jusline®
»» Recht. Schnell

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

TE OGH 2003/10/21 10ObS231/03y

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 21.10.2003

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. Fellinger und Dr. Hoch sowie die fachkundigen Laienrichter Mag. Dr. Wolfgang Höfle (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, dieser vertreten durch Dr. Heinz Knoflach und andere Rechtsanwälte in Innsbruck, gegen die beklagte Partei Tiroler Gebietskrankenkasse, 6020 Innsbruck, Klara-Pölt-Weg 2, vertreten durch Dr. Hans Peter Ullmann und Dr. Stefan Geiler, Rechtsanwälte in Innsbruck, wegen Kostenerstattung (Revisionsinteresse EUR 60,17 sA), infolge Revision der klagenden Partei gegen das Urteil des Oberlandesgerichtes Innsbruck als Berufungsgericht in Arbeits- und Sozialrechtssachen vom 18. Juni 2003, GZ 23 Rs 31/03k-10, womit infolge Berufung der klagenden Partei das Urteil des Landesgerichtes Innsbruck als Arbeits- und Sozialgericht vom 20. Februar 2003, GZ 47 Cgs 215/02z-6, bestätigt wurde, in nichtöffentlicher Sitzung den

Beschluss

gefasst:

Spruch

Der Revision wird Folge gegeben.

Die Urteile der Vorinstanzen werden aufgehoben. Die Rechtssache wird zur Verhandlung und Entscheidung an das Erstgericht zurückverwiesen.

Die Kosten des Rechtsmittelverfahrens sind weitere Verfahrenskosten.

Text

Begründung:

Der Kläger nahm im Zeitraum Februar bis April 2002 ärztliche Leistungen des Facharztes für Innere Medizin, Dr. Thomas F*****, in Anspruch und bezahlte für die durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen EUR 206,03 an Honorar. In diesem Honorar war unter anderem die Position "LZ RR" im Betrag von EUR 72,67 enthalten. Dr. F***** steht in keinem Vertragsverhältnis zur beklagten Partei (Wahlarzt). Von der beklagten Partei wurden dem Kläger lediglich EUR 97,74, darunter ein Betrag von EUR 12,50 für eine 24-Stunden-Blutdruckmessung, vergütet.

Gegen die Kostenerstattung von lediglich EUR 12,50 für die 24-Stunden-Blutdruckmessung erhob der Kläger Klage, in der er begehrte, die beklagte Partei schuldig zu erkennen, ihm hinsichtlich dieser ärztlichen Leistung den Differenzbetrag von EUR 60,17 zwischen dem von ihm bezahlten Honorar und der von der beklagten Partei geleisteten Kostenerstattung zu bezahlen. Der Kläger brachte im Wesentlichen vor, seit der Entscheidung 10 ObS 123/00m des Obersten Gerichtshofes sei geklärt, dass 24-Stunden-Blutdruckmessungen zumindest mit EUR 60 zu honorieren seien,

wobei der dieser Entscheidung zugrunde liegende Sachverhalt 10 Jahre zurückliege, sodass das nunmehr begehrte Honorar auch im Sinne der Erstattungspflicht der beklagten Partei angemessen sei und ohnedies lediglich etwa der Hälfte des Marktpreises für eine derartige Leistung entspreche. Auch vergleichbare Pflichtleistungen lägen über dem vom behandelnden Arzt dem Kläger verrechneten Honorar. Der Marktpreis für ein 24-Stunden-Ruhe-EKG betrage bei niedergelassenen Internisten in Tirol zwischen EUR 60 und EUR 75. Die Satzung der beklagten Partei hinsichtlich der Position 24-Stunden-Blutdruckmessung (Anhang 5.4) sei auch deshalb gesetzwidrig, weil hiefür in § 131b ASVG keine gesetzliche Grundlage gegeben sei.Gegen die Kostenerstattung von lediglich EUR 12,50 für die 24-Stunden-Blutdruckmessung erhob der Kläger Klage, in der er begehrte, die beklagte Partei schuldig zu erkennen, ihm hinsichtlich dieser ärztlichen Leistung den Differenzbetrag von EUR 60,17 zwischen dem von ihm bezahlten Honorar und der von der beklagten Partei geleisteten Kostenerstattung zu bezahlen. Der Kläger brachte im Wesentlichen vor, seit der Entscheidung 10 ObS 123/00m des Obersten Gerichtshofes sei geklärt, dass 24-Stunden-Blutdruckmessungen zumindest mit EUR 60 zu honorieren seien, wobei der dieser Entscheidung zugrunde liegende Sachverhalt 10 Jahre zurückliege, sodass das nunmehr begehrte Honorar auch im Sinne der Erstattungspflicht der beklagten Partei angemessen sei und ohnedies lediglich etwa der Hälfte des Marktpreises für eine derartige Leistung entspreche. Auch vergleichbare Pflichtleistungen lägen über dem vom behandelnden Arzt dem Kläger verrechneten Honorar. Der Marktpreis für ein 24-Stunden-Ruhe-EKG betrage bei niedergelassenen Internisten in Tirol zwischen EUR 60 und EUR 75. Die Satzung der beklagten Partei hinsichtlich der Position 24-Stunden-Blutdruckmessung (Anhang 5.4) sei auch deshalb gesetzwidrig, weil hiefür in Paragraph 131 b, ASVG keine gesetzliche Grundlage gegeben sei.

Die beklagte Partei beantragte die Abweisung des Klagebegehrens und wendete ein, aus dem erwähnten Urteil des Obersten Gerichtshofes ergebe sich nicht, dass die 24-Stunden-Blutdruckmessung mit zumindest EUR 60 zu honorieren sei. Ob der dem Kläger in Rechnung gestellte Betrag von EUR 72,67 tatsächlich der Hälfte des Marktpreises entspreche oder nicht, was im Übrigen bestritten werde, sei nicht entscheidend, da in der gesetzlichen Krankenversicherung ein Kostenersatz nach Marktpreisen nicht zu leisten sei. Es sei vielmehr ein Vergleich mit einer tariflich erfassten Pflichtleistung anzustellen. Grundsätzlich sei die Honorierung von Blutdruckmessungen in der Grundleistung der Ordination inkludiert. In der an sich bestehenden Honorarordnung für die Ärzte für Allgemeinmedizin und Vertragsfachärzte sei eine 24-Stunden-Blutdruckmessung nicht vorgesehen. Nach § 131b ASVG iVm § 38 der Satzung der beklagten Partei und deren Anhang 5 sei daher mangels eines Vertragstarifes ein Zuschuss von EUR 12,50 für diese ärztliche Leistung vorgesehen. Dieser Tarif sei angemessen und entspreche exakt den Forderungen der Ärzteschaft im Zuge jahrelanger Verhandlungen über die Honorierung dieser Leistung.Die beklagte Partei beantragte die Abweisung des Klagebegehrens und wendete ein, aus dem erwähnten Urteil des Obersten Gerichtshofes ergebe sich nicht, dass die 24-Stunden-Blutdruckmessung mit zumindest EUR 60 zu honorieren sei. Ob der dem Kläger in Rechnung gestellte Betrag von EUR 72,67 tatsächlich der Hälfte des Marktpreises entspreche oder nicht, was im Übrigen bestritten werde, sei nicht entscheidend, da in der gesetzlichen Krankenversicherung ein Kostenersatz nach Marktpreisen nicht zu leisten sei. Es sei vielmehr ein Vergleich mit einer tariflich erfassten Pflichtleistung anzustellen. Grundsätzlich sei die Honorierung von Blutdruckmessungen in der Grundleistung der Ordination inkludiert. In der an sich bestehenden Honorarordnung für die Ärzte für Allgemeinmedizin und Vertragsfachärzte sei eine 24-Stunden-Blutdruckmessung nicht vorgesehen. Nach Paragraph 131 b, ASVG in Verbindung mit Paragraph 38, der Satzung der beklagten Partei und deren Anhang 5 sei daher mangels eines Vertragstarifes ein Zuschuss von EUR 12,50 für diese ärztliche Leistung vorgesehen. Dieser Tarif sei angemessen und entspreche exakt den Forderungen der Ärzteschaft im Zuge jahrelanger Verhandlungen über die Honorierung dieser Leistung.

Das Erstgericht wies das Klagebegehren ab. Die wesentlichen Bestimmungen der Satzung 1999 der beklagten Partei in der hier maßgebenden Fassung vom 1. 1. 2002 lauten wie folgt:

Erstattung von Kosten der ärztlichen Hilfe

(§ 131 Abs 1 ASVG)(Paragraph 131, Absatz eins, ASVG)

§ 25 (1) Bei Inanspruchnahme eines Nichtvertragsarztes (Wahlarztes) werden die Kosten in Höhe von 80 % des Betrages erstattet, der bei Inanspruchnahme des entsprechenden Vertragspartners von der Kasse aufzuwenden gewesen wäre; soweit in der Honorarordnung Verrechnungsbeschränkungen (zB Limitierungen, Fallbegrenzungen, Pauschalien) vorgesehen sind, erfolgt die Kostenerstattung in Höhe von 80 % der im Anhang 6 festgesetzten Punkt- und Eurowerte. Die Kostenerstattung darf jedenfalls aber das Honorar, das dem Wahlarzt tatsächlich entrichtet

wurde, nicht übersteigen.Paragraph 25, (1) Bei Inanspruchnahme eines Nichtvertragsarztes (Wahlarztes) werden die Kosten in Höhe von 80 % des Betrages erstattet, der bei Inanspruchnahme des entsprechenden Vertragspartners von der Kasse aufzuwenden gewesen wäre; soweit in der Honorarordnung Verrechnungsbeschränkungen (zB Limitierungen, Fallbegrenzungen, Pauschalien) vorgesehen sind, erfolgt die Kostenerstattung in Höhe von 80 % der im Anhang 6 festgesetzten Punkt- und Eurowerte. Die Kostenerstattung darf jedenfalls aber das Honorar, das dem Wahlarzt tatsächlich entrichtet wurde, nicht übersteigen.

...

Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen

(§ 131b ASVG)(Paragraph 131 b, ASVG)

§ 38 Stehen Vertragspartner fürParagraph 38, Stehen Vertragspartner für

- die der ärztlichen Hilfe gleichgestellten Leistungen (§ 135 Abs 1 Z 1 bis 3 ASVG)~~,~~ die der ärztlichen Hilfe gleichgestellten Leistungen (Paragraph 135, Absatz eins, Ziffer eins, bis 3 ASVG),

- den Beistand durch diplomierte Kinderkranken- und Säuglingsschwestern aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft (§ 159 ASVG),- den Beistand durch diplomierte Kinderkranken- und Säuglingsschwestern aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft (Paragraph 159, ASVG),

- die notwendigen Untersuchungen mit medizinisch-technischen Geräten

- Akupunkturbehandlungen

auf Rechnung der Kasse nicht zur Verfügung, weil Verträge nicht zustande gekommen sind, leistet die Kasse Kostenzuschüsse nach der Regelung im Anhang 5 zur Satzung.

Im Anhang 5 der Satzung, der die Kostenzuschüsse gemäß § 38 bei Fehlen vertraglicher Regelungen regelt, ist unter Z 4 ein Kostenzuschuss von EUR 12,50 für eine 24-Stunden-Blutdruckmessung vorgesehen.Im Anhang 5 der Satzung, der die Kostenzuschüsse gemäß Paragraph 38, bei Fehlen vertraglicher Regelungen regelt, ist unter Ziffer 4, ein Kostenzuschuss von EUR 12,50 für eine 24-Stunden-Blutdruckmessung vorgesehen.

Nach den weiteren Feststellungen des Erstgerichtes stellen verschiedene Fachärzte für Innere Medizin der beklagten Partei für eine 24-Stunden-Blutdruckmessung den Betrag von EUR 26,16 bis EUR 44 in Rechnung.

In rechtlicher Hinsicht vertrat das Erstgericht die Auffassung, für den Standpunkt des Klägers könne aus der Entscheidung des Obersten Gerichtshofes 10 ObS 123/00m nichts gewonnen werden, weil in dieser Entscheidung unter anderem ausgesprochen worden sei, dass in der gesetzlichen Krankenversicherung einem Kostenersatz nach "Marktpreisen" grundsätzlich eine Absage erteilt werde. Der Kläger habe nur Anspruch auf Kostenzuschuss für die 24-Stunden-Blutdruckmessung in der satzungsmäßig vorgesehenen Höhe von EUR 12,50.

Das Berufungsgericht bestätigte dieses Urteil. Der in der Entscheidung 10 ObS 123/00m vom Obersten Gerichtshof beurteilte Fall unterscheide sich vom gegenständlichen Fall insofern, als in jenem Verfahren offensichtlich keine Kostenersatzregelung für eine 24-Stunden-Blutdruckmessung in der damals anzuwendenden Satzung der Vorarlberger Gebietskrankenkasse vorgesehen gewesen sei. Im vorliegenden Fall habe die beklagte Partei jedoch in ihrer Satzung gemäß § 38 und Anhang 5 Z 4 unter Berufung auf die Bestimmung des § 131b ASVG einen Kostenzuschuss für die (außervertragliche) 24-Stunden-Blutdruckmessung von EUR 12,50 vorgesehen. Bedenken an der Gesetzmäßigkeit dieser Satzungsbestimmung bestünden nicht. Die Bestimmung des § 131b ASVG eröffne den Versicherungsträgern die Möglichkeit, satzungsmäßige Kostenzuschüsse vorzusehen, wenn Verträge mit Leistungserbringern nicht existieren. Diese Bestimmung sei zwar primär nicht auf ärztliche Gesamtverträge bezogen, der Wortlaut derselben stehe einer Anwendung für den Fall, dass die ärztlichen Gesamtverträge den sozialversicherungsrechtlichen Leistungsanspruch nicht voll abdecken, aber auch nicht grundsätzlich entgegen. Die Versicherungsträger hätten daher die Möglichkeit, die Erstattung von Kosten für außervertragliche Leistungen betragsmäßig zu begrenzen.Das Berufungsgericht bestätigte dieses Urteil. Der in der Entscheidung 10 ObS 123/00m vom Obersten Gerichtshof beurteilte Fall unterscheide sich vom gegenständlichen Fall insofern, als in jenem Verfahren offensichtlich keine Kostenersatzregelung für eine 24-Stunden-Blutdruckmessung in der damals anzuwendenden Satzung der Vorarlberger Gebietskrankenkasse vorgesehen gewesen sei. Im vorliegenden Fall habe die beklagte Partei jedoch in ihrer Satzung gemäß Paragraph 38 und Anhang 5 Ziffer 4, unter Berufung auf die Bestimmung des Paragraph 131 b, ASVG einen Kostenzuschuss für die

(außervertragliche) 24-Stunden-Blutdruckmessung von EUR 12,50 vorgesehen. Bedenken an der Gesetzmäßigkeit dieser Satzungsbestimmung bestünden nicht. Die Bestimmung des Paragraph 131 b, ASVG eröffne den Versicherungsträgern die Möglichkeit, satzungsmäßige Kostenzuschüsse vorzusehen, wenn Verträge mit Leistungserbringern nicht existieren. Diese Bestimmung sei zwar primär nicht auf ärztliche Gesamtverträge bezogen, der Wortlaut derselben stehe einer Anwendung für den Fall, dass die ärztlichen Gesamtverträge den sozialversicherungsrechtlichen Leistungsanspruch nicht voll abdecken, aber auch nicht grundsätzlich entgegen. Die Versicherungsträger hätten daher die Möglichkeit, die Erstattung von Kosten für außervertragliche Leistungen betragsmäßig zu begrenzen.

Auch die Höhe des in der Satzung der beklagten Partei für die gegenständliche außervertragliche Leistung vorgesehenen Kostenzuschusses erscheine nicht gesetzwidrig. Der vorgesehene Betrag halte sich in den Grenzen der durch § 131b zweiter Satz ASVG dem Krankenversicherungsträger erteilten Ermächtigung, unter Bedachtnahme auf seine wirtschaftliche Leistungsfähigkeit und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten einen Kostenzuschuss vorzusehen.Auch die Höhe des in der Satzung der beklagten Partei für die gegenständliche außervertragliche Leistung vorgesehenen Kostenzuschusses erscheine nicht gesetzwidrig. Der vorgesehene Betrag halte sich in den Grenzen der durch Paragraph 131 b, zweiter Satz ASVG dem Krankenversicherungsträger erteilten Ermächtigung, unter Bedachtnahme auf seine wirtschaftliche Leistungsfähigkeit und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten einen Kostenzuschuss vorzusehen.

Die ordentliche Revision sei zulässig, weil der Oberste Gerichtshof - soweit überblickbar - zu der in der Lehre vertretenen Rechtsauffassung, § 131b ASVG bilde eine hinreichende gesetzliche Grundlage hinsichtlich satzungsmäßiger Kostenzuschussregelungen für außervertragliche Leistungen, noch nicht Stellung genommen habe und insoweit eine erhebliche Rechtsfrage im Sinne des § 502 Abs 1 ZPO vorliege.Die ordentliche Revision sei zulässig, weil der Oberste Gerichtshof - soweit überblickbar - zu der in der Lehre vertretenen Rechtsauffassung, Paragraph 131 b, ASVG bilde eine hinreichende gesetzliche Grundlage hinsichtlich satzungsmäßiger Kostenzuschussregelungen für außervertragliche Leistungen, noch nicht Stellung genommen habe und insoweit eine erhebliche Rechtsfrage im Sinne des Paragraph 502, Absatz eins, ZPO vorliege.

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

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

Rechtliche Beurteilung

Die Revision ist zulässig und im Sinne ihres hilfsweise gestellten Aufhebungsantrages auch berechtigt.

Im vorliegenden Fall ist nicht strittig, dass der Kläger grundsätzlich Anspruch auf Kostenerstattung hat; strittig ist lediglich die Höhe des Kostenersatzes.

Die Krankenbehandlung nach dem ASVG umfasst nach dessen § 133 Abs 1 die ärztliche Hilfe, Heilmittel und Heilbehelfe. Nach § 135 Abs 1 ASVG wird die ärztliche Hilfe durch Vertragsärzte und Vertrags-Gruppenpraxen, durch Wahlärzte und Wahl-Gruppenpraxen sowie durch Ärzte in eigenen Einrichtungen (oder Vertragseinrichtungen) der Versicherungsträger gewährt, wobei der ärztlichen Hilfe im Rahmen der Krankenbehandlung zB Leistungen durch Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten sowie klinische Psychologen oder Psychotherapeuten unter bestimmten Voraussetzungen gleichgestellt sind.Die Krankenbehandlung nach dem ASVG umfasst nach dessen Paragraph 133, Absatz eins, die ärztliche Hilfe, Heilmittel und Heilbehelfe. Nach Paragraph 135, Absatz eins, ASVG wird die ärztliche Hilfe durch Vertragsärzte und Vertrags-Gruppenpraxen, durch Wahlärzte und Wahl-Gruppenpraxen sowie durch Ärzte in eigenen Einrichtungen (oder Vertragseinrichtungen) der Versicherungsträger gewährt, wobei der ärztlichen Hilfe im Rahmen der Krankenbehandlung zB Leistungen durch Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten sowie klinische Psychologen oder Psychotherapeuten unter bestimmten Voraussetzungen gleichgestellt sind.

Nimmt der Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) des Versicherungsträgers zur Leistungserbringung in Anspruch, so gebührt ihm der Ersatz der Kosten dieser Krankenbehandlung im Ausmaß von 80 vH jenes Betrages, den der Versicherungsträger bei Inanspruchnahme der

entsprechenden Vertragspartner aufzuwenden gehabt hätte. Wird die Vergütung für die Tätigkeit des entsprechenden Vertragspartners nicht nach den erbrachten Einzelleistungen bestimmt, hat die Satzung des Versicherungsträgers Pauschbeträge für die Kostenerstattung festzusetzen (§ 131 Abs 1 ASVG). Die Höhe der Kostenerstattung nach § 131 Abs 1 ASVG nimmt somit am jeweiligen vertraglichen Tarif Maß. Sie setzt daher notwendig voraus, dass die in Rede stehende ärztliche Leistung auch von Vertragspartnern des Versicherungsträgers im Rahmen eines Vertragsverhältnisses erbracht und seitens des Versicherungsträgers honoriert werden hätte können, dass also die Leistung Gegenstand des Vertragsverhältnisses ist. Die Regelung des § 131 Abs 1 ASVG kann daher nach der Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofes nur für den Anwendungsbereich eines Gesamtvertrages verstanden werden. Nur in diesem Bereich stehen sich Wahl- und Vertragsärzte gegenüber. Im vorliegenden Fall wird aber auch vom Revisionswerber ausdrücklich eingeräumt, dass die "24-Stunden-Blutdruckmessung im Gesamtvertrag nicht aufscheint" und damit für diese Leistung auch kein Vertragstarif in der entsprechenden Honorarordnung für die Ärzte für Allgemeinmedizin und Vertragsfachärzte vorgesehen ist. Handelt es sich jedoch - wie im vorliegenden Fall - um eine Leistung, die nicht Gegenstand eines Gesamtvertrages ist, so kann die zitierte Bestimmung überhaupt nicht zur Anwendung kommen, weil in diesem Bereich Vertragsärzte nicht zur Verfügung stehen (SSV-NF 8/33 ua; RIS-Justiz RS0084810).Nimmt der Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) des Versicherungsträgers zur Leistungserbringung in Anspruch, so gebührt ihm der Ersatz der Kosten dieser Krankenbehandlung im Ausmaß von 80 vH jenes Betrages, den der Versicherungsträger bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner aufzuwenden gehabt hätte. Wird die Vergütung für die Tätigkeit des entsprechenden Vertragspartners nicht nach den erbrachten Einzelleistungen bestimmt, hat die Satzung des Versicherungsträgers Pauschbeträge für die Kostenerstattung festzusetzen (Paragraph 131, Absatz eins, ASVG). Die Höhe der Kostenerstattung nach Paragraph 131, Absatz eins, ASVG nimmt somit am jeweiligen vertraglichen Tarif Maß. Sie setzt daher notwendig voraus, dass die in Rede stehende ärztliche Leistung auch von Vertragspartnern des Versicherungsträgers im Rahmen eines Vertragsverhältnisses erbracht und seitens des Versicherungsträgers honoriert werden hätte können, dass also die Leistung Gegenstand des Vertragsverhältnisses ist. Die Regelung des Paragraph 131, Absatz eins, ASVG kann daher nach der Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofes nur für den Anwendungsbereich eines Gesamtvertrages verstanden werden. Nur in diesem Bereich stehen sich Wahl- und Vertragsärzte gegenüber. Im vorliegenden Fall wird aber auch vom Revisionswerber ausdrücklich eingeräumt, dass die "24-Stunden-Blutdruckmessung im Gesamtvertrag nicht aufscheint" und damit für diese Leistung auch kein Vertragstarif in der entsprechenden Honorarordnung für die Ärzte für Allgemeinmedizin und Vertragsfachärzte vorgesehen ist. Handelt es sich jedoch - wie im vorliegenden Fall - um eine Leistung, die nicht Gegenstand eines Gesamtvertrages ist, so kann die zitierte Bestimmung überhaupt nicht zur Anwendung kommen, weil in diesem Bereich Vertragsärzte nicht zur Verfügung stehen (SSV-NF 8/33 ua; RIS-Justiz RS0084810).

In § 131a und § 131b ASVG sind für den Fall des Fehlens vertraglicher Regelungen mit Ärzten und Dentisten (§ 131a ASVG) bzw anderer Vertragspartner (§ 131b ASVG) Sonderregelungen über die Festsetzung der Höhe der Kostenerstattung vorgesehen. § 131a ASVG betrifft dabei den Fall, dass früher eine vertragliche Regelung bestanden hat, diese aber weggefallen ist, sodass zur Zeit der Leistungserbringung ein "vertragsloser Zustand" herrscht. Nimmt der Anspruchsberechtigter außerhalb einer eigenen Einrichtung des Versicherungsträgers eine Leistung in Anspruch, so ist ihm der Versicherungsträger zur Kostenerstattung in der Höhe jenes Betrages verpflichtet, der vor Eintritt des vertragslosen Zustandes bei Inanspruchnahme der wahlärztlichen Hilfe zu leisten gewesen wäre (§ 131a erster Satz ASVG). Die Kostenerstattung erfolgt somit nach denselben Grundsätzen wie jene nach § 131 Abs 1 ASVG, wobei die zu erstattenden Kosten jedoch nach einem bereits außer Kraft getretenen Vertragstarif auszumessen sind. § 131a ASVG enthält somit allein für den Fall eine Regelung, dass infolge des Wegfalls einer vertraglichen Regelung Vertragsärzte (Vertragsdentisten) nicht zur Verfügung stehen. Diese Bestimmung regelt hingegen nicht auch jene Fälle, in denen infolge des Fehlens einer vertraglichen Regelung andere Vertragspartner nicht zur Verfügung stehen oder aber eine vertragliche Regelung zu keiner Zeit bestanden hat (vgl VfSlg 16.030 zu der - dem § 131a ASVG entsprechenden - Bestimmung des § 60 B-KUVG).In Paragraph 131 a und Paragraph 131 b, ASVG sind für den Fall des Fehlens vertraglicher Regelungen mit Ärzten und Dentisten (Paragraph 131 a, ASVG) bzw anderer Vertragspartner (Paragraph 131 b, ASVG) Sonderregelungen über die Festsetzung der Höhe der Kostenerstattung vorgesehen. Paragraph 131 a, ASVG betrifft dabei den Fall, dass früher eine vertragliche Regelung bestanden hat, diese aber weggefallen ist, sodass zur Zeit der Leistungserbringung ein "vertragsloser Zustand" herrscht. Nimmt der Anspruchsberechtigter außerhalb einer eigenen Einrichtung des Versicherungsträgers eine Leistung in Anspruch, so ist ihm der Versicherungsträger zur

Kostenerstattung in der Höhe jenes Betrages verpflichtet, der vor Eintritt des vertragslosen Zustandes bei Inanspruchnahme der wahlärztlichen Hilfe zu leisten gewesen wäre (Paragraph 131 a, erster Satz ASVG). Die Kostenerstattung erfolgt somit nach denselben Grundsätzen wie jene nach Paragraph 131, Absatz eins, ASVG, wobei die zu erstattenden Kosten jedoch nach einem bereits außer Kraft getretenen Vertragstarif auszumessen sind. Paragraph 131 a, ASVG enthält somit allein für den Fall eine Regelung, dass infolge des Wegfalls einer vertraglichen Regelung Vertragsärzte (Vertragsdentisten) nicht zur Verfügung stehen. Diese Bestimmung regelt hingegen nicht auch jene Fälle, in denen infolge des Fehlens einer vertraglichen Regelung andere Vertragspartner nicht zur Verfügung stehen oder aber eine vertragliche Regelung zu keiner Zeit bestanden hat vergleiche VfSlg 16.030 zu der - dem Paragraph 131 a, ASVG entsprechenden - Bestimmung des Paragraph 60, B-KUVG).

In den Fällen, in denen "andere Vertragspartner" - gemeint sind offenbar die in § 135 Abs 1 zweiter Satz ASVG genannten Berufsgruppen - infolge des Fehlens von Verträgen nicht zur Verfügung stehen, ist nach § 131b ASVG die Regelung des § 131a ASVG anzuwenden, allerdings mit der Maßgabe, dass in jenen Fällen, in denen noch keine Verträge für den Bereich einer Berufsgruppe bestehen, der Versicherungsträger den Versicherten die in der Satzung - unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers und das wirtschaftliche Bedürfnis des Versicherten - festgesetzten Kostenzuschüsse zu leisten hat.In den Fällen, in denen "andere Vertragspartner" - gemeint sind offenbar die in Paragraph 135, Absatz eins, zweiter Satz ASVG genannten Berufsgruppen - infolge des Fehlens von Verträgen nicht zur Verfügung stehen, ist nach Paragraph 131 b, ASVG die Regelung des Paragraph 131 a, ASVG anzuwenden, allerdings mit der Maßgabe, dass in jenen Fällen, in denen noch keine Verträge für den Bereich einer Berufsgruppe bestehen, der Versicherungsträger den Versicherten die in der Satzung - unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers und das wirtschaftliche Bedürfnis des Versicherten - festgesetzten Kostenzuschüsse zu leisten hat.

Ausgehend von der geschilderten Gesetzeslage ist dem Revisionswerber darin beizupflichten, dass der hier vorliegende Fall, dass zwar ein Vertrag existiert, die Erbringung einer bestimmten Leistung aber in diesem Vertrag nicht als Sachleistung vorgesehen ist, weder in § 131 ASVG noch in den §§ 131a und 131b ASVG geregelt ist (vgl SSV-NF 14/45 mwN; VfSlg 16.030).Ausgehend von der geschilderten Gesetzeslage ist dem Revisionswerber darin beizupflichten, dass der hier vorliegende Fall, dass zwar ein Vertrag existiert, die Erbringung einer bestimmten Leistung aber in diesem Vertrag nicht als Sachleistung vorgesehen ist, weder in Paragraph 131, ASVG noch in den Paragraphen 131 a und 131b ASVG geregelt ist vergleiche SSV-NF 14/45 mwN; VfSlg 16.030).

Der Verfassungsgerichtshof hat in seinem Erkenntnis vom 1. 12. 2000, V 70, 71/96 = VfSlg 16.030 = ZAS 2001/7, dargelegt, dass keine Pflicht des Krankenversicherungsträgers erkennbar sei, alle erdenklichen und medizinisch möglichen Leistungen als Sachleistungen ohne Zuzahlungen des Versicherten zu erbringen. Es treffe den Krankenversicherungsträger daher auch nicht die Pflicht, im Falle vom Gesamtvertrag nicht erfasster - sogenannter "außervertraglicher" - Leistungen die dem Versicherten entstandenen Kosten zur Gänze zu tragen. Wenn zwar für die Fälle des Wegfalles von Verträgen oder des Nichtbestehens von Verträgen für eine ganze Berufsgruppe im Gesetz Regelungen vorhanden seien, nicht aber für den Fall, dass für einzelne Leistungen keine Vertragsregelung bestehe, liege, gemessen am Konzept des Gesetzgebers, eine planwidrige Lücke vor. Aus dem Blickwinkel des Sachlichkeitsgebotes könne § 60a B-KUVG (entspricht inhaltlich § 131b ASVG) analog auf den Fall angewendet werden, dass eine neuartige ärztliche Leistung vertraglich noch nicht erfasst sei. Die Versicherungsanstalt habe unter Bedachtnahme auf ihre finanzielle Leistungsfähigkeit auch für diese Leistungen einen Kostenersatz in Form von Kostenzuschüssen in ihrer Satzung vorzusehen. Auch in der Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofes sowie in der Lehre und Literatur wurde die Zulässigkeit von Kostenzuschussregelungen für notwendige außervertragliche Leistungen für den Bereich der Krankenbehandlung anerkannt (vgl dazu SSV-NF 14/45; SSV-NF 14/89 = DRdA 2001/18 [Resch] = ZAS 2001/6; SSV-NF 13/139 ua; Schrammel, Die Durchsetzung von Leistungsansprüchen in der sozialen Krankenversicherung, FS-Tomandl 1998, 679 ff [695 f]; Grillberger in Strasser [Hrsg], Arzt und gesetzliche Krankenversicherung (1995) 365 ff, [419 und 424]; Kletter, Die höchstgerichtliche "Neuregelung" von Zahnbehandlung und Zahnersatz, ZAS 1994, 43 ff [49]; ders, Das VfGH-Erkenntnis zur Kostenerstattung, SozSi 2000, 704 ff [712], ders, Der Leistungsanspruch im vertragsfreien Raum - eine Bilanz, ZAS 2001, 33 ff mwN ua). Es hat daher nach zutreffender Rechtsansicht des Berufungsgerichtes die Bestimmung des § 131b ASVG auch auf Fälle wie den vorliegenden sinngemäß Anwendung zu finden. Damit unterscheidet sich der vorliegende Fall von dem in der Entscheidung 10 ObS 123/00m (= SSV-NF 14/89 = DRdA 100/18 [Resch] = ZAS 2001/6) zu beurteilenden Sachverhalt, dem keine

satzungsmäßige Kostenzuschussregelung zugrunde lag.Der Verfassungsgerichtshof hat in seinem Erkenntnis vom 1. 12. 2000, römisch fünf 70, 71/96 = VfSlg 16.030 = ZAS 2001/7, dargelegt, dass keine Pflicht des Krankenversicherungsträgers erkennbar sei, alle erdenklichen und medizinisch möglichen Leistungen als Sachleistungen ohne Zuzahlungen des Versicherten zu erbringen. Es treffe den Krankenversicherungsträger daher auch nicht die Pflicht, im Falle vom Gesamtvertrag nicht erfasster - sogenannter "außervertraglicher" - Leistungen die dem Versicherten entstandenen Kosten zur Gänze zu tragen. Wenn zwar für die Fälle des Wegfalles von Verträgen oder des Nichtbestehens von Verträgen für eine ganze Berufsgruppe im Gesetz Regelungen vorhanden seien, nicht aber für den Fall, dass für einzelne Leistungen keine Vertragsregelung bestehe, liege, gemessen am Konzept des Gesetzgebers, eine planwidrige Lücke vor. Aus dem Blickwinkel des Sachlichkeitsgebotes könne Paragraph 60 a, B-KUVG (entspricht inhaltlich Paragraph 131 b, ASVG) analog auf den Fall angewendet werden, dass eine neuartige ärztliche Leistung vertraglich noch nicht erfasst sei. Die Versicherungsanstalt habe unter Bedachtnahme auf ihre finanzielle Leistungsfähigkeit auch für diese Leistungen einen Kostenersatz in Form von Kostenzuschüssen in ihrer Satzung vorzusehen. Auch in der Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofes sowie in der Lehre und Literatur wurde die Zulässigkeit von Kostenzuschussregelungen für notwendige außervertragliche Leistungen für den Bereich der Krankenbehandlung anerkannt vergleiche dazu SSV-NF 14/45; SSV-NF 14/89 = DRdA 2001/18 [Resch] = ZAS 2001/6; SSV-NF 13/139 ua; Schrammel, Die Durchsetzung von Leistungsansprüchen in der sozialen Krankenversicherung, FSTomandl 1998, 679 ff [695 f]; Grillberger in Strasser [Hrsg], Arzt und gesetzliche Krankenversicherung (1995) 365 ff, [419 und 424]; Kletter, Die höchstgerichtliche "Neuregelung" von Zahnbehandlung und Zahnersatz, ZAS 1994, 43 ff [49]; ders, Das VfGH-Erkenntnis zur Kostenerstattung, SozSi 2000, 704 ff [712], ders, Der Leistungsanspruch im vertragsfreien Raum - eine Bilanz, ZAS 2001, 33 ff mwN ua). Es hat daher nach zutreffender Rechtsansicht des Berufungsgerichtes die Bestimmung des Paragraph 131 b, ASVG auch auf Fälle wie den vorliegenden sinngemäß Anwendung zu finden. Damit unterscheidet sich der vorliegende Fall von dem in der Entscheidung 10 ObS 123/00m (= SSV-NF 14/89 = DRdA 100/18 [Resch] = ZAS 2001/6) zu beurteilenden Sachverhalt, dem keine satzungsmäßige Kostenzuschussregelung zugrunde lag.

§ 131b ASVG sieht vor, dass der Kostenzuschuss unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten festzusetzen ist. Der Verfassungsgerichtshof hat diese Regelung als ausreichend determiniert erachtet. Nach Auffassung des Verfassungsgerichtshofes drückt sich in der "Bedachtnahmeformel" das für die Krankenbehandlung allgemein geltende Wirtschaftlichkeitsgebot aus. Die Satzung hat zu berücksichtigen, dass die finanziellen Ressourcen der Versichertengemeinschaft beschränkt sind, weil ein angemessenes Beitragsniveau beibehalten werden soll. Die Satzung hat bei Festsetzung des Kostenzuschusses aber auch zu berücksichtigen, dass die Versicherten Anspruch auf eine ausreichende Versorgung mit Krankenbehandlungsleistungen haben. Die Krankenversicherung ist nicht verpflichtet, dem Versicherten alle denkbaren und medizinisch möglichen Leistungen als Sachleistungen ohne Zuzahlungen zu erbringen. Der Krankenversicherungsträger ist daher auch bei Fehlen gesamtvertraglicher Regelungen nicht verpflichtet, den Kostenzuschuss so zu bemessen, dass dem Versicherten die tatsächlich entstandenen Behandlungskosten zur Gänze ersetzt werden (vgl VfSlg 13.133, 15.787, 15.968, 16.030 ua). Nach der nunmehr herrschenden Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes ist 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 (VfSlg 15.322, 15.787, 15.968 ua). Der Oberste Gerichtshof hat sich in seiner jüngeren Rechtsprechung dieser Auffassung angeschlossen (vgl SSV-NF 14/45; 14/89 = DRdA 2001/18 [Resch] = ZAS 2001/6; DRdA 2001/45 [Kletter]; 10 ObS 247/02z ua; RIS-Justiz RS0113972). Der Krankenversicherungsträger darf daher in der Satzung den Kostenersatz nicht in beliebiger Höhe festlegen. Er ist bei der Gestaltung seiner Kostenerstattungstarife vielmehr primär an die vergleichbaren Tarifsätze im selben Gesamtvertrag gebunden. Welche tariflich erfasste Pflichtleistung nun mit der im konkreten Fall erfolgten Behandlung oder Untersuchung vergleichbar ist, kann nicht generell gesagt, sondern nur nach den jeweiligen Umständen des Einzelfalls beurteilt werden und stellt in erster Linie eine Tatfrage dar. Dabei kann es auf die Art der Leistung an sich, also auf ihre Methode und ihren Zweck, aber auch auf den im Einzelfall erforderlichen Sach- und Personalaufwand ankommen (SSV-NF 14/89 = DRdA 2001/18 [Resch] = ZAS 2001/6). 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 Resch aaO 250).Paragraph 131 b, ASVG sieht vor, dass der Kostenzuschuss unter Bedachtnahme auf die finanzielle

Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten festzusetzen ist. Der Verfassungsgerichtshof hat diese Regelung als ausreichend determiniert erachtet. Nach Auffassung des Verfassungsgerichtshofes drückt sich in der "Bedachtnahmeformel" das für die Krankenbehandlung allgemein geltende Wirtschaftlichkeitsgebot aus. Die Satzung hat zu berücksichtigen, dass die finanziellen Ressourcen der Versichertengemeinschaft beschränkt sind, weil ein angemessenes Beitragsniveau beibehalten werden soll. Die Satzung hat bei Festsetzung des Kostenzuschusses aber auch zu berücksichtigen, dass die Versicherten Anspruch auf eine ausreichende Versorgung mit Krankenbehandlungsleistungen haben. Die Krankenversicherung ist nicht verpflichtet, dem Versicherten alle denkbaren und medizinisch möglichen Leistungen als Sachleistungen ohne Zuzahlungen zu erbringen. Der Krankenversicherungsträger ist daher auch bei Fehlen gesamtvertraglicher Regelungen nicht verpflichtet, den Kostenzuschuss so zu bemessen, dass dem Versicherten die tatsächlich entstandenen Behandlungskosten zur Gänze ersetzt werden vergleiche VfSlg 13.133, 15.787, 15.968, 16.030 ua). Nach der nunmehr herrschenden Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes ist 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 (VfSlg 15.322, 15.787, 15.968 ua). Der Oberste Gerichtshof hat sich in seiner jüngeren Rechtsprechung dieser Auffassung angeschlossen vergleiche SSV-NF 14/45; 14/89 = DRdA 2001/18 [Resch] = ZAS 2001/6; DRdA 2001/45 [Kletter]; 10 ObS 247/02z ua; RIS-Justiz RS0113972). Der Krankenversicherungsträger darf daher in der Satzung den Kostenersatz nicht in beliebiger Höhe festlegen. Er ist bei der Gestaltung seiner Kostenerstattungstarife vielmehr primär an die vergleichbaren Tarifsätze im selben Gesamtvertrag gebunden. Welche tariflich erfasste Pflichtleistung nun mit der im konkreten Fall erfolgten Behandlung oder Untersuchung vergleichbar ist, kann nicht generell gesagt, sondern nur nach den jeweiligen Umständen des Einzelfalls beurteilt werden und stellt in erster Linie eine Tatfrage dar. Dabei kann es auf die Art der Leistung an sich, also auf ihre Methode und ihren Zweck, aber auch auf den im Einzelfall erforderlichen Sach- und Personalaufwand ankommen (SSV-NF 14/89 = DRdA 2001/18 [Resch] = ZAS 2001/6). 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 Resch aaO 250).

Welche tariflich erfasste Leistung mit der im konkreten Fall zu beurteilenden 24-Stunden-Blutdruckmessung vergleichbar ist, kann nur nach den Umständen des Einzelfalls beurteilt werden und stellt in erster Linie eine Tatfrage dar. Da die Vorinstanzen zum Prozessvorbringen des Klägers über vergleichbare Vertragstarife im Gesamtvertrag der beklagten Partei keine Feststellungen getroffen haben, erweist sich das Verfahren in diesem Punkt als ergänzungsbedürftig. Erst nach Vorliegen entsprechender Feststellungen über Vertragstarife für vergleichbare Leistungen wird beurteilt werden können, ob gegen die hier in Rede stehende Satzungsbestimmung Bedenken aus dem Blickwinkel einer Gesetzwidrigkeit der Höhe des festgelegten Kostenzuschusses bestehen. Wegen der dargelegten Feststellungsmängel sind die Urteile der Vorinstanzen aufzuheben. Die Rechtssache ist zur Verhandlung und Entscheidung an das Erstgericht zurückzuverweisen.

Der Kostenvorbehalt beruht auf § 52 Abs 1 ZPO.Der Kostenvorbehalt beruht auf Paragraph 52, Absatz eins, ZPO.

Textnummer

E71152

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:OGH0002:2003:010OBS00231.03Y.1021.000

Im RIS seit

20.11.2003

Zuletzt aktualisiert am

06.02.2013

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