

TE OGH 2004/6/8 10ObS66/04k

JUSLINE Entscheidung

🕒 Veröffentlicht am 08.06.2004

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 Dr. Hoch sowie die fachkundigen Laienrichter Dr. Manfred Engelmann und Dr. Manfred Matzka (beide aus dem Kreis der Arbeitgeber) als weitere Richter in der Sozialrechtssache der klagenden Partei Maria B*****, Landwirtin, ***** vertreten durch Mag. Dr. Wolfgang G. Kiechl, Rechtsanwalt in Wien, gegen die beklagte Partei Sozialversicherungsanstalt der Bauern, 1031 Wien, Ghegastraße 1, vertreten durch Dr. Michael Stögerer, Rechtsanwalt in Wien, wegen EUR 7.334,03 sA, über die Revision der klagenden Partei gegen das Urteil des Oberlandesgerichtes Wien als Berufungsgericht in Arbeits- und Sozialrechtssachen vom 29. Jänner 2004, GZ 9 Rs 162/03i-18, womit infolge Berufung der klagenden Partei das Urteil des Landesgerichtes Wiener Neustadt als Arbeits- und Sozialgericht vom 17. Jänner 2003, GZ 5 Cgs 231/01i-13, bestätigt wurde, in nichtöffentlicher Sitzung zu Recht erkannt:

Spruch

Der Revision wird nicht Folge gegeben.

Die klagende Partei hat die Kosten ihres Rechtsmittels selbst zu tragen.

Text

Entscheidungsgründe:

Die bei der beklagten Sozialversicherungsanstalt der Bauern krankenversicherte Klägerin leidet an einer Amalgam-Allergie. Zur Sanierung ihrer Zähne legte sie der beklagten Partei einen Kostenvoranschlag der Vertragskrankenanstalt Zahnambulatorium Dr. J***** in Höhe von S 59.730 (inklusive 10 % Mehrwertsteuer) vor. In diesem Kostenvoranschlag waren drei Verblendmetall-Keramik-Kronen, ein Brückenglied und 15 Inlays enthalten. Die beklagte Partei erteilte mit Schreiben vom 28. 4. 1999 die Bewilligung für die Inanspruchnahme der angeführten Leistungen des Vertragspartners. In diesem Schreiben wurde auch darauf hingewiesen, dass die Kostenbeteiligung für die Inlays 20 % und für Krone und Brückenglied jeweils 50 % beträgt.

Die Klägerin ließ in der Folge die Sanierung ihrer Zähne jedoch nicht in der Vertragskrankenanstalt Zahnambulatorium Dr. J***** durchführen, sondern suchte den Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Dr. Christian K***** als Zahnarzt auf. Dieser versorgte in der Zeit von 8. bis 15. 10. 1999 den Zahn 22 mit Titanstiftaufbau und Edelmetall-Keramik-Krone, die Zähne 25 bis 27 mit Edelmetall-Keramik-Kronen und den Zahn 24 mit einem zweiflächigen Seitenzahnkomposit. Für diese Leistungen verrechnete er mit Honorarnote vom 22. 10. 1999 ATS 36.350. Die beklagte Partei leistete einen Kostenzuschuss für die Kronen 22, 25, 26 und 27 im Umfang von ATS 11.880 und für den Titanstiftaufbau einen Betrag von ATS 351,20, insgesamt somit ATS 12.231,20.

Am 16. 11. 2000 versorgte Dr. K***** die Zähne 14, 15 und 17 mit Edelmetall-Keramik-Kronen und fertigte ein Zwischenglied (16) an, wofür der Klägerin ein Honorar in Höhe ATS 33.300 in Rechnung gestellt wurde. Am 11. 12. 2000

versorgte er die Zähne 44 bis 47 mit Edelmetall-Keramik-Kronen und betrug das Honorar ATS 33.300. Am 12. 1. 2001 versorgte er die Zähne 35 bis 37 mit Edelmetall-Keramik-Kronen und betrug das Honorar ATS 25.800.

Die Versorgung der Zähne 14, 15 und 17 mit Kronen sowie der Ersatz des Zahnes 16 durch ein Zwischenglied war schon zum Zeitpunkt des Kostenvoranschlages vom 10. 4. 1999 erforderlich. Aufgrund der gegebenen Zahnschäden war in der Folge bei den nachfolgenden Behandlungen auch die Versorgung der Zähne 22, 25 bis 27, 44 bis 47 und 35 bis 37 mit Kronen erforderlich.

Mit Bescheid vom 10. 9. 2001 gab die beklagte Partei dem Antrag der Klägerin auf Gewährung eines Kostenzuschusses für Zahnersatz aufgrund der erwähnten vier Honorarnoten über insgesamt S 128.750 im Ausmaß des bereits bezahlten Betrages von S 12.231,20 statt und wies das Mehrbegehren ab. Begründet wurde dies damit, dass die vom Wahlarzt erbrachten Leistungen das Maß des unentbehrlichen Zahnersatzes überstiegen, die in Rechnung gestellten Honorare sich nicht am Rückersatzbetrag des Kostenträgers orientierten, sondern - ohne vertragliche Bindung - nach Marktpreisen festgelegt worden seien und die Differenz aus möglichem Kostenzuschussbetrag und tatsächlichem Honorar von der Klägerin selbst zu tragen sei.

Mit ihrer gegen diesen Bescheid erhobenen Klage begehrt die Klägerin den Ersatz des offenen Differenzbetrages von S 116.518,50 (= EUR 8.467,73) samt Zinsen im Wesentlichen mit dem Vorbringen, sie leide an einer Amalgam-Allergie mit massiven vor allem dermatologischen Problemen. Aus diesem Grund sei die Entfernung aller Amalgam-Füllungen medizinisch erforderlich gewesen. Sie sei nach Einholung des erwähnten Kostenvoranschlages durch ihren Vertrauensarzt dahin beraten worden, dass die im Kostenvoranschlag enthaltenen Leistungen zum Teil nicht mehr zeitgemäß seien und aufgrund der besonders schlechten Zahnschubstanz eine Versorgung der Zähne mit Kronen geboten sei. Die durch den Zahnarzt Dr. K***** durchgeführte Zahnsanierung stelle die zweckentsprechende und notwendige Behandlung dar. Die Verwendung von Edelmetall-Kronen sei erforderlich gewesen, weil bei normalen Metallkronen allergische Reaktionen nicht ausgeschlossen seien. Es sei unverständlich, dass die beklagte Partei nicht einmal Kosten in Höhe ihrer Kostenübernahmeerklärung vom 28. 4. 1999 erstatte. Die Kosten der zweckentsprechenden und notwendigen Behandlung seien auch bei Inanspruchnahme eines Wahlarztes zu ersetzen.

Die beklagte Partei beantragte die Abweisung des Klagebegehrens und wandte ein, es bestehe gemäß § 95 BSVG iVm § 21 der Satzung der beklagten Partei kein Anspruch auf weitere Leistungen. Die von Dr. K***** durchgeführte Sanierung mit Edelmetall-Kronen stelle die "bestmögliche" Versorgung dar, übersteige aber das Maß des Notwendigen. Die bewilligten Inlays wären ausreichend und zweckmäßig gewesen. Die Versorgung mit feststehendem Zahnersatz sei - ausgenommen hinsichtlich weniger Krankenanstalten wie etwa des Zahnambulatoriums Dr. J***** - vertraglich nicht geregelt. Dementsprechend sehe § 21 Abs 6 der Satzung Kostenzuschüsse für durch freiberuflich tätige Zahnärzte oder Dentisten erbrachte Leistungen des feststehenden Zahnersatzes vor, welche auch bei der Ermittlung des Kostenzuschussbetrages angewandt worden seien. Die beklagte Partei beantragte die Abweisung des Klagebegehrens und wandte ein, es bestehe gemäß Paragraph 95, BSVG in Verbindung mit Paragraph 21, der Satzung der beklagten Partei kein Anspruch auf weitere Leistungen. Die von Dr. K***** durchgeführte Sanierung mit Edelmetall-Kronen stelle die "bestmögliche" Versorgung dar, übersteige aber das Maß des Notwendigen. Die bewilligten Inlays wären ausreichend und zweckmäßig gewesen. Die Versorgung mit feststehendem Zahnersatz sei - ausgenommen hinsichtlich weniger Krankenanstalten wie etwa des Zahnambulatoriums Dr. J***** - vertraglich nicht geregelt. Dementsprechend sehe Paragraph 21, Absatz 6, der Satzung Kostenzuschüsse für durch freiberuflich tätige Zahnärzte oder Dentisten erbrachte Leistungen des feststehenden Zahnersatzes vor, welche auch bei der Ermittlung des Kostenzuschussbetrages angewandt worden seien.

Das Erstgericht gab dem Klagebegehren im Umfang von EUR 1.133,70 (= S 15.600) - rechtskräftig - statt und wies das Mehrbegehren von EUR 7.334,03 ab. Über das Zinsenbegehren sprach das Erstgericht im Urteilspruch nicht ab. Nach seiner rechtlichen Beurteilung seien Zahnbehandlung und Zahnersatz "im Sinne des § 153 ASVG" als gesetzliche Pflichtleistung zu gewähren. Die konkrete Ausgestaltung der Leistung sei jedoch den Sozialversicherungsträgern überlassen und erfolge in deren Satzungen. Konservierende Zahnbehandlung werde im Umfang der Honorarordnung für Vertragsärzte als Sachleistung erbracht. Können eine solche Leistung etwa infolge einer Allergie nicht erbracht werden, leiste die beklagte Partei die in der Satzung vorgesehenen Zuschüsse. Ein Begehren auf Kostenerstattung nach Marktpreisen sei nicht gerechtfertigt. Nach § 21 Abs 3 der Satzung gälten Kronen, Brücken, gegossene Stiftaufbauten und Implantate als feststehender Zahnersatz. Gemäß § 21 Abs 2 der Satzung werde feststehender Zahnersatz nur erbracht, wenn ein abnehmbarer Zahnersatz aus medizinischen Gründen nicht möglich sei. Die

beklagte Partei anerkenne, dass auch eine Amalgam-Allergie einen solchen Ausnahmetatbestand bilde. Werde unentbehrlicher Zahnersatz durch Vertragszahnärzte, Vertragsdentisten oder in Vertragseinrichtungen gewährt, habe der Versicherte gemäß § 21 Abs 4 der Satzung Zuzahlungen zu den tariflichen Kosten zu leisten. Die Bestimmung des § 21 Abs 6 der Satzung lege die Höhe der Kostenzuschüsse für den Fall fest, dass keine vertragliche Regelung mit Zahnärzten und Dentisten gegeben sei. Hinsichtlich der der Klägerin erbrachten Leistungen gebe es keine vertragliche Vereinbarung zwischen der beklagten Partei und freiberuflich tätigen Ärzten. Die Klägerin habe daher nur Anspruch auf Kostenzuschüsse nach § 21 Abs 6 der Satzung (S 1.440 für eine keramikfacettierte Krone und S 1.200 für ein porzellanverblendetes Brückenglied). Die beklagte Partei habe für die Überkronung der Zähne 22 und 25 bis 27 schon einen Kostenzuschuss von S 11.880 und damit mehr geleistet, als in der Satzung vorgesehen sei. Für den Stiftaufbau am Zahn 22 seien der Klägerin analog zu Position Nr 8 des Honorartarifes für Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und für Dentisten 80 % des Tarifs, nämlich S 351,20, ersetzt worden. Für die Überkronung der Zähne 14, 15, 17, 35 bis 37 und 44 bis 47 sowie für das Brückenglied 16 gebühre der Klägerin noch ein Kostenzuschuss von S 15.600 (= EUR 1.133,70), und zwar für 10 Kronen à S 1.440 und für ein Brückenglied S 1.200. Nach der Rechtsprechung seien in Sozialrechtssachen keine Verzugszinsen zuzusprechen. Das Erstgericht gab dem Klagebegehren im Umfang von EUR 1.133,70 (= S 15.600) - rechtskräftig - statt und wies das Mehrbegehren von EUR 7.334,03 ab. Über das Zinsenbegehren sprach das Erstgericht im Urteilsspruch nicht ab. Nach seiner rechtlichen Beurteilung seien Zahnbehandlung und Zahnersatz "im Sinne des Paragraph 153, ASVG" als gesetzliche Pflichtleistung zu gewähren. Die konkrete Ausgestaltung der Leistung sei jedoch den Sozialversicherungsträgern überlassen und erfolge in deren Satzungen. Konservierende Zahnbehandlung werde im Umfang der Honorarordnung für Vertragsärzte als Sachleistung erbracht. Könne eine solche Leistung etwa infolge einer Allergie nicht erbracht werden, leiste die beklagte Partei die in der Satzung vorgesehenen Zuschüsse. Ein Begehren auf Kostenerstattung nach Marktpreisen sei nicht gerechtfertigt. Nach Paragraph 21, Absatz 3, der Satzung gälten Kronen, Brücken, gegossene Stiftaufbauten und Implantate als festsitzender Zahnersatz. Gemäß Paragraph 21, Absatz 2, der Satzung werde festsitzender Zahnersatz nur erbracht, wenn ein abnehmbarer Zahnersatz aus medizinischen Gründen nicht möglich sei. Die beklagte Partei anerkenne, dass auch eine Amalgam-Allergie einen solchen Ausnahmetatbestand bilde. Werde unentbehrlicher Zahnersatz durch Vertragszahnärzte, Vertragsdentisten oder in Vertragseinrichtungen gewährt, habe der Versicherte gemäß Paragraph 21, Absatz 4, der Satzung Zuzahlungen zu den tariflichen Kosten zu leisten. Die Bestimmung des Paragraph 21, Absatz 6, der Satzung lege die Höhe der Kostenzuschüsse für den Fall fest, dass keine vertragliche Regelung mit Zahnärzten und Dentisten gegeben sei. Hinsichtlich der der Klägerin erbrachten Leistungen gebe es keine vertragliche Vereinbarung zwischen der beklagten Partei und freiberuflich tätigen Ärzten. Die Klägerin habe daher nur Anspruch auf Kostenzuschüsse nach Paragraph 21, Absatz 6, der Satzung (S 1.440 für eine keramikfacettierte Krone und S 1.200 für ein porzellanverblendetes Brückenglied). Die beklagte Partei habe für die Überkronung der Zähne 22 und 25 bis 27 schon einen Kostenzuschuss von S 11.880 und damit mehr geleistet, als in der Satzung vorgesehen sei. Für den Stiftaufbau am Zahn 22 seien der Klägerin analog zu Position Nr 8 des Honorartarifes für Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und für Dentisten 80 % des Tarifs, nämlich S 351,20, ersetzt worden. Für die Überkronung der Zähne 14, 15, 17, 35 bis 37 und 44 bis 47 sowie für das Brückenglied 16 gebühre der Klägerin noch ein Kostenzuschuss von S 15.600 (= EUR 1.133,70), und zwar für 10 Kronen à S 1.440 und für ein Brückenglied S 1.200. Nach der Rechtsprechung seien in Sozialrechtssachen keine Verzugszinsen zuzusprechen.

Das Berufungsgericht gab der Berufung der Klägerin keine Folge. Nach seinen Rechtsausführungen bilde die vom Erstgericht unterlassene Abweisung des Zinsenbegehrens im Urteilsspruch einen Verfahrensmangel. Da dieser Mangel in der Berufung nicht geltend gemacht worden sei, sei dieser Teil des Klagebegehrens aus dem Verfahren ausgeschieden.

Die Klägerin leide an einer Amalgam-Allergie, weshalb die Verwendung amalgamhaltigen Zahnmaterials nicht möglich sei. Darüber hinaus habe der besonders schlechte Zahnzustand der Klägerin eine Versorgung mit Inlays nicht mehr zugelassen. Es sei daher die Überkronung aller betroffenen Zähne medizinisch erforderlich gewesen. Die Klägerin habe diese Zahnsanierung nicht, wie ursprünglich in Aussicht genommen, durch das Zahnambulatorium Dr. J***** als Sachleistung, sondern durch den Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Dr. Christian K***** durchführen lassen. Dieser habe die medizinisch erforderliche Überkronung nicht mittels - der Amalgam-Allergie der Klägerin ausreichend Rechnung tragende - Verblendmetall-Keramik-Kronen, sondern durch Edelmetall-Keramik-Kronen vorgenommen.

Aus § 95 Abs 2 BSVG resultiere ein Anspruch der Klägerin auf einen unentbehrlichen Zahnersatz. Als unentbehrlich sei gemäß § 21 der Satzung der beklagten Partei jener Zahnersatz anzusehen, der notwendig sei, um eine Gesundheitsstörung zu vermeiden oder zu beseitigen. Gemäß § 21 Abs 2 der Satzung gelte als unentbehrlich im Allgemeinen der abnehmbare Zahnersatz. Festsitzender Zahnersatz gelte nur dann als unentbehrlich, wenn die Erstellung eines abnehmbaren Zahnersatzes aus medizinischen Gründen nicht möglich sei. Die beklagte Partei gestehe zu, dass die zuletzt genannte Voraussetzung bei der Klägerin im Hinblick auf die bestehende Amalgam-Allergie verwirklicht sei. Die Klägerin habe somit gemäß § 95 Abs 2 BSVG Anspruch auf die Versorgung mit festsitzendem Zahnersatz, dies allerdings unter Beachtung des für die Krankenversicherung allgemein und damit auch für den Bereich der Zahnbehandlung und des Zahnersatzes geltenden Grundsatzes des § 83 Abs 2 BSVG, dass die Behandlung ausreichend und zweckmäßig sein müsse, das Maß des Notwendigen aber nicht überschreiten dürfe. Die Versorgung mit Edelmetall-Keramik-Kronen sei zwar zweckmäßig ("bestmöglich"), übersteige aber im Hinblick auf die bereits dargelegte Tauglichkeit von Verblendmetall-Keramik-Kronen das Maß des Notwendigen. Aus Paragraph 95, Absatz 2, BSVG resultiere ein Anspruch der Klägerin auf einen unentbehrlichen Zahnersatz. Als unentbehrlich sei gemäß Paragraph 21, der Satzung der beklagten Partei jener Zahnersatz anzusehen, der notwendig sei, um eine Gesundheitsstörung zu vermeiden oder zu beseitigen. Gemäß Paragraph 21, Absatz 2, der Satzung gelte als unentbehrlich im Allgemeinen der abnehmbare Zahnersatz. Festsitzender Zahnersatz gelte nur dann als unentbehrlich, wenn die Erstellung eines abnehmbaren Zahnersatzes aus medizinischen Gründen nicht möglich sei. Die beklagte Partei gestehe zu, dass die zuletzt genannte Voraussetzung bei der Klägerin im Hinblick auf die bestehende Amalgam-Allergie verwirklicht sei. Die Klägerin habe somit gemäß Paragraph 95, Absatz 2, BSVG Anspruch auf die Versorgung mit festsitzendem Zahnersatz, dies allerdings unter Beachtung des für die Krankenversicherung allgemein und damit auch für den Bereich der Zahnbehandlung und des Zahnersatzes geltenden Grundsatzes des Paragraph 83, Absatz 2, BSVG, dass die Behandlung ausreichend und zweckmäßig sein müsse, das Maß des Notwendigen aber nicht überschreiten dürfe. Die Versorgung mit Edelmetall-Keramik-Kronen sei zwar zweckmäßig ("bestmöglich"), übersteige aber im Hinblick auf die bereits dargelegte Tauglichkeit von Verblendmetall-Keramik-Kronen das Maß des Notwendigen.

Nach § 88 Abs 1 BSVG gebühre dem Versicherten, der - wie hier die Klägerin - keine Sachleistung in Anspruch nehme, eine Kostenerstattung für eine anderweitige Krankenbehandlung in der Höhe des Betrages, den der Versicherungsträger bei Inanspruchnahme des entsprechenden Vertragspartners aufzuwenden gehabt hätte. Zweck dieser Regelung sei es, den Krankenversicherungsträger nicht mit höheren, aber auch nicht mit niedrigeren Kosten zu belasten, als wenn der Versicherte einen Vertragsarzt oder eine Vertragseinrichtung in Anspruch genommen hätte. Dass die Kostenerstattung damit hinter den Marktpreisen zurückbleibe, liege im Wesen der österreichischen Krankenversicherung. Dem entspreche, dass der Oberste Gerichtshof in seiner jüngeren Rechtsprechung einer Kostenerstattung nach Marktpreisen grundsätzlich eine Absage erteilt habe. Nach Paragraph 88, Absatz eins, BSVG gebühre dem Versicherten, der - wie hier die Klägerin - keine Sachleistung in Anspruch nehme, eine Kostenerstattung für eine anderweitige Krankenbehandlung in der Höhe des Betrages, den der Versicherungsträger bei Inanspruchnahme des entsprechenden Vertragspartners aufzuwenden gehabt hätte. Zweck dieser Regelung sei es, den Krankenversicherungsträger nicht mit höheren, aber auch nicht mit niedrigeren Kosten zu belasten, als wenn der Versicherte einen Vertragsarzt oder eine Vertragseinrichtung in Anspruch genommen hätte. Dass die Kostenerstattung damit hinter den Marktpreisen zurückbleibe, liege im Wesen der österreichischen Krankenversicherung. Dem entspreche, dass der Oberste Gerichtshof in seiner jüngeren Rechtsprechung einer Kostenerstattung nach Marktpreisen grundsätzlich eine Absage erteilt habe.

Der von der Berufung primär angestrebte Zuspruch des von der Klägerin für die Sanierung ihrer Zähne bezahlten Marktpreises komme dementsprechend keinesfalls in Betracht.

Aber auch die Berufungsausführungen dahin, dass die Klägerin Anspruch auf Kostenerstattung zumindest im Ausmaß des von der beklagten Partei bewilligten Kostenvoranschlages des Zahnambulatoriums Dr. J***** über S 59.730 habe, sei nicht berechtigt. Damit übergehe die Berufung nämlich, dass der Anspruch auf Kostenerstattung gemäß § 88 Abs 1 BSVG nur auf jene Kosten abstelle, die für die Inanspruchnahme eines entsprechenden Vertragspartners aufzuwenden gewesen wären. Als Vergleichsmaßstab komme daher nur der Vertragspartner im weiteren Sinn (= Vertragsarzt oder Vertragseinrichtung) in Frage, den der Versicherte seiner Art nach tatsächlich in Anspruch genommen habe. Für die Inanspruchnahme eines niedergelassenen Arztes gebühre daher nur jener Betrag, den die beklagte Partei bei

Konsultation eines niedergelassenen Vertragsarztes aufzuwenden gehabt hätte. Ein Zuspruch fiktiver Kosten einer Behandlung in einer Vertragseinrichtung, wenn - wie hier - tatsächlich ein niedergelassener Arzt in Anspruch genommen worden sei, komme daher nicht in Betracht. Aber auch die Berufungsausführungen dahin, dass die Klägerin Anspruch auf Kostenerstattung zumindest im Ausmaß des von der beklagten Partei bewilligten Kostenvoranschlages des Zahnambulatoriums Dr. J***** über S 59.730 habe, sei nicht berechtigt. Damit übergehe die Berufung nämlich, dass der Anspruch auf Kostenerstattung gemäß Paragraph 88, Absatz eins, BSVG nur auf jene Kosten abstelle, die für die Inanspruchnahme eines entsprechenden Vertragspartners aufzuwenden gewesen wären. Als Vergleichsmaßstab komme daher nur der Vertragspartner im weiteren Sinn (= Vertragsarzt oder Vertragseinrichtung) in Frage, den der Versicherte seiner Art nach tatsächlich in Anspruch genommen habe. Für die Inanspruchnahme eines niedergelassenen Arztes gebühre daher nur jener Betrag, den die beklagte Partei bei Konsultation eines niedergelassenen Vertragsarztes aufzuwenden gehabt hätte. Ein Zuspruch fiktiver Kosten einer Behandlung in einer Vertragseinrichtung, wenn - wie hier - tatsächlich ein niedergelassener Arzt in Anspruch genommen worden sei, komme daher nicht in Betracht.

Der Versicherungsträger habe für den - hier vorliegenden - Fall des Fehlens entsprechender vertraglicher Regelungen die Möglichkeit, in der Satzung unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit und die wirtschaftlichen Bedürfnisse der Versicherten Kostenzuschüsse festzusetzen. Die Festsetzung der Höhe dieser Kostenzuschüsse habe sich nicht an Marktpreisen, sondern an bestehenden Vertragstarifen für vergleichbare Leistungen zu orientieren. Ausschlaggebend sei dabei jedoch nicht die Vergleichbarkeit der wirtschaftlichen Belastung des Versicherten, sondern die Vergleichbarkeit der finanziellen Belastung des Krankenversicherungsträgers. Die festgesetzten Kostenzuschüsse müssten daher zu im Wesentlichen gleichen Leistungen des Krankenversicherungsträgers, nicht aber für den Versicherten zum gleichen wirtschaftlichen Ergebnis wie die unter Kostenbeteiligung zu erbringende Sachleistung führen. Durch die Zulässigkeit von Kostenzuschussregelungen für notwendige außervertragliche Leistungen werde der Leistungsanspruch des Versicherten voraussehbar modifiziert.

§ 21 Abs 6 der Satzung der beklagten Partei sehe in diesem Sinne vor, dass bei Fehlen vertraglicher Regelungen mit Zahnärzten oder Dentisten für unentbehrlichen festsitzenden Zahnersatz die dort vorgesehenen Zuschüsse gewährt werden. Der satzungsmäßige Zuschuss für eine Verblendmetall-Keramik-Krone betrage S 1.440 und der Zuschuss für ein porzellanverblendetes Brückenglied S 1.200. Gegen die Höhe dieser Zuschüsse bestünden keine Bedenken. Da die Klägerin die der Höhe nach unbedenklichen satzungsmäßigen Zuschüsse bereits zuerkannt erhalten habe, erweise sich die Berufung als nicht berechtigt. Paragraph 21, Absatz 6, der Satzung der beklagten Partei sehe in diesem Sinne vor, dass bei Fehlen vertraglicher Regelungen mit Zahnärzten oder Dentisten für unentbehrlichen festsitzenden Zahnersatz die dort vorgesehenen Zuschüsse gewährt werden. Der satzungsmäßige Zuschuss für eine Verblendmetall-Keramik-Krone betrage S 1.440 und der Zuschuss für ein porzellanverblendetes Brückenglied S 1.200. Gegen die Höhe dieser Zuschüsse bestünden keine Bedenken. Da die Klägerin die der Höhe nach unbedenklichen satzungsmäßigen Zuschüsse bereits zuerkannt erhalten habe, erweise sich die Berufung als nicht berechtigt.

Das Berufungsgericht sprach aus, dass die Revision zulässig sei, weil eine Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofes zum Anspruch auf Kostenzuschuss für notwendige außervertragliche Leistungen im Bereich des BSVG fehle.

Gegen diese Entscheidung richtet sich die Revision der Klägerin wegen unrichtiger rechtlicher Beurteilung mit dem Antrag, das angefochtene Urteil im Sinne einer vollinhaltlichen Stattgebung des Klagebegehrens abzuändern. Hilfsweise wird ein Aufhebungsantrag gestellt.

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

Rechtliche Beurteilung

Die Revision ist aus dem vom Berufungsgericht genannten Grund zulässig, aber nicht berechtigt.

Es kann zunächst auf die Richtigkeit der Begründung der angefochtenen Entscheidung verwiesen werden (§ 510 Abs 3 ZPO). Den Revisionsausführungen ist noch Folgendes entgegenzuhalten. Es kann zunächst auf die Richtigkeit der Begründung der angefochtenen Entscheidung verwiesen werden (Paragraph 510, Absatz 3, ZPO). Den Revisionsausführungen ist noch Folgendes entgegenzuhalten:

Nach § 74 Abs 1 Z 3 BSVG zählt die Vorsorge für Zahnbehandlung und Zahnersatz zwar zu den Aufgaben der Krankenversicherung, die Aufzählung der Leistungen der Krankenversicherung im § 75 BSVG enthält aber keine

Bestimmungen über die Zahnbehandlung und den Zahnersatz. Dieser wird vielmehr in § 95 BSVG gesondert geregelt. Danach sind als Leistungen der Zahnbehandlung chirurgische Zahnbehandlung, konservierende Zahnbehandlung und Kieferregulierungen zu gewähren (§ 95 Abs 1 BSVG). Während die beklagte Partei Kieferregulierungen und den unentbehrlichen Zahnersatz ursprünglich nur in Form von Kostenzuschüssen erbringen konnte (vgl § 95 Abs 3 BSVG idF BGBl 1978/559: "Zu den Kosten eines unentbehrlichen Zahnersatzes und seiner Instandsetzung sind nach Maßgabe der Satzung Zuschüsse zu gewähren."), ist es der beklagten Partei aufgrund einer Neugestaltung der vertraglichen Leistungen mit den Vertragszahnbehandlern seit 1. 1. 1993 möglich, Kieferregulierungen und den unentbehrlichen Zahnersatz für ihre Versicherten auch als Sachleistung mit Kostenbeteiligung des Versicherten zu erbringen. Die entsprechenden legislatischen Änderungen wurden mit der 18. BSVG-Novelle (BGBl 1993/337) durchgeführt (vgl Choholka ua, Änderungen im Sozialversicherungsrecht, SozSi 1993, 275 ff [301]). Nach § 95 Abs 2 BSVG idFBGBl 1993/337 werden chirurgische und konservierende Zahnbehandlung, Kieferregulierungen und der unentbehrliche Zahnersatz durch Vertragsärzte und auch durch Vertragsdentisten, in eigenen hierfür ausgestatteten Einrichtungen der Bauernkrankenversicherung oder in Vertragseinrichtungen gemäß den Bestimmungen des § 80 BSVG gewährt. Die Satzung kann unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten für alle oder bestimmte Gruppen von Versicherten anstelle der Sachleistungen eine Kostenerstattung vorsehen. Nach Paragraph 74, Absatz eins, Ziffer 3, BSVG zählt die Vorsorge für Zahnbehandlung und Zahnersatz zwar zu den Aufgaben der Krankenversicherung, die Aufzählung der Leistungen der Krankenversicherung im Paragraph 75, BSVG enthält aber keine Bestimmungen über die Zahnbehandlung und den Zahnersatz. Dieser wird vielmehr in Paragraph 95, BSVG gesondert geregelt. Danach sind als Leistungen der Zahnbehandlung chirurgische Zahnbehandlung, konservierende Zahnbehandlung und Kieferregulierungen zu gewähren (Paragraph 95, Absatz eins, BSVG). Während die beklagte Partei Kieferregulierungen und den unentbehrlichen Zahnersatz ursprünglich nur in Form von Kostenzuschüssen erbringen konnte vergleiche Paragraph 95, Absatz 3, BSVG in der Fassung BGBl 1978/559: "Zu den Kosten eines unentbehrlichen Zahnersatzes und seiner Instandsetzung sind nach Maßgabe der Satzung Zuschüsse zu gewähren."), ist es der beklagten Partei aufgrund einer Neugestaltung der vertraglichen Leistungen mit den Vertragszahnbehandlern seit 1. 1. 1993 möglich, Kieferregulierungen und den unentbehrlichen Zahnersatz für ihre Versicherten auch als Sachleistung mit Kostenbeteiligung des Versicherten zu erbringen. Die entsprechenden legislatischen Änderungen wurden mit der 18. BSVG-Novelle (BGBl 1993/337) durchgeführt vergleiche Choholka ua, Änderungen im Sozialversicherungsrecht, SozSi 1993, 275 ff [301]). Nach Paragraph 95, Absatz 2, BSVG in der Fassung BGBl 1993/337 werden chirurgische und konservierende Zahnbehandlung, Kieferregulierungen und der unentbehrliche Zahnersatz durch Vertragsärzte und auch durch Vertragsdentisten, in eigenen hierfür ausgestatteten Einrichtungen der Bauernkrankenversicherung oder in Vertragseinrichtungen gemäß den Bestimmungen des Paragraph 80, BSVG gewährt. Die Satzung kann unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten für alle oder bestimmte Gruppen von Versicherten anstelle der Sachleistungen eine Kostenerstattung vorsehen.

Nimmt der Anspruchsberechtigte zur Erbringung der Leistungen der Zahnbehandlung und des Zahnersatzes nicht die Vertragspartner, die eigenen Einrichtungen oder Vertragseinrichtungen der Bauernkrankenversicherung in Anspruch, so gilt gemäß § 95 Abs 6 BSVG § 88 Abs 1 bis 3 BSVG entsprechend. Nimmt der Anspruchsberechtigte zur Erbringung der Leistungen der Zahnbehandlung und des Zahnersatzes nicht die Vertragspartner, die eigenen Einrichtungen oder Vertragseinrichtungen der Bauernkrankenversicherung in Anspruch, so gilt gemäß Paragraph 95, Absatz 6, BSVG Paragraph 88, Absatz eins bis 3 BSVG entsprechend.

Gemäß § 88 Abs 1 BSVG gebührt dem Versicherten, der nicht die Vertragspartner, die eigenen Einrichtungen oder Vertragseinrichtungen der Bauernkrankenversicherung zur Erbringung der Leistungen der Krankenbehandlung in Anspruch nimmt, ein Kostenzuschuss (§ 80) zu einer anderweitigen Krankenbehandlung in der Höhe des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner aufzuwenden gewesen wäre. Gemäß Paragraph 88, Absatz eins, BSVG gebührt dem Versicherten, der nicht die Vertragspartner, die eigenen Einrichtungen oder Vertragseinrichtungen der Bauernkrankenversicherung zur Erbringung der Leistungen der Krankenbehandlung in Anspruch nimmt, ein Kostenzuschuss (Paragraph 80,) zu einer anderweitigen Krankenbehandlung in der Höhe des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner aufzuwenden gewesen wäre.

Nach § 80 Abs 1 BSVG werden die Leistungen der Krankenversicherung als Sachleistungen, als Geldleistungen durch

Kostenerstattung oder durch Kostenzuschüsse erbracht. § 80 Abs 2 BSVG sieht unter anderem vor, dass bei Sachleistungen die Satzung bei der Erbringung der Leistungen für Kieferregulierungen und des unentbehrlichen Zahnersatzes anstelle des 20 %igen Kostenanteiles höhere Zuzahlungen durch den Versicherten vorsehen kann. Bei Kostenerstattung werden dem Versicherten 80 vH der Kosten erstattet, die ihm aufgrund der mit den Vertragspartnern vereinbarten Tarife erwachsen sind. Kostenzuschüsse werden, sofern dieses Bundesgesetz nichts anderes bestimmt, bei Fehlen vertraglicher Regelungen über die Vergütung der Leistungen der Vertragspartner gewährt; sie dürfen den Betrag nicht übersteigen, der nach den zuletzt in Geltung gestandenen vertraglichen Bestimmungen über die Vergütung der Leistungen der Vertragspartner zu zahlen gewesen wäre. Diese Kostenzuschüsse können durch die Satzung unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz erhöht werden; sie dürfen jedoch 80 vH der dem Versicherten tatsächlich erwachsenden Kosten nicht übersteigen. Nach Paragraph 80, Absatz eins, BSVG werden die Leistungen der Krankenversicherung als Sachleistungen, als Geldleistungen durch Kostenerstattung oder durch Kostenzuschüsse erbracht. Paragraph 80, Absatz 2, BSVG sieht unter anderem vor, dass bei Sachleistungen die Satzung bei der Erbringung der Leistungen für Kieferregulierungen und des unentbehrlichen Zahnersatzes anstelle des 20 %igen Kostenanteiles höhere Zuzahlungen durch den Versicherten vorsehen kann. Bei Kostenerstattung werden dem Versicherten 80 vH der Kosten erstattet, die ihm aufgrund der mit den Vertragspartnern vereinbarten Tarife erwachsen sind. Kostenzuschüsse werden, sofern dieses Bundesgesetz nichts anderes bestimmt, bei Fehlen vertraglicher Regelungen über die Vergütung der Leistungen der Vertragspartner gewährt; sie dürfen den Betrag nicht übersteigen, der nach den zuletzt in Geltung gestandenen vertraglichen Bestimmungen über die Vergütung der Leistungen der Vertragspartner zu zahlen gewesen wäre. Diese Kostenzuschüsse können durch die Satzung unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz erhöht werden; sie dürfen jedoch 80 vH der dem Versicherten tatsächlich erwachsenden Kosten nicht übersteigen.

Nach § 239 BSVG sind die den Versicherten zu gewährenden Kostenzuschüsse, solange vertragliche Regelungen über die Vergütungen der Leistungen der Vertragspartner nicht bestehen, unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers und das wirtschaftliche Bedürfnis in der Satzung festzulegen. Nach Paragraph 239, BSVG sind die den Versicherten zu gewährenden Kostenzuschüsse, solange vertragliche Regelungen über die Vergütungen der Leistungen der Vertragspartner nicht bestehen, unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers und das wirtschaftliche Bedürfnis in der Satzung festzulegen.

Wie bereits das Berufungsgericht zutreffend ausgeführt hat, hat die Klägerin aufgrund der dargestellten Rechtslage gemäß § 95 Abs 2 BSVG Anspruch auf den unentbehrlichen Zahnersatz. Als unentbehrlich ist gemäß § 21 Abs 1 der Satzung der beklagten Partei jener Zahnersatz anzusehen, der notwendig ist, um eine Gesundheitsstörung zu vermeiden oder zu beseitigen (vgl auch SSV-NF 12/129). Gemäß § 21 Abs 2 der Satzung wird als unentbehrlicher Zahnersatz im Allgemeinen der abnehmbare Zahnersatz erbracht. Festsitzender Zahnersatz wird nur dann erbracht, wenn ein abnehmbarer Zahnersatz aus medizinischen Gründen nicht möglich ist. Von der beklagten Partei wird die medizinische Notwendigkeit eines festsitzenden Zahnersatzes bei der Klägerin im Hinblick auf die bei ihr bestehende Amalgam-Allergie nicht bestritten. Die Klägerin hat somit gemäß § 95 Abs 2 BSVG Anspruch auf Versorgung mit festsitzendem Zahnersatz. Wie bereits das Berufungsgericht zutreffend ausgeführt hat, hat die Klägerin aufgrund der dargestellten Rechtslage gemäß Paragraph 95, Absatz 2, BSVG Anspruch auf den unentbehrlichen Zahnersatz. Als unentbehrlich ist gemäß Paragraph 21, Absatz eins, der Satzung der beklagten Partei jener Zahnersatz anzusehen, der notwendig ist, um eine Gesundheitsstörung zu vermeiden oder zu beseitigen (vergleiche auch SSV-NF 12/129). Gemäß Paragraph 21, Absatz 2, der Satzung wird als unentbehrlicher Zahnersatz im Allgemeinen der abnehmbare Zahnersatz erbracht. Festsitzender Zahnersatz wird nur dann erbracht, wenn ein abnehmbarer Zahnersatz aus medizinischen Gründen nicht möglich ist. Von der beklagten Partei wird die medizinische Notwendigkeit eines festsitzenden Zahnersatzes bei der Klägerin im Hinblick auf die bei ihr bestehende Amalgam-Allergie nicht bestritten. Die Klägerin hat somit gemäß Paragraph 95, Absatz 2, BSVG Anspruch auf Versorgung mit festsitzendem Zahnersatz.

Der unentbehrliche (festsitzende) Zahnersatz hätte von der Klägerin in einer Vertragseinrichtung der beklagten Partei unter Leistung der in § 21 Abs 4 der Satzung vorgesehenen Zuzahlungen in Anspruch genommen werden können. Tatsächlich hat die Klägerin jedoch die geschuldete Leistung nicht in Form einer Sachleistung in einer Vertragseinrichtung der beklagten Partei in Anspruch genommen, sondern sie ließ die Zahnsanierung durch einen freiberuflich tätigen Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde - nach ihrem eigenen Vorbringen - als Wahlarzt

durchführen und macht aufgrund dieser medizinischen Behandlung durch einen Wahlarzt nunmehr einen Anspruch auf Geldleistung gegenüber dem Versicherungsträger geltend. Die Geldleistungen in der bäuerlichen Krankenversicherung werden in Form der Kostenerstattung oder in Form von Kostenzuschüssen erbracht (§ 80 Abs 1 BSVG). Eine Kostenerstattung kommt dann in Betracht, wenn mit den Vertragspartnern sogenannte Tarifverträge bestehen. Kostenzuschüsse werden bei Fehlen vertraglicher Regelungen gewährt. Nach § 239 BSVG sind die den Versicherten zu gewährenden Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers und das wirtschaftliche Bedürfnis in der Satzung festzusetzen. Die Festsetzung der Höhe der Kostenzuschüsse ist somit ausschließlich Angelegenheit der Satzung. Eine Kostenbeteiligung der Versicherten ergibt sich dadurch, dass der Kostenzuschuss nach § 80 Abs 2 BSVG 80 vH der dem Versicherten tatsächlich erwachsenen Kosten und den Betrag, der nach den zuletzt in Geltung gestandenen vertraglichen Bestimmungen über die Vergütung der Leistung der Vertragspartner zu zahlen gewesen wäre, nicht übersteigen darf (vgl Radner ua, BSVG³ Anm 2 und 3 zu § 80). Der unentbehrliche (festsitzende) Zahnersatz hätte von der Klägerin in einer Vertragseinrichtung der beklagten Partei unter Leistung der in Paragraph 21, Absatz 4, der Satzung vorgesehenen Zuzahlungen in Anspruch genommen werden können. Tatsächlich hat die Klägerin jedoch die geschuldete Leistung nicht in Form einer Sachleistung in einer Vertragseinrichtung der beklagten Partei in Anspruch genommen, sondern sie ließ die Zahnsanierung durch einen freiberuflich tätigen Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde - nach ihrem eigenen Vorbringen - als Wahlarzt durchführen und macht aufgrund dieser medizinischen Behandlung durch einen Wahlarzt nunmehr einen Anspruch auf Geldleistung gegenüber dem Versicherungsträger geltend. Die Geldleistungen in der bäuerlichen Krankenversicherung werden in Form der Kostenerstattung oder in Form von Kostenzuschüssen erbracht (Paragraph 80, Absatz eins, BSVG). Eine Kostenerstattung kommt dann in Betracht, wenn mit den Vertragspartnern sogenannte Tarifverträge bestehen. Kostenzuschüsse werden bei Fehlen vertraglicher Regelungen gewährt. Nach Paragraph 239, BSVG sind die den Versicherten zu gewährenden Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers und das wirtschaftliche Bedürfnis in der Satzung festzusetzen. Die Festsetzung der Höhe der Kostenzuschüsse ist somit ausschließlich Angelegenheit der Satzung. Eine Kostenbeteiligung der Versicherten ergibt sich dadurch, dass der Kostenzuschuss nach Paragraph 80, Absatz 2, BSVG 80 vH der dem Versicherten tatsächlich erwachsenen Kosten und den Betrag, der nach den zuletzt in Geltung gestandenen vertraglichen Bestimmungen über die Vergütung der Leistung der Vertragspartner zu zahlen gewesen wäre, nicht übersteigen darf (vergleiche Radner ua, BSVG³ Anmerkung 2 und 3 zu Paragraph 80,).

Im vorliegenden Fall ist nicht strittig, dass für die bei der Klägerin in Form des festsitzenden Zahnersatzes erbrachten Leistungen keine Tarifvereinbarung zwischen der beklagten Partei und den freiberuflichen Zahnärzten und Dentisten besteht. Soweit die Klägerin auch in ihren Revisionsausführungen die Ansicht vertritt, sie habe zumindest im Ausmaß des von der beklagten Partei bewilligten Kostenvoranschlags des Zahnambulatoriums Dr. J***** über S 59.730 Anspruch auf Kostenzuschuss, weil es sich dabei um jenen Betrag handle, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragseinrichtung von der beklagten Partei aufzuwenden gewesen wäre, hat ihr bereits das Berufungsgericht zutreffend entgegengehalten, dass der Anspruch auf Kostenzuschuss nach § 88 Abs 1 BSVG nur auf jene Kosten abstellt, die für die Inanspruchnahme eines "entsprechenden" Vertragspartners aufzuwenden gewesen wären. Wie Schrammel, Kostenersatz im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, ZAS 1994, 73 ff [76f] überzeugend nachgewiesen hat, sind unter dem Begriff der "entsprechenden Vertragspartner" im Sinn des § 131 Abs 1 ASVG nur die im § 338 Abs 1 ASVG genannten Angehörigen der Gesundheitsberufe, also im Wesentlichen freiberuflich tätige Ärzte, Dentisten, Psychotherapeuten udgl, nicht aber auch Vertragseinrichtungen, wie insbesondere selbständige Ambulatorien, zu verstehen. Diese Ausführungen können auch für die im Wesentlichen gleichlautenden Bestimmungen der §§ 88 Abs 1 und 181 BSVG und die insoweit auch nach Auffassung der Klägerin vergleichbare Rechtslage übernommen werden. Die Kostenerstattung bzw der Kostenzuschuss für die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe bei Fehlen entsprechender vertraglicher Regelungen ist daher nicht durch die Heranziehung der entsprechenden Tarife für Vertragseinrichtungen zu schließen (vgl auch SSV-NF 6/59, 11/148). Der Hinweis der Klägerin auf die dem Kostenvoranschlag des Zahnambulatoriums Dr. J***** zugrunde liegenden Tarife vermag daher ihr Kostenersatzbegehren nicht zu stützen. Im vorliegenden Fall ist nicht strittig, dass für die bei der Klägerin in Form des festsitzenden Zahnersatzes erbrachten Leistungen keine Tarifvereinbarung zwischen der beklagten Partei und den freiberuflichen Zahnärzten und Dentisten besteht. Soweit die Klägerin auch in ihren Revisionsausführungen die Ansicht vertritt, sie habe zumindest im Ausmaß des von der beklagten Partei bewilligten Kostenvoranschlags des

Zahnambulatoriums Dr. J***** über S 59.730 Anspruch auf Kostenzuschuss, weil es sich dabei um jenen Betrag handle, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragseinrichtung von der beklagten Partei aufzuwenden gewesen wäre, hat ihr bereits das Berufungsgericht zutreffend entgegengehalten, dass der Anspruch auf Kostenzuschuss nach Paragraph 88, Absatz eins, BSVG nur auf jene Kosten abstellt, die für die Inanspruchnahme eines "entsprechenden" Vertragspartners aufzuwenden gewesen wären. Wie Schrammel, Kostenersatz im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, ZAS 1994, 73 ff [76f] überzeugend nachgewiesen hat, sind unter dem Begriff der "entsprechenden Vertragspartner" im Sinn des Paragraph 131, Absatz eins, ASVG nur die im Paragraph 338, Absatz eins, ASVG genannten Angehörigen der Gesundheitsberufe, also im Wesentlichen freiberuflich tätige Ärzte, Dentisten, Psychotherapeuten udgl, nicht aber auch Vertragseinrichtungen, wie insbesondere selbständige Ambulatorien, zu verstehen. Diese Ausführungen können auch für die im Wesentlichen gleichlautenden Bestimmungen der Paragraphen 88, Absatz eins und 181 BSVG und die insoweit auch nach Auffassung der Klägerin vergleichbare Rechtslage übernommen werden. Die Kostenerstattung bzw der Kostenzuschuss für die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe bei Fehlen entsprechender vertraglicher Regelungen ist daher nicht durch die Heranziehung der entsprechenden Tarife für Vertragseinrichtungen zu schließen vergleiche auch SSV-NF 6/59, 11/148). Der Hinweis der Klägerin auf die dem Kostenvoranschlag des Zahnambulatoriums Dr. J***** zugrunde liegenden Tarife vermag daher ihr Kostenersatzbegehren nicht zu stützen.

Auch der weitere Hinweis der Klägerin auf die Kriterien des § 83 Abs 2 BSVG, wonach die Krankenbehandlung ausreichend und zweckmäßig sein muss, jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten darf, führt im vorliegenden Fall zu keiner für sie günstigeren Beurteilung. Wie der Oberste Gerichtshof in seiner Entscheidung SSV-NF 7/22 = DRdA 1993, 475 [Mazal] ausgeführt hat, kommt es, wenn der Inhalt des § 95 BSVG auch am § 83 Abs 2 BSVG zu messen ist, darauf an, ob die Anbringung des Zahnersatzes ausreichend und zweckmäßig war und dabei das Maß des Notwendigen nicht überschritten wurde. Wie ebenfalls bereits das Berufungsgericht ausgeführt hat, war die Versorgung der Klägerin mit Edelmetall-Keramik-Kronen zwar zweckmäßig, überstieg aber im Hinblick auf eine der Amalgam-Allergie der Klägerin ausreichend Rechnung tragende Versorgung mit Verblendmetall-Keramik-Kronen das Maß des Notwendigen. Gegen die Richtigkeit dieser Ausführungen des Berufungsgerichtes werden auch in der Revision keine inhaltlichen Argumente vorgetragen. Es bestehen daher auch unter dem Gesichtspunkt des § 83 Abs 2 BSVG keine Bedenken dagegen, dass im Falle der Klägerin dem Anspruch auf Kostenzuschuss von den Vorinstanzen der in § 21 Abs 6 der Satzung der beklagten Partei bei Fehlen vertraglicher Regelungen mit Zahnärzten oder Dentisten für den unentbehrlichen (festsitzenden) Zahnersatz vorgesehene Betrag von S 1.440 für eine Verblendmetall-Keramik-Krone zugrunde gelegt wurde. Dass gegen die Höhe dieses Zuschusses auch sonst keine Bedenken bestehen, hat das Berufungsgericht unter Hinweis auf die jüngere Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofes in vergleichbaren Fällen zutreffend dargelegt und es wird die Richtigkeit dieser Rechtsansicht auch in der Revision nicht in Zweifel gezogen. Auch der weitere Hinweis der Klägerin auf die Kriterien des Paragraph 83, Absatz 2, BSVG, wonach die Krankenbehandlung ausreichend und zweckmäßig sein muss, jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten darf, führt im vorliegenden Fall zu keiner für sie günstigeren Beurteilung. Wie der Oberste Gerichtshof in seiner Entscheidung SSV-NF 7/22 = DRdA 1993, 475 [Mazal] ausgeführt hat, kommt es, wenn der Inhalt des Paragraph 95, BSVG auch am Paragraph 83, Absatz 2, BSVG zu messen ist, darauf an, ob die Anbringung des Zahnersatzes ausreichend und zweckmäßig war und dabei das Maß des Notwendigen nicht überschritten wurde. Wie ebenfalls bereits das Berufungsgericht ausgeführt hat, war die Versorgung der Klägerin mit Edelmetall-Keramik-Kronen zwar zweckmäßig, überstieg aber im Hinblick auf eine der Amalgam-Allergie der Klägerin ausreichend Rechnung tragende Versorgung mit Verblendmetall-Keramik-Kronen das Maß des Notwendigen. Gegen die Richtigkeit dieser Ausführungen des Berufungsgerichtes werden auch in der Revision keine inhaltlichen Argumente vorgetragen. Es bestehen daher auch unter dem Gesichtspunkt des Paragraph 83, Absatz 2, BSVG keine Bedenken dagegen, dass im Falle der Klägerin dem Anspruch auf Kostenzuschuss von den Vorinstanzen der in Paragraph 21, Absatz 6, der Satzung der beklagten Partei bei Fehlen vertraglicher Regelungen mit Zahnärzten oder Dentisten für den unentbehrlichen (festsitzenden) Zahnersatz vorgesehene Betrag von S 1.440 für eine Verblendmetall-Keramik-Krone zugrunde gelegt wurde. Dass gegen die Höhe dieses Zuschusses auch sonst keine Bedenken bestehen, hat das Berufungsgericht unter Hinweis auf die jüngere Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofes in vergleichbaren Fällen zutreffend dargelegt und es wird die Richtigkeit dieser Rechtsansicht auch in der Revision nicht in Zweifel gezogen.

Damit erweisen sich die Revisionsausführungen aber insgesamt als nicht berechtigt.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 77 Abs 1 Z 2 lit b ASGG. Soweit die Revisionswerberin dazu auf die rechtlichen Schwierigkeiten des Verfahrens verweist, ist dem zu erwidern, dass bei der Frage, ob ein Kostenersatzanspruch aus Billigkeit besteht, nach der zitierten Gesetzesstelle nicht nur dieser Umstand, sondern auch die Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Versicherten zu beachten sind. Es ist Sache des Versicherten, Umstände, die einen Kostenanspruch nach Billigkeit rechtfertigen könnten, geltend zu machen, es sei denn, sie ergeben sich aus dem Akteninhalt (Kuderna, ASGG² Erl 7 zu § 77 mwN ua). Berücksichtigungswürdige Einkommens- und Vermögensverhältnisse der Klägerin sind aus dem Akteninhalt nicht ersichtlich und wurden auch in der Revision nicht ausreichend konkret behauptet bzw bescheinigt. Ein Kostenersatz aus Billigkeit hat daher nicht stattzufinden. Die Kostenentscheidung beruht auf Paragraph 77, Absatz eins, Ziffer 2, Litera b, ASGG. Soweit die Revisionswerberin dazu auf die rechtlichen Schwierigkeiten des Verfahrens verweist, ist dem zu erwidern, dass bei der Frage, ob ein Kostenersatzanspruch aus Billigkeit besteht, nach der zitierten Gesetzesstelle nicht nur dieser Umstand, sondern auch die Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Versicherten zu beachten sind. Es ist Sache des Versicherten, Umstände, die einen Kostenanspruch nach Billigkeit rechtfertigen könnten, geltend zu machen, es sei denn, sie ergeben sich aus dem Akteninhalt (Kuderna, ASGG² Erl 7 zu Paragraph 77, mwN ua). Berücksichtigungswürdige Einkommens- und Vermögensverhältnisse der Klägerin sind aus dem Akteninhalt nicht ersichtlich und wurden auch in der Revision nicht ausreichend konkret behauptet bzw bescheinigt. Ein Kostenersatz aus Billigkeit hat daher nicht stattzufinden.

Textnummer

E73696

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:OGH0002:2004:010OBS00066.04K.0608.000

Im RIS seit

08.07.2004

Zuletzt aktualisiert am

10.09.2012

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