegende - am 19. September 2002 in zweiter Lesung des Berichtes des Finanzausschusses betreffend das Hochwasseropferentschädigungs- und Wiederaufbau-Gesetz 2002 sowie Änderungen anderer Bundesgesetze (1285 BlgNR XXI. GP) gestellte - Abänderungsantrag der Abgeordneten Böhacker, Dr. Stummvoll und Kollegen war wie folgt begründet worden (s. StenProt NR XXI. GP, 115. Sitzung, S 104 f):

"Der Verfassungsgerichtshof hat am 29. Juni 2002 aus Anlass mehrerer Beschwerden von Patienten, die sich Therapien unterziehen müssen, die nur in entsprechend eingerichteten Krankenhausambulanzen durchgeführt werden, den Beschluss (B 9, 224-225, 614/02) gefasst, §135a ASVG von Amts wegen auf seine Verfassungsmäßigkeit zu prüfen.

In diesem Beschluss hat das Höchstgericht betont, dass es gegen die Bestimmungen über den Behandlungsbeitrag-Ambulanz insofern keine verfassungsrechtlichen Bedenken hegt, als damit ein auf das Gesundheitssystem bezogener Lenkungseffekt zur Entlastung der Krankenhausambulanzen herbeigeführt wird. Weiters sei die Höhe des Behandlungsbeitrages-Ambulanz auch nicht unverhältnismäßig, zumal eine jährliche Obergrenze und eine Reihe von Befreiungsmöglichkeiten aus sozialen Erwägungen vorgesehen sind.

Verfassungsrechtliche Bedenken gegen die Einhebung des Behandlungsbeitrages-Ambulanz bestehen laut Verfassungsgerichtshof aber in jenen Fällen, in denen der gewünschte Lenkungseffekt gar nicht eintreten kann, weil die betreffenden Behandlungsleistungen entweder nur in Krankenhausambulanzen angeboten werden oder entsprechende niedergelassene Ärzte für den Patienten nicht in zumutbarer Erreichbarkeit verfügbar sind. Darüber hinaus hält es der Verfassungsgerichtshof für nicht nachvollziehbar, warum ein Versicherter im Fall eines medizinischen Notfalls bloß dann von der Beitragspflicht ausgenommen ist, wenn unmittelbar eine stationäre Aufnahme erfolgt. Schließlich ist für den Verfassungsgerichtshof nicht erkennbar, warum Versicherte, die etwa eine Chemotherapie in einer Ambulanz in Anspruch nehmen, von der Beitragspflicht ausgenommen sind, nicht aber auch Versicherte, die an vergleichbar schwerwiegenden und therapieintensiven, nicht bei niedergelassenen Ärzten behandelbaren Krankheiten leiden.

Mit den vorgeschlagenen Änderungen soll der Versicherte von der Beitragspflicht ausgenommen werden, wenn in medizinischen Notfällen, wegen Lebensgefahr oder aus anderen Gründen eine stationäre Aufnahme erfolgt oder wenn in diesem Zusammenhang eine anderweitige medizinische Versorgung im extramuralen Bereich nicht in Betracht kommt. Zweck der Einlieferung in eine Krankenhausambulanz ist nämlich häufig die Abklärung der Frage, ob mit einer ambulanten Behandlung oder nur mittels anschließender stationärer Aufnahme behandelt werden kann. Auch kommt eine anderweitige medizinische Versorgung im extramuralen Bereich auch in jenen Fällen, in denen der Versicherte zunächst ambulant versorgt werden muss, sich aber nach befundmäßiger Abklärung eine stationäre Aufnahme erübrigt (z.B. nach Knochenbrüchen), häufig nicht in Betracht. Außerdem soll in allen jenen Fällen eine Befreiung von der Beitragspflicht erfolgen, wenn Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden erforderlich sind, die außerhalb einer Krankenanstalt in angemessener Entfernung (vom Wohnort) dem Patienten nicht in geeigneter Weise oder nur unzureichend zur Verfügung stehen.

Die Neuregelung soll am 1. Oktober 2002 in Kraft treten und auf alle anhängigen Fälle, weiters über Antrag des Versicherten auch auf Fälle, in denen der Behandlungsbeitrag-Ambulanz bereits entrichtet wurde, sowie auf Rückerstattungsanträge anzuwenden sein. Dadurch soll für jene Behandlungsfälle, die nach der Neuregelung von der Beitragspflicht ausgenommen wären, die Möglichkeit einer Rückerstattung des Behandlungsbeitrages-Ambulanz auf

Antrag auch für bereits vor Inkrafttreten der Neuregelung erfolgte Ambulanzbesuche geschaffen werden."

3.3.2. Der vorliegende, von Abgeordneten zum Nationalrat gestellte Gesetzesprüfungsantrag richtet sich somit - seit Inkrafttreten obiger Gesetzesänderungen - gegen eine in wesentlichen Teilen nicht mehr in Kraft stehende Fassung des §135a ASVG.

In VfSlg. 10.091/1984 wurde ausgesprochen, daß der Gesetzgeber grundsätzlich nicht gehindert ist, ein vom Verfassungsgerichtshof in Prüfung gezogenes Gesetz während des anhängigen Verfahrens zu ändern und so Einfluß auf das Verfahren vor dem Verfassungsgerichtshof zu nehmen (so etwa, daß sich der Verfassungsgerichtshof gegebenenfalls darauf zu beschränken hätte, die Verfassungswidrigkeit des Gesetzes bloß - iS des Art140 Abs4 B-VG - festzustellen). Dem Gesetzgeber ist dabei jedenfalls insoweit eine Grenze gezogen, als er nicht in der "erweislichen oder doch vom Ergebnis her erschließbaren" Absicht handeln darf, ein anhängiges Gesetzesprüfungsverfahren ganz oder teilweise zu vereiteln. Die bloß von dieser Absicht getragene Erlassung eines Gesetzes widerspräche nämlich dem Ziel des Art140 B-VG, eine umfassende Kontrolle der Legislativakte auf ihre Verfassungsmäßigkeit zu gewährleisten.

Ein solcher Fall liegt hier aber nicht vor: Den zuletzt wiedergegebenen Änderungen der Ausnahmetatbestände des §135a ASVG liegt vielmehr - wie auch aus der vorhin wiedergegebenen Begründung des zugrunde liegenden Abänderungsantrags hervorgeht - offenkundig die Absicht zugrunde, den vom Verfassungsgerichtshof in seinem Beschluß vom 29. Juni 2002, B9/02-10 ua. Zlen., geäußerten Bedenken gegen die bisherige Fassung des§135a ASVG Rechnung zu tragen.

4. Der Antrag war damit mangels Zuständigkeit des Verfassungsgerichtshofes als unzulässig zurückzuweisen.

Schlagworte

Geltungsbereich (zeitlicher) eines Gesetzes, Sozialversicherung, Krankenversicherung, Ambulanzgebühr, VfGH / Prüfungsgegenstand

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:VFGH:2002:G214.2002

Dokumentnummer

JFT_09978872_02G00214_00

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

© 2025 JUSLINE

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

www.jusline.at