

# TE OGH 2004/12/14 10ObS53/04y

JUSLINE Entscheidung

🕒 Veröffentlicht am 14.12.2004

## Kopf

Der Oberste Gerichtshof hat als Revisionsgericht in Arbeits- und Sozialrechtssachen durch den Senatspräsidenten des Obersten Gerichtshofes Dr. Bauer als Vorsitzenden, die Hofräte des Obersten Gerichtshofes Dr. Fellingner und Hon. Prof. Dr. Neumayr sowie die fachkundigen Laienrichter Dr. Erwin Blazek (aus dem Kreis der Arbeitgeber) und DDr. Wolfgang Massl (aus dem Kreis der Arbeitnehmer) als weitere Richter in der Sozialrechtssache der klagenden Partei Franz Z\*\*\*\*\*, Pensionist, \*\*\*\*\*, vertreten durch Dr. Robert Fuchs, Rechtsanwalt in St. Valentin, gegen die beklagte Partei Niederösterreichische Gebietskrankenkasse, Dr. Karl Renner-Promenade 14-16, 3100 St. Pölten, vertreten durch Dr. Vera Kremslehner und andere, Rechtsanwälte in Wien, wegen Kostenerstattung, infolge Revision der klagenden Partei gegen das Urteil des Oberlandesgerichtes Wien als Berufungsgericht in Arbeits- und Sozialrechtssachen vom 25. November 2003, GZ 7 Rs 189/03w-32, womit infolge Berufung der klagenden Partei das Urteil des Landesgerichtes St. Pölten als Arbeits- und Sozialgericht vom 29. August 2003, GZ 6 Cgs 155/00a-28, mit einer Maßgabe bestätigt wurde, in nichtöffentlicher Sitzung zu Recht erkannt:

## Spruch

Der Revision wird nicht Folge gegeben.

Der Kläger hat die Kosten des Revisionsverfahrens selbst zu tragen.

## Text

Entscheidungsgründe:

Der Kläger leidet an einer seltenen Form von Anämie und weist ein extrem seltenes Krankheitsbild auf. Die Abklärung derartiger Anämien ist sehr schwierig und nur durch einen Blutspezialisten durchführbar.

Der Kläger war schon längere Zeit bei den Internisten Dr. N\*\*\*\*\* und (danach) Dr. Karl M\*\*\*\*\* in Behandlung. Dr. M\*\*\*\*\* hat den Kläger im Jahr 1996 mit der Bitte um Untersuchung an Dr. B\*\*\*\*\* zugewiesen. Der Grund lag in der Schwierigkeit der Abklärung solcher Anämien.

Univ. Prof. Dr. Peter B\*\*\*\*\* hat sich im Jahr 1996 in L\*\*\*\*\* mit einer Ordination für Innere Medizin und Labor niedergelassen. Als Internist hat er das Zusatzfach Hämatologie und Onkologie. Mit der Ambulanz des AKH und der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse hatte er einen Sondervertrag. Mit der beklagten Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse bestand und besteht ein derartiger Sondervertrag nicht.

Zu Beginn der Erkrankung war der Kläger noch weiter bei Dr. M\*\*\*\*\* in Behandlung; aufgrund einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes wurde er dann aber völlig von Dr. B\*\*\*\*\* übernommen. Mit einer von Univ. Prof. Dr. B\*\*\*\*\* durchgeführten speziellen Therapie ist eine Besserung des Zustandsbildes gelungen.

Univ. Prof. Dr. B\*\*\*\*\* war dem vorher behandelnden Arzt Dr. Karl M\*\*\*\*\* aus seiner Tätigkeit im AKH bekannt. Dr. M\*\*\*\*\* war auch bekannt, dass es sich bei Univ. Prof. Dr. B\*\*\*\*\* um eine "Koryphäe" auf dem Gebiet der Hämatologie handelt. Aus diesem Grund erfolgte die Überweisung an ihn.

Eine Indikation für eine stationäre Betreuung fand Dr. M\*\*\*\*\* beim Kläger nicht, seiner Ansicht nach war für die ambulante Betreuung Univ. Prof. Dr. B\*\*\*\*\* der richtige Ansprechpartner.

Bei der Behandlung durch Dr. Karl M\*\*\*\*\* haben sich Spezialfragestellungen ergeben, die für ihn nach eigener Ansicht als Allgemeininternisten zu spezifisch waren, obwohl er auch eine onkologische Teilausbildung im AKH L\*\*\*\*\* absolviert hatte. Wegen des Auftretens zusätzlicher Probleme in Form einer zunehmenden Infektabwehrschwäche und anderer Verschlechterungen erfolgte dann die gänzliche Überweisung an Dr. B\*\*\*\*\*. Beim Kläger besteht ein hämatologisches Problem, welches die Zuziehung eines hämatologischen Spezialisten erforderte.

Sowohl im Gebiet der Ärztekammer Niederösterreich als auch im Gebiet der Ärztekammer Oberösterreich sind keine Internisten mit dem Zusatzfach Hämato-Onkologie niedergelassen, welche auch einen Vertrag mit der beklagten Partei abgeschlossen haben.

Der Kläger nahm am 3. 5. 2000, 25. 5. 2000, 14. 6. 2000 und 21. 6. 2000 bei Univ. Prof. Dr. Peter B\*\*\*\*\* je eine Ordination und ein Beratungsgespräch in Anspruch, worüber ihm der Arzt am 11. 7. 2000 eine Honorarnote über insgesamt 1.950 ATS legte. Mit Bescheid vom 12. 10. 2000 sprach die beklagte Partei aus, dass dem Kläger anlässlich der Inanspruchnahme der genannten Behandlung ein Kostenersatz in Höhe von 339,94 ATS (24,70 EUR) gebühre; eine darüber hinausgehende Erstattung der Kosten werde abgelehnt.

Am 13. 7. 2000, 10. 8. 2000 und 7. 9. 2000 nahm der Kläger bei Univ. Prof. Dr. Peter B\*\*\*\*\* jeweils eine Ordination und ein Beratungsgespräch in Anspruch, worüber ihm der Arzt am 2. 10. 2000 eine Honorarnote von 1.500 ATS legte. Die gleichen Leistungen wurden am 27. 10. 2000, 22. 11. 2000 und 20. 12. 2000 erbracht, worüber der Arzt am 2. 1. 2001 eine Honorarnote von 1.500 ATS legte. Für die am 1. 2. 2001 und 8. 3. 2001 in Anspruch genommenen gleichen Leistungen legte der Arzt am 29. 3. 2001 eine Honorarnote von 1.050 ATS. Die gleichen Leistungen nahm der Kläger weiters am 19. 4. 2001 und 31. 5. 2001 in Anspruch, worüber ihm der Arzt am 2. 7. 2001 eine Honorarnote in Höhe von 1.050 ATS legte. Auch am 31. 7. 2001 nahm der Kläger bei dem genannten Arzt diese Leistungen in Anspruch, worüber ihm dieser am 28. 9. 2001 eine Honorarnote über 600 ATS legte. Mit Bescheid vom 8. 1. 2002 sprach die beklagte Partei aus, dass dem Kläger für den Behandlungszeitraum 13. 7. 2000 bis 31. 7. 2001 ein Kostenersatz in der Höhe von 73,21 EUR (1.007,40 ATS) gebühre; eine darüber hinausgehende Erstattung der Kosten wurde abgelehnt.

Der Kläger nahm bei Univ. Prof. Dr. B\*\*\*\*\* am 9. 10. 2001, 20. 11. 2001 und 18. 12. 2001 ebenfalls die schon erwähnten Leistungen in Anspruch, worüber ihm der Arzt am 4. 1. 2002 eine Honorarnote über 109 EUR (1.500 ATS) legte. Mit Bescheid vom 26. 2. 2002 sprach die beklagte Partei aus, dass dem Kläger für die genannten drei Behandlungen ein Kostenersatz in der Höhe von 18,78 EUR (258,42 ATS) gebühre; eine darüber hinausgehende Erstattung der Kosten wurde abgelehnt.

Das Erstgericht die gegen die drei Bescheide der beklagten Partei gerichteten Klagen mit dem Begehren auf Leistung eines die Beträge von 24,70 EUR, 73,21 EUR und 18,78 EUR übersteigenden Kostenersatzes ab. Gemäß § 131 Abs 1 ASVG habe der Kläger bloß Anspruch auf Erstattung von 80 % jener Kosten, die bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wären. Die in den angefochtenen Bescheiden gewährten Kostenersatzes seien auf Grundlage des § 131 Abs 1 ASVG und des § 25 der Satzung der beklagten Partei richtig berechnet und zuerkannt worden. Eine Verpflichtung der beklagten Partei, 80 % des vom Wahlarzt verrechneten Honorars zu ersetzen, sei dem Gesetz nicht zu entnehmen, auch nicht für den Fall, dass der Wahlarzt besondere Spezialkenntnisse aufweise und ein Vertragsarzt der beklagten Partei mit diesen Spezialkenntnissen in Ober- und Niederösterreich nicht niedergelassen sei. Das Erstgericht die gegen die drei Bescheide der beklagten Partei gerichteten Klagen mit dem Begehren auf Leistung eines die Beträge von 24,70 EUR, 73,21 EUR und 18,78 EUR übersteigenden Kostenersatzes ab. Gemäß Paragraph 131, Absatz eins, ASVG habe der Kläger bloß Anspruch auf Erstattung von 80 % jener Kosten, die bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wären. Die in den angefochtenen Bescheiden gewährten Kostenersatzes seien auf Grundlage des Paragraph 131, Absatz eins, ASVG und des Paragraph 25, der Satzung der beklagten Partei richtig berechnet und zuerkannt worden. Eine Verpflichtung der beklagten

Partei, 80 % des vom Wahlarzt verrechneten Honorars zu ersetzen, sei dem Gesetz nicht zu entnehmen, auch nicht für den Fall, dass der Wahlarzt besondere Spezialkenntnisse aufweise und ein Vertragsarzt der beklagten Partei mit diesen Spezialkenntnissen in Ober- und Niederösterreich nicht niedergelassen sei.

Das Berufungsgericht bestätigte das Urteil des Erstgerichts mit der Maßgabe, dass es den bescheidmäßigen Zuspruch (insgesamt 116,78 EUR) in den Urteilsspruch aufnahm; das Mehrbegehren wurde abgewiesen. In seiner rechtlichen Beurteilung führte das Berufungsgericht zusammengefasst aus, dass es den Trägern der Krankenversicherung insbesondere obliege, für die Krankenbehandlung der Versicherten und ihrer Familienangehörigen ausreichend Vorsorge zu treffen (§ 23 Abs 5 ASVG). Gemäß § 338 Abs 2 ASVG sei durch Verträge nach § 338 Abs 1 ASVG die ausreichende Versorgung der Versicherten und ihrer anspruchsberechtigten Angehörigen mit den gesetzlich und satzungsmäßig vorgesehenen Leistungen sicherzustellen. Das Berufungsgericht bestätigte das Urteil des Erstgerichts mit der Maßgabe, dass es den bescheidmäßigen Zuspruch (insgesamt 116,78 EUR) in den Urteilsspruch aufnahm; das Mehrbegehren wurde abgewiesen. In seiner rechtlichen Beurteilung führte das Berufungsgericht zusammengefasst aus, dass es den Trägern der Krankenversicherung insbesondere obliege, für die Krankenbehandlung der Versicherten und ihrer Familienangehörigen ausreichend Vorsorge zu treffen (Paragraph 23, Absatz 5, ASVG). Gemäß Paragraph 338, Absatz 2, ASVG sei durch Verträge nach Paragraph 338, Absatz eins, ASVG die ausreichende Versorgung der Versicherten und ihrer anspruchsberechtigten Angehörigen mit den gesetzlich und satzungsmäßig vorgesehenen Leistungen sicherzustellen.

Der Ärztesamtvertrag sei das wichtigste Konkretisierungsinstrument bezüglich der den Versicherten als Sachleistung zur Verfügung zu stellenden ärztlichen Hilfe. Die Versicherungsträger müssten bestrebt sein, alle zur Behandlung der Krankheit ausreichenden und zweckmäßigen Maßnahmen als vertragsärztliche Leistungen in die Gesamtverträge aufzunehmen. Versicherungsträger seien jedoch nicht verpflichtet, Verträge um jeden Preis abzuschließen, sondern müssten im Rahmen ihrer finanziellen Möglichkeiten trachten, dass die Leistungen kostengünstig zur Verfügung gestellt werden. Eine Verletzung der Bemühungspflicht liege immer dann vor, wenn ein wirtschaftlich zumutbarer Vertragsabschluss unterlassen werde, der sich innerhalb der rechtlichen Möglichkeiten bewege, die den Vertragspartnern vorgegeben seien.

Nehme der Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner oder die eigenen Einrichtungen des Versicherungsträgers zur Erbringung der Sachleistungen der Krankenbehandlung in Anspruch, gebühre ihm der Ersatz der Kosten dieser Krankenbehandlung im Ausmaß von 80 % des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre (§ 131 Abs. 1 ASVG). Es sei aber nicht so, dass im Fall des Fehlens von Vertragsärzten 80 % der tatsächlichen Kosten zu ersetzen seien. Die von Univ. Prof. Dr. B\*\*\*\*\* beim Kläger erbrachten Leistungen seien in der Honorarordnung durchaus vorgesehen. Es stehe auch nicht fest, dass die entsprechende Krankenbehandlung in einem Krankenhaus mit höheren Tarifansätzen abzugelten wäre als bei einem niedergelassenen Arzt. Nach nunmehr gefestigter neuerer Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofes bestehe bei einer vergleichbaren Problematik, nämlich bei so genannten außervertraglichen Leistungen ("kassenfreier Raum") kein Anspruch auf vollen Kostenersatz nach Marktpreisen, sondern es hätten sich Kostenzuschüsse für derartige außervertragliche Leistungen an den für vergleichbare Pflichtleistungen festgelegten Tarifen zu orientieren. Selbst wenn für eine Berufsgruppe überhaupt keine Verträge bestünden, sehe § 131b ASVG lediglich Kostenzuschüsse für den Versicherten vor, die in der Satzung zu regeln seien. Das Ausmaß dieser Zuschüsse habe der Versicherungsträger unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten festzusetzen. Auch in dieser Konstellation erfolge somit kein Ersatz auf Basis der tatsächlichen Kosten. Nehme der Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner oder die eigenen Einrichtungen des Versicherungsträgers zur Erbringung der Sachleistungen der Krankenbehandlung in Anspruch, gebühre ihm der Ersatz der Kosten dieser Krankenbehandlung im Ausmaß von 80 % des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre (Paragraph 131, Absatz eins, ASVG). Es sei aber nicht so, dass im Fall des Fehlens von Vertragsärzten 80 % der tatsächlichen Kosten zu ersetzen seien. Die von Univ. Prof. Dr. B\*\*\*\*\* beim Kläger erbrachten Leistungen seien in der Honorarordnung durchaus vorgesehen. Es stehe auch nicht fest, dass die entsprechende Krankenbehandlung in einem Krankenhaus mit höheren Tarifansätzen abzugelten wäre als bei einem niedergelassenen Arzt. Nach nunmehr gefestigter neuerer Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofes bestehe bei einer vergleichbaren Problematik, nämlich bei so genannten außervertraglichen Leistungen ("kassenfreier Raum") kein Anspruch auf vollen Kostenersatz nach Marktpreisen,

sondern es hätten sich Kostenzuschüsse für derartige außervertragliche Leistungen an den für vergleichbare Pflichtleistungen festgelegten Tarifen zu orientieren. Selbst wenn für eine Berufsgruppe überhaupt keine Verträge bestünden, sehe Paragraph 131 b, ASVG lediglich Kostenzuschüsse für den Versicherten vor, die in der Satzung zu regeln seien. Das Ausmaß dieser Zuschüsse habe der Versicherungsträger unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten festzusetzen. Auch in dieser Konstellation erfolge somit kein Ersatz auf Basis der tatsächlichen Kosten.

Auch § 131a ASVG sehe für den Fall des vertragslosen Zustandes bloß eine Kostenerstattung in der Höhe jenes Betrages vor, der vor Eintritt des vertragslosen Zustandes zu leisten gewesen wäre. Für den Fall, dass die flächendeckende Versorgung der Versicherten durch Verträge nicht in ausreichendem Maß gesichert sei, könne gemäß § 131 Abs 6 ASVG in der Satzung das Ausmaß des Ersatzes der Kosten der Krankenbehandlung gemäß Abs 1 mit mehr als 80 %, höchstens jedoch mit 100 % des Betrages festgesetzt werden, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre. Auch Paragraph 131 a, ASVG sehe für den Fall des vertragslosen Zustandes bloß eine Kostenerstattung in der Höhe jenes Betrages vor, der vor Eintritt des vertragslosen Zustandes zu leisten gewesen wäre. Für den Fall, dass die flächendeckende Versorgung der Versicherten durch Verträge nicht in ausreichendem Maß gesichert sei, könne gemäß Paragraph 131, Absatz 6, ASVG in der Satzung das Ausmaß des Ersatzes der Kosten der Krankenbehandlung gemäß Absatz eins, mit mehr als 80 %, höchstens jedoch mit 100 % des Betrages festgesetzt werden, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre.

Die dargestellten Bestimmungen und die zitierte Rechtsprechung zeigten, dass dem österreichischen Krankenversicherungsrecht - mit Ausnahme der Sonderkonstellation des § 131 Abs 3 ASVG - eine Kostenerstattung auf Basis der tatsächlich bezahlten Kosten fremd sei. Der historische Gesetzgeber habe eine Reihe von Konstellationen geregelt, in denen eine Sachleistungsgewährung nicht möglich sei und in denen nur ein begrenzter Ersatz der vom Versicherten privat zu tragenden Aufwendungen vorgesehen werde. Die dahinter stehende Grundkonzeption biete also für einen vollen Kostenersatz nach freien Marktpreisen keinen Anhaltspunkt. Die dargestellten Bestimmungen und die zitierte Rechtsprechung zeigten, dass dem österreichischen Krankenversicherungsrecht - mit Ausnahme der Sonderkonstellation des Paragraph 131, Absatz 3, ASVG - eine Kostenerstattung auf Basis der tatsächlich bezahlten Kosten fremd sei. Der historische Gesetzgeber habe eine Reihe von Konstellationen geregelt, in denen eine Sachleistungsgewährung nicht möglich sei und in denen nur ein begrenzter Ersatz der vom Versicherten privat zu tragenden Aufwendungen vorgesehen werde. Die dahinter stehende Grundkonzeption biete also für einen vollen Kostenersatz nach freien Marktpreisen keinen Anhaltspunkt.

Insgesamt sei es somit irrelevant, ob für den Kläger überhaupt medizinische Einrichtungen zur Behandlung seines Leidenszustandes bestünden. Selbst bei Fehlen einer Vertragseinrichtung und bei Fehlen von Honoraransätzen für diese Behandlung sowohl bei niedergelassenen Ärzten als auch bei Krankenanstalten hätte der Kläger keinen Anspruch auf Ersatz der tatsächlichen Kosten. § 25 der Satzung der beklagten Partei sei auch nicht als gesetzwidrig anzusehen. Insgesamt sei es somit irrelevant, ob für den Kläger überhaupt medizinische Einrichtungen zur Behandlung seines Leidenszustandes bestünden. Selbst bei Fehlen einer Vertragseinrichtung und bei Fehlen von Honoraransätzen für diese Behandlung sowohl bei niedergelassenen Ärzten als auch bei Krankenanstalten hätte der Kläger keinen Anspruch auf Ersatz der tatsächlichen Kosten. Paragraph 25, der Satzung der beklagten Partei sei auch nicht als gesetzwidrig anzusehen.

Die ordentliche Revision sei zulässig, weil eine ausdrückliche Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofes zur Frage des Kostenerstattungsanspruchs bei Fehlen von für eine Spezialbehandlung in Betracht kommenden Vertragsärzten nicht bestehe.

Gegen diese Entscheidung richtet sich die außerordentliche Revision der klagenden Partei aus dem Revisionsgrund der unrichtigen rechtlichen Beurteilung mit dem Antrag auf Abänderung im klagsstattgebenden Sinn. Hilfsweise wird ein Aufhebungs- und Zurückverweisungsantrag gestellt.

Die beklagte Partei beantragt in ihrer Revisionsbeantwortung, der Revision nicht Folge zu geben.

### **Rechtliche Beurteilung**

Die Revision ist aus den vom Berufungsgericht genannten Gründen zulässig; sie ist jedoch nicht berechtigt.

Grundsätzlich kann auf die zutreffenden Rechtsausführungen des Berufungsgerichts verwiesen werden (§ 510 Abs 3 Satz 2 ZPO). Grundsätzlich kann auf die zutreffenden Rechtsausführungen des Berufungsgerichts verwiesen werden (Paragraph 510, Absatz 3, Satz 2 ZPO).

Den Revisionsausführungen ist Folgendes entgegen zu halten:

Nach den Vorstellungen des Gesetzgebers beruht die österreichische soziale Krankenversicherung auf dem Sachleistungsprinzip (§ 133 Abs 2 Satz 3 ASVG; Selb/Schrammel in Tomandl, SV-System [15. ErgLfg] 569 [5.3.1.2.]). Dabei verschafft der Sozialversicherungsträger dem Versicherten die Heilbehandlung über eigene Einrichtungen oder über seine Vertragspartner gegen direkte Verrechnung der Kosten mit dem Vertragspartner. Der Anspruchsberechtigte hat aber auch die Möglichkeit, die Leistung eines von ihm gewählten Arztes in Anspruch zu nehmen, der mit dem Krankenversicherungsträger keine Rechtsbeziehungen unterhält (Wahlarzt; RIS-Justiz RS0084811; näher insb Grillberger in Strasser [Hrsg], Arzt und gesetzliche Krankenversicherung 413 ff; BMAGS, Freie Arztwahl und Kostenerstattung bei Inanspruchnahme von Wahlärzten, ARD 4937/13/98). In diesem Fall hat der Patient die Leistung privat zu bezahlen und erhält - seit dem Inkrafttreten des SRÄG 1996, BGBl 1996/411, nur mehr - Kostenerstattung in Höhe von 80 % der Kosten, die dem Krankenversicherungsträger bei der Konsultierung eines Vertragsarztes entstanden wären (§ 131 Abs 1 ASVG). Mit Erkenntnis vom 18. 3. 2000, G 24/98 ua, hat der VfGH die Verfassungsmäßigkeit der "80-Prozent-Regelung" bejaht (SozSi 2000, 738; dazu etwa Kletter, Das VfGH-Erkenntnis zur Kostenerstattung, SozSi 2000, 704, und Karl, Die Auswirkungen des freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs auf die Kostenerstattung, DRdA 2002, 15). Höhere Erstattungssätze kann die Satzung für den Fall eines vertragslosen Zustandes vorsehen (§ 131 Abs 6 ASVG). Nach den Vorstellungen des Gesetzgebers beruht die österreichische soziale Krankenversicherung auf dem Sachleistungsprinzip (Paragraph 133, Absatz 2, Satz 3 ASVG; Selb/Schrammel in Tomandl, SV-System [15. ErgLfg] 569 [5.3.1.2.]). Dabei verschafft der Sozialversicherungsträger dem Versicherten die Heilbehandlung über eigene Einrichtungen oder über seine Vertragspartner gegen direkte Verrechnung der Kosten mit dem Vertragspartner. Der Anspruchsberechtigte hat aber auch die Möglichkeit, die Leistung eines von ihm gewählten Arztes in Anspruch zu nehmen, der mit dem Krankenversicherungsträger keine Rechtsbeziehungen unterhält (Wahlarzt; RIS-Justiz RS0084811; näher insb Grillberger in Strasser [Hrsg], Arzt und gesetzliche Krankenversicherung 413 ff; BMAGS, Freie Arztwahl und Kostenerstattung bei Inanspruchnahme von Wahlärzten, ARD 4937/13/98). In diesem Fall hat der Patient die Leistung privat zu bezahlen und erhält - seit dem Inkrafttreten des SRÄG 1996, BGBl 1996/411, nur mehr - Kostenerstattung in Höhe von 80 % der Kosten, die dem Krankenversicherungsträger bei der Konsultierung eines Vertragsarztes entstanden wären (Paragraph 131, Absatz eins, ASVG). Mit Erkenntnis vom 18. 3. 2000, G 24/98 ua, hat der VfGH die Verfassungsmäßigkeit der "80-Prozent-Regelung" bejaht (SozSi 2000, 738; dazu etwa Kletter, Das VfGH-Erkenntnis zur Kostenerstattung, SozSi 2000, 704, und Karl, Die Auswirkungen des freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs auf die Kostenerstattung, DRdA 2002, 15). Höhere Erstattungssätze kann die Satzung für den Fall eines vertragslosen Zustandes vorsehen (Paragraph 131, Absatz 6, ASVG).

Der Kläger will einen Anspruch auf volle Kostenerstattung aus dem Umstand ableiten, dass einzig und allein Univ. Prof. Dr. B\*\*\*\*\* als Spezialist (und kein anderer Arzt) in der Lage gewesen sei, seine (erfolgreiche) Behandlung durchzuführen. Dieser Schluss kann jedoch aus dem Krankenversicherungsrecht nicht gezogen werden.

Ungeachtet der Spezialisierung handelt es sich bei dem vom Kläger in Anspruch genommenen Internisten um einen (inländischen) Wahlarzt, sodass die Kostenerstattungsregelung des § 131 Abs 1 ASVG eingreift. Der Grundsatz der freien Arztwahl geht nicht so weit, dass es bei Inanspruchnahme eines ganz bestimmten spezialisierten Arztes (etwa des besten in- oder ausländischen Fachmanns auf einem bestimmten Spezialgebiet), der in keinem Vertragsverhältnis zum Krankenversicherungsträger steht, zu einem Anspruch auf Erstattung der Kosten zu Marktpreisen kommt. Ausgehend von den Feststellungen ist die vom Arzt erbrachte Behandlungsleistung (nicht der Erfolg der Behandlung!) in ihrer allgemein umschriebenen Art in der Honorarordnung für Vertragsärzte des Krankenversicherungsträgers in den Positionen 12 und 19 enthalten, sodass dieser Tarif die Grundlage für die Berechnung des Erstattungsbetrages bildet. Ungeachtet der Spezialisierung handelt es sich bei dem vom Kläger in Anspruch genommenen Internisten um einen (inländischen) Wahlarzt, sodass die Kostenerstattungsregelung des Paragraph 131, Absatz eins, ASVG eingreift. Der Grundsatz der freien Arztwahl geht nicht so weit, dass es bei Inanspruchnahme eines ganz bestimmten spezialisierten Arztes (etwa des besten in- oder ausländischen Fachmanns auf einem bestimmten Spezialgebiet), der in keinem Vertragsverhältnis zum Krankenversicherungsträger steht, zu einem Anspruch auf Erstattung der Kosten zu Marktpreisen kommt. Ausgehend von den Feststellungen ist die vom Arzt erbrachte Behandlungsleistung (nicht der

Erfolg der Behandlung!) in ihrer allgemein umschriebenen Art in der Honorarordnung für Vertragsärzte des Krankenversicherungsträgers in den Positionen 12 und 19 enthalten, sodass dieser Tarif die Grundlage für die Berechnung des Erstattungsbetrages bildet.

Der Revision des Klägers ist daher nicht Folge zu geben.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 77 Abs 1 Z 2 lit b ASGG. Die Kostenentscheidung beruht auf Paragraph 77, Absatz eins, Ziffer 2, Litera b, ASGG.

**Textnummer**

E75817

**European Case Law Identifier (ECLI)**

ECLI:AT:OGH0002:2004:010OBS00053.04Y.1214.000

**Im RIS seit**

13.01.2005

**Zuletzt aktualisiert am**

10.09.2012

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

© 2026 JUSLINE

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

[www.jusline.at](http://www.jusline.at)