

TE OGH 2003/7/1 100bS167/03m

JUSLINE Entscheidung

🕒 Veröffentlicht am 01.07.2003

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. Fellingner und Dr. Neumayr sowie die fachkundigen Laienrichter Dr. Manfred Engelmann (aus dem Kreis der Arbeitgeber) und Peter Scherz (aus dem Kreis der Arbeitnehmer) als weitere Richter in der Sozialrechtssache der klagenden Partei Angela W*****, vertreten durch Dr. Stephan Messner, Rechtsanwalt in Schwanenstadt, gegen die beklagte Partei Wiener Gebietskrankenkasse, Wienerbergstraße 15-19, 1103 Wien, vertreten durch Dr. Heinz Edelmann, Rechtsanwalt in Wien, wegen 5.136,41 EUR s.A., infolge Revision der klagenden Partei gegen das Urteil des Oberlandesgerichtes Wien als Berufungsgericht in Arbeits- und Sozialrechtssachen vom 13. Februar 2003, GZ 9 Rs 351/02g-13, womit infolge Berufung der klagenden Partei das Urteil des Arbeits- und Sozialgerichtes Wien vom 14. August 2002, GZ 30 Cgs 99/02x-6, bestätigt wurde, in nichtöffentlicher Sitzung den Beschluss

gefasst:

Spruch

Der Oberste Gerichtshof stellt beim Verfassungsgerichtshof gemäß § 89 Abs 2 B-VG den AntragDer Oberste Gerichtshof stellt beim Verfassungsgerichtshof gemäß Paragraph 89, Absatz 2, B-VG den Antrag,

gemäß Art 139 Abs 4 B-VG auszusprechen, dass in der Satzung 1999 der Wiener Gebietskrankenkasse, kundgemacht in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“, Jahrgang 1999, Seite 650, Amtliche Verlautbarung Nr 70/1999 (Stammfassung), in der Fassung der 2. Änderung der Satzung 1999, kundgemacht in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“, Jahrgang 2001, Seite 556, Amtliche Verlautbarung Nr 86/2001, der 3. Änderung der Satzung 1999, kundgemacht in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“, Jahrgang 2001, Seite 678, Amtliche Verlautbarung Nr 99/2001, und der 4. Änderung der Satzung 1999, kundgemacht in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“, Jahrgang 2001, Seite 911, Amtliche Verlautbarung Nr 161/2001, außer Kraft getreten aufgrund des § 51 der Satzung 2003 der Wiener Gebietskrankenkasse (avsv Nr. 1/2003) mit 31.gemäß Artikel 139, Absatz 4, B-VG auszusprechen, dass in der Satzung 1999 der Wiener Gebietskrankenkasse, kundgemacht in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“, Jahrgang 1999, Seite 650, Amtliche Verlautbarung Nr 70/1999 (Stammfassung), in der Fassung der 2. Änderung der Satzung 1999, kundgemacht in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“, Jahrgang 2001, Seite 556, Amtliche Verlautbarung Nr 86/2001, der 3. Änderung der Satzung 1999, kundgemacht in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“, Jahrgang 2001, Seite 678, Amtliche Verlautbarung Nr 99/2001, und der 4. Änderung der Satzung 1999, kundgemacht in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“, Jahrgang 2001, Seite 911, Amtliche Verlautbarung Nr 161/2001, außer Kraft getreten aufgrund des Paragraph 51, der Satzung 2003 der Wiener Gebietskrankenkasse (avsv Nr. 1/2003) mit 31.

12. 2002,

a) in § 38 die Wortfolge "- die medizinische Hauskrankenpflege (§ 151

ASVG)" und

b) im Anhang 6 die Z 3. ("Für medizinische Hauskrankenpflege durch
diplombiertes Pflegepersonal pro Fall und Pflage-tag, an dem

medizinische Hauskrankenpflege geleistet wurde höchstens 120,-

S [8,72 EUR] (inkl. Wegegebühren)

längstens aber für die Dauer von vier Wochen für ein und denselben

Versicherungsfall pro Pflage-tag 120,- S [8,72

EUR] (inkl. Wegegebühren).")

gesetzwidrig waren.

Mit der Fortführung des Revisionsverfahrens wird gemäß § 57 Abs 3 VfGG bis zur Zustellung des Erkenntnisses des
Verfassungsgerichtshofes innegehalten. Mit der Fortführung des Revisionsverfahrens wird gemäß Paragraph 57, Absatz
3, VfGG bis zur Zustellung des Erkenntnisses des Verfassungsgerichtshofes innegehalten.

Text

Begründung:

Die bei der beklagten Wiener Gebietskrankenkasse pflichtversicherte Klägerin ist die Mutter der am 25. 10. 2000
geborenen und am 16. 1. 2002 verstorbenen Sarah P*****, die bei der Klägerin gemäß § 123 ASVG mitversichert war.
Sarah P***** erhielt von 8. 10. bis 20. 10. 2001, von 25. 10. 2001 bis 7. 11. 2001 und von 17. 11. 2001 bis 16. 1. 2002 an
insgesamt 88 Tagen mit der Indikation Kurzdarmsyndrom medizinische Hauskrankenpflege. Vom 7. 11. 2001 bis 17. 11.
2001 befand sich Sarah P***** in stationärer Anstaltspflege im AKH Wien. Die bei der beklagten Wiener
Gebietskrankenkasse pflichtversicherte Klägerin ist die Mutter der am 25. 10. 2000 geborenen und am 16. 1. 2002
verstorbenen Sarah P*****, die bei der Klägerin gemäß Paragraph 123, ASVG mitversichert war. Sarah P***** erhielt
von 8. 10. bis 20. 10. 2001, von 25. 10. 2001 bis 7. 11. 2001 und von 17. 11. 2001 bis 16. 1. 2002 an insgesamt 88 Tagen
mit der Indikation Kurzdarmsyndrom medizinische Hauskrankenpflege. Vom 7. 11. 2001 bis 17. 11. 2001 befand sich
Sarah P***** in stationärer Anstaltspflege im AKH Wien.

Für die medizinische Hauskrankenpflege wurde mangels Bestehens von Verträgen der beklagten Partei mit
Einrichtungen, die medizinische Hauskrankenpflege für Kinder anbieten, die mobile Kinderkrankenschwester Gabriele
H***** in Anspruch genommen. Gabriele H***** legte am 5. 12. 2001 eine Honorarnote über 2.345,17 EUR, die sich in
geleistete Einzelstunden, geleistete Pflegeminuten, Hausbesuchspauschale und Fahrtkosten aufgliedert. Am 8. 1. 2002
legte Gabriele H***** eine weitere Honorarnote über 3.558,60 EUR, welche vergleichbare Leistungen beinhaltet. Beide
Rechnungen über insgesamt 5.903,77 EUR wurden von der Klägerin bezahlt.

Die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der medizinischen Hauskrankenpflege bei der Tochter der Klägerin ist nicht
strittig. Die Beklagte bezahlte an die Klägerin für 88 Pflage-tage à 8,72 EUR einen Kostenzuschuss von 767,36 EUR.

Mit Bescheid vom 23. 5. 2002 lehnte die Wiener Gebietskrankenkasse die Gewährung eines höheren Kostenersatzes
als des zuerkannten Kostenzuschusses ab. Gemäß § 38 ihrer Satzung leiste die Kasse für medizinische
Hauskrankenpflege einen pauschalen Kostenzuschuss in der Höhe von höchstens 8,72 EUR pro Fall und Pflage-tag
(inklusive Wegegebühren). Mit Bescheid vom 23. 5. 2002 lehnte die Wiener Gebietskrankenkasse die Gewährung eines
höheren Kostenersatzes als des zuerkannten Kostenzuschusses ab. Gemäß Paragraph 38, ihrer Satzung leiste die
Kasse für medizinische Hauskrankenpflege einen pauschalen Kostenzuschuss in der Höhe von höchstens 8,72 EUR pro
Fall und Pflage-tag (inklusive Wegegebühren).

Die gegen diesen Bescheid erhobene, auf Zahlung von 5.136,41 EUR gerichtete Klage wird in erster Linie darauf
gestützt, dass es die beklagte Partei unterlassen habe, für die medizinische Hauskrankenpflege für Kinder, eine
Pflichtleistung der Krankenversicherungsträger, Sachleistungsvorsorge zu treffen, sodass sie Kostenerstattung nach
Marktpreisen zu gewähren habe. Die in der Satzung der Beklagten vorgesehenen Kostenzuschüsse von 8,72 EUR pro
Tag seien im Verhältnis zu den Marktpreisen zu gering und daher gesetzwidrig. Die Klägerin habe Anspruch auf Ersatz
der gesamten für die medizinische Hauskrankenpflege ihrer Tochter aufgewendeten Kosten.

Das Erstgericht wies die Klage ab. Im vorliegenden Fall sei § 131b ASVG anzuwenden, der eine Vorsorge für diejenigen Fälle treffe, in denen für den Bereich eine Berufsgruppe noch keine Verträge bestünden. In diesem Fall habe der Versicherungsträger den Versicherten die in der Satzung festgesetzten Kostenzuschüsse zu leisten. Das Ausmaß der Zuschüsse sei vom Versicherungsträger unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten festzusetzen. Hinsichtlich der Höhe des Kostenzuschusses habe der Gesetzgeber damit keine Festlegung getroffen, sondern es der Verantwortung der Versicherungsträger überlassen, die Höhe satzungsmäßig festzulegen. Das Erstgericht wies die Klage ab. Im vorliegenden Fall sei Paragraph 131 b, ASVG anzuwenden, der eine Vorsorge für diejenigen Fälle treffe, in denen für den Bereich eine Berufsgruppe noch keine Verträge bestünden. In diesem Fall habe der Versicherungsträger den Versicherten die in der Satzung festgesetzten Kostenzuschüsse zu leisten. Das Ausmaß der Zuschüsse sei vom Versicherungsträger unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten festzusetzen. Hinsichtlich der Höhe des Kostenzuschusses habe der Gesetzgeber damit keine Festlegung getroffen, sondern es der Verantwortung der Versicherungsträger überlassen, die Höhe satzungsmäßig festzulegen.

Für die Leistungen der medizinischen Hauskrankenpflege für Kinder bestünden keine vertraglichen Regelungen. Entweder gehe man davon aus, dass es sich bei mobilen Kinderkrankenschwestern um eine Berufsgruppe im Sinne des § 131b ASVG handle, dann komme diese Bestimmung direkt zur Anwendung. Seien die Anbieter für medizinische Hauskrankenpflege als eine Berufsgruppe im Gesamten zu werten, sei diese Regelung analog anzuwenden. Ähnlich wie bei den außervertraglichen Leistungen im „kassenfreien Raum“ bestehe kein voller Kostenersatzanspruch, sondern nur ein Anspruch auf Kostenzuschüsse. § 131b ASVG stelle eine Spezialregelung dar, die die Bestimmungen des § 121 Abs 1 und 3 ASVG ergänze und im Ergebnis auch einschränke. Auf die Ursachen des Nichtbestehens von Verträgen komme es nicht an. Für die Leistungen der medizinischen Hauskrankenpflege für Kinder bestünden keine vertraglichen Regelungen. Entweder gehe man davon aus, dass es sich bei mobilen Kinderkrankenschwestern um eine Berufsgruppe im Sinne des Paragraph 131 b, ASVG handle, dann komme diese Bestimmung direkt zur Anwendung. Seien die Anbieter für medizinische Hauskrankenpflege als eine Berufsgruppe im Gesamten zu werten, sei diese Regelung analog anzuwenden. Ähnlich wie bei den außervertraglichen Leistungen im „kassenfreien Raum“ bestehe kein voller Kostenersatzanspruch, sondern nur ein Anspruch auf Kostenzuschüsse. Paragraph 131 b, ASVG stelle eine Spezialregelung dar, die die Bestimmungen des Paragraph 121, Absatz eins und 3 ASVG ergänze und im Ergebnis auch einschränke. Auf die Ursachen des Nichtbestehens von Verträgen komme es nicht an.

§ 38 der Satzung der beklagten Gebietskrankenkasse bestimme, dass für den Fall, dass Vertragspartner für die medizinische Hauskrankenpflege auf Rechnung der Kasse mangels Bestehens von Verträgen nicht zur Verfügung stünden, Kostenzuschüsse nach der Regelung im Anhang 6 zur Satzung zu leisten seien. Anhang 6 der Satzung sehe für die Hauskrankenpflege durch diplomiertes Pflegepersonal pro Fall und Pfl egetag, an dem medizinische Hauskrankenpflege geleistet werde, einen Ersatz von höchstens 8,72 EUR inklusive Wegegebühren vor. Die Bedenken der Klägerin, der in der Satzung festgelegte Kostenzuschuss entspreche nicht den wirtschaftlichen Bedürfnissen des Versicherten und sei im Verhältnis zu den tatsächlichen Marktpreisen zu niedrig, stünden die Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes und des Obersten Gerichtshofes sowie verschiedene Lehrmeinungen entgegen. Im Verhältnis zu den tatsächlichen Marktpreisen sei der gewährte Kostenzuschuss nicht unangemessen niedrig. Dabei sei zu berücksichtigen, dass auch die sonstigen Vertragstarife der Krankenversicherungsträger im Verhältnis zu den tatsächlichen Marktpreisen einen relativ geringfügigen Prozentsatz darstellten. Das Berufungsgericht gab der Berufung der Klägerin nicht Folge, verwies auf die ausführliche und fundierte rechtliche Beurteilung des Erstgerichts und führte ergänzend aus: Seit 1. 1. 1992 bestehe ein Rechtsanspruch auf medizinische Hauskrankenpflege (§ 151 ASVG idF der 50. ASVG-Novelle). Diese Pflichtleistung sei als Sachleistung konzipiert und stelle eine "krankenhausersetzende" Leistung dar. Dazu bedürfe es des Abschlusses von Verträgen mit der ärztlichen Landesvertretung und den Wohlfahrtsverbänden bzw kommunalen Einrichtungen, die auf ärztliche Anordnung die Pflege zu Hause im Auftrag des zuständigen Krankenversicherungsträgers zu organisieren hätten. Wohl bestehe einerseits gemäß § 338 Abs 2 ASVG der gesetzliche Auftrag, die ausreichende Versorgung der Versicherten und ihrer anspruchsberechtigten Angehörigen mit den gesetzlich und satzungsmäßig vorgesehenen Leistungen sicherzustellen. Allerdings sehe der Gesetzgeber in § 131b ASVG eine Regelung für den Fall vor, dass Vertragspartner infolge Fehlens von Verträgen nicht zur Verfügung stünden oder wenn keine Verträge für den Bereich einer Berufsgruppe bestünden, zumal es keine gesetzliche Verpflichtung zum Vertragsabschluss mit den in Betracht kommenden Gesundheitsberufen gebe. Der Sicherstellungsauftrag verpflichte auch die Krankenversicherungsträger nicht, Verträge um jeden Preis abzuschließen;

deren Verhandlungsspielraum werde vom Beitragsaufkommen diktiert. Dass die beklagte Partei seit Inkrafttreten der 50. ASVG-Novelle keine Verträge mit Pflegepersonen, die medizinische Hauskrankenpflege für Kinder anbieten, abgeschlossen habe, führe nicht zu einem Kostenersatzanspruch nach Marktpreisen, wie die Klägerin meine, sondern zu einem Anspruch auf Kostenzuschuss nach § 131b ASVG, der an die Stelle der Sachleistungsgewährung trete. Daran ändere nichts, dass es sich bei der medizinischen Hauskrankenpflege um eine Pflichtleistung nach § 121 Abs 1 ASVG handle. Ein über die Satzung hinausgehender Anspruch auf Kostenzuschuss könne auch aus § 133 Abs 3 ASVG nicht abgeleitet werden, weil dieser lediglich dem Versicherungsträger ermögliche, im Rahmen seiner finanziellen Leistungsfähigkeit satzungsmäßige Mehrleistungen zu erbringen. Gehe der Gesetzgeber im Falle fehlender Verträge davon aus, dass der Krankenversicherungsträger lediglich Zuschüsse zu leisten habe, liege bereits eine gesetzliche Beschränkung der Verpflichtung zum Kostenersatz vor. Dass die medizinische Hauskrankenpflege in den kostenintensiven Spitälern eine Bettenreduktion erreichen soll und somit zur Kostenreduktion beitrage sei angesichts der ausdrücklichen gesetzlichen Regelung bei Fehlen von Vertragspartnern (für die Hauskrankenpflege bei Kindern) keine rechtliche Grundlage für die begehrte Kostenerstattung nach Marktpreisen. Paragraph 38, der Satzung der beklagten Gebietskrankenkasse bestimme, dass für den Fall, dass Vertragspartner für die medizinische Hauskrankenpflege auf Rechnung der Kasse mangels Bestehens von Verträgen nicht zur Verfügung stünden, Kostenzuschüsse nach der Regelung im Anhang 6 zur Satzung zu leisten seien. Anhang 6 der Satzung sehe für die Hauskrankenpflege durch diplomiertes Pflegepersonal pro Fall und Pflorgetag, an dem medizinische Hauskrankenpflege geleistet werde, einen Ersatz von höchstens 8,72 EUR inklusive Wegegebühren vor. Die Bedenken der Klägerin, der in der Satzung festgelegte Kostenzuschuss entspreche nicht den wirtschaftlichen Bedürfnissen des Versicherten und sei im Verhältnis zu den tatsächlichen Marktpreisen zu niedrig, stünden die Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes und des Obersten Gerichtshofes sowie verschiedene Lehrmeinungen entgegen. Im Verhältnis zu den tatsächlichen Marktpreisen sei der gewährte Kostenzuschuss nicht unangemessen niedrig. Dabei sei zu berücksichtigen, dass auch die sonstigen Vertragstarife der Krankenversicherungsträger im Verhältnis zu den tatsächlichen Marktpreisen einen relativ geringfügigen Prozentsatz darstellten. Das Berufungsgericht gab der Berufung der Klägerin nicht Folge, verwies auf die ausführliche und fundierte rechtliche Beurteilung des Erstgerichts und führte ergänzend aus: Seit 1. 1. 1992 bestehe ein Rechtsanspruch auf medizinische Hauskrankenpflege (Paragraph 151, ASVG in der Fassung der 50. ASVG-Novelle). Diese Pflichtleistung sei als Sachleistung konzipiert und stelle eine "krankenhausersetzende" Leistung dar. Dazu bedürfe es des Abschlusses von Verträgen mit der ärztlichen Standesvertretung und den Wohlfahrtsverbänden bzw kommunalen Einrichtungen, die auf ärztliche Anordnung die Pflege zu Hause im Auftrag des zuständigen Krankenversicherungsträgers zu organisieren hätten. Wohl bestehe einerseits gemäß Paragraph 338, Absatz 2, ASVG der gesetzliche Auftrag, die ausreichende Versorgung der Versicherten und ihrer anspruchsberechtigten Angehörigen mit den gesetzlich und satzungsmäßig vorgesehenen Leistungen sicherzustellen. Allerdings sehe der Gesetzgeber in Paragraph 131 b, ASVG eine Regelung für den Fall vor, dass Vertragspartner infolge Fehlens von Verträgen nicht zur Verfügung stünden oder wenn keine Verträge für den Bereich einer Berufsgruppe bestünden, zumal es keine gesetzliche Verpflichtung zum Vertragsabschluss mit den in Betracht kommenden Gesundheitsberufen gebe. Der Sicherstellungsauftrag verpflichte auch die Krankenversicherungsträger nicht, Verträge um jeden Preis abzuschließen; deren Verhandlungsspielraum werde vom Beitragsaufkommen diktiert. Dass die beklagte Partei seit Inkrafttreten der 50. ASVG-Novelle keine Verträge mit Pflegepersonen, die medizinische Hauskrankenpflege für Kinder anbieten, abgeschlossen habe, führe nicht zu einem Kostenersatzanspruch nach Marktpreisen, wie die Klägerin meine, sondern zu einem Anspruch auf Kostenzuschuss nach Paragraph 131 b, ASVG, der an die Stelle der Sachleistungsgewährung trete. Daran ändere nichts, dass es sich bei der medizinischen Hauskrankenpflege um eine Pflichtleistung nach Paragraph 121, Absatz eins, ASVG handle. Ein über die Satzung hinausgehender Anspruch auf Kostenzuschuss könne auch aus Paragraph 133, Absatz 3, ASVG nicht abgeleitet werden, weil dieser lediglich dem Versicherungsträger ermögliche, im Rahmen seiner finanziellen Leistungsfähigkeit satzungsmäßige Mehrleistungen zu erbringen. Gehe der Gesetzgeber im Falle fehlender Verträge davon aus, dass der Krankenversicherungsträger lediglich Zuschüsse zu leisten habe, liege bereits eine gesetzliche Beschränkung der Verpflichtung zum Kostenersatz vor. Dass die medizinische Hauskrankenpflege in den kostenintensiven Spitälern eine Bettenreduktion erreichen soll und somit zur Kostenreduktion beitrage sei angesichts der ausdrücklichen gesetzlichen Regelung bei Fehlen von Vertragspartnern (für die Hauskrankenpflege bei Kindern) keine rechtliche Grundlage für die begehrte Kostenerstattung nach Marktpreisen.

In Anbetracht des Fallpauschales von 15,99 EUR, das ein Vertragsarzt für Allgemeinmedizin pro

Anspruchsberechtigtem und Quartal erhalte, bestünden auch keine Bedenken bezüglich der Höhe des Kostenzuschusses von 8,72 EUR pro Pflage-tag, sodass kein Anlass zu einer Anrufung des Verfassungsgerichtshofes gemäß Art 139 Abs 1 B-VG bestehe. Die ordentliche Revision sei zulässig, weil - soweit überblickbar - eine Judikatur des Obersten Gerichtshof zur Angemessenheit des Kostenzuschusses nach § 131b ASVG in Verbindung mit der Satzung bei medizinischer Hauskrankenpflege nicht bestehe. In Anbetracht des Fallpauschales von 15,99 EUR, das ein Vertragsarzt für Allgemeinmedizin pro Anspruchsberechtigtem und Quartal erhalte, bestünden auch keine Bedenken bezüglich der Höhe des Kostenzuschusses von 8,72 EUR pro Pflage-tag, sodass kein Anlass zu einer Anrufung des Verfassungsgerichtshofes gemäß Artikel 139, Absatz eins, B-VG bestehe. Die ordentliche Revision sei zulässig, weil - soweit überblickbar - eine Judikatur des Obersten Gerichtshof zur Angemessenheit des Kostenzuschusses nach Paragraph 131 b, ASVG in Verbindung mit der Satzung bei medizinischer Hauskrankenpflege nicht bestehe.

Gegen diese Entscheidung richtet sich die Revision der klagenden Partei aus dem Revisionsgrund der unrichtigen rechtlichen Beurteilung mit dem Antrag auf Abänderung im klagsstattgebenden Sinn. Die beklagte Partei beantragt in ihrer Revisionsbeantwortung, der Revision nicht Folge zu geben.

In der Revision wiederholt die Klägerin ihren Rechtsstandpunkt, dass es sich bei der medizinischen Hauskrankenpflege seit 1. 1. 1992 um eine als Sachleistung konzipierte Pflichtleistung der Sozialversicherungsträger handle. Wenn die beklagte Partei ihre Verpflichtung nicht erfüllt habe und auch keine Bemühungen zum Abschluss von Verträgen gesetzt habe (§ 131b ASVG entbinde die Krankenversicherungsträger nicht von ihrer Verpflichtung), gehe es nicht an, dass Leistungen im Krankenhaus zur Gänze ersetzt würden, Leistungen der medizinischen Hauskrankenpflege - trotz deren Primats - dagegen nur zu einem Siebtel. Es wäre unbillig und nicht angemessen, durch den Nichtabschluss von Verträgen und die Festsetzung von niedrigen Kostenzuschüssen die Versicherten um Ansprüche zu bringen. Konsequenterweise müsse ein Versicherter in dieser Konstellation Anspruch auf Ersatz der Marktpreise für medizinische Hauskrankenpflege haben, weil die beklagte Partei aus eigenem Verschulden nicht in der Lage sei, die medizinische Hauskrankenpflege als Sachleistung zu erbringen. Die Festsetzung von Kostenzuschüssen für die medizinische Hauskrankenpflege widerspreche im Übrigen dem Gleichheitsgrundsatz, würden doch im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt anfallende Kosten vom Krankenversicherungsträger zur Gänze ersetzt, obwohl diese Kosten um ein Vielfaches höher seien als diejenigen der medizinischen Hauskrankenpflege. Die Versicherte habe im vorliegenden Fall sogar die kostengünstigere Leistung in Anspruch genommen. Deshalb sei auch der Kostenzuschuss von 8,72 EUR (inklusive Fahrtkosten pro Pflage-tag) zu gering, weshalb angeregt werde, die Satzung der beklagten Partei diesbezüglich wegen Unangemessenheit der Höhe des Zuschusses auf ihre Gesetzmäßigkeit überprüfen zu lassen. Durch eine derartige Beschränkung in der eigenen Satzung hätten es die Sozialversicherungsträger im Übrigen in der Hand, keine Verträge mit Einrichtungen, die medizinische Hauskrankenpflege anbieten, abzuschließen und sich dann mit geringen Zuschüssen von der gesetzlichen Verpflichtung zu befreien, medizinische Hauskrankenpflege als Sachleistung zu erbringen. In der Revision wiederholt die Klägerin ihren Rechtsstandpunkt, dass es sich bei der medizinischen Hauskrankenpflege seit 1. 1. 1992 um eine Sachleistung konzipierte Pflichtleistung der Sozialversicherungsträger handle. Wenn die beklagte Partei ihre Verpflichtung nicht erfüllt habe und auch keine Bemühungen zum Abschluss von Verträgen gesetzt habe (Paragraph 131 b, ASVG entbinde die Krankenversicherungsträger nicht von ihrer Verpflichtung), gehe es nicht an, dass Leistungen im Krankenhaus zur Gänze ersetzt würden, Leistungen der medizinischen Hauskrankenpflege - trotz deren Primats - dagegen nur zu einem Siebtel. Es wäre unbillig und nicht angemessen, durch den Nichtabschluss von Verträgen und die Festsetzung von niedrigen Kostenzuschüssen die Versicherten um Ansprüche zu bringen. Konsequenterweise müsse ein Versicherter in dieser Konstellation Anspruch auf Ersatz der Marktpreise für medizinische Hauskrankenpflege haben, weil die beklagte Partei aus eigenem Verschulden nicht in der Lage sei, die medizinische Hauskrankenpflege als Sachleistung zu erbringen. Die Festsetzung von Kostenzuschüssen für die medizinische Hauskrankenpflege widerspreche im Übrigen dem Gleichheitsgrundsatz, würden doch im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt anfallende Kosten vom Krankenversicherungsträger zur Gänze ersetzt, obwohl diese Kosten um ein Vielfaches höher seien als diejenigen der medizinischen Hauskrankenpflege. Die Versicherte habe im vorliegenden Fall sogar die kostengünstigere Leistung in Anspruch genommen. Deshalb sei auch der Kostenzuschuss von 8,72 EUR (inklusive Fahrtkosten pro Pflage-tag) zu gering, weshalb angeregt werde, die Satzung der beklagten Partei diesbezüglich wegen Unangemessenheit der Höhe des Zuschusses auf ihre Gesetzmäßigkeit überprüfen zu lassen. Durch eine derartige Beschränkung in der eigenen Satzung hätten es die Sozialversicherungsträger im Übrigen in der

Hand, keine Verträge mit Einrichtungen, die medizinische Hauskrankenpflege anbieten, abzuschließen und sich dann mit geringen Zuschüssen von der gesetzlichen Verpflichtung zu befreien, medizinische Hauskrankenpflege als Sachleistung zu erbringen.

Aus Anlass der zulässigen Revision hat der erkennende Senat Folgendes erwogen:

Rechtliche Beurteilung

Das österreichische Krankenversicherungsrecht ist vom Sachleistungsprinzip geprägt. Die Sozialversicherungsträger haben sich darum zu bemühen, ein System zu schaffen, das die Inanspruchnahme der Versicherungsleistungen ermöglicht, ohne dass die Versicherten selbst zur Honorierung herangezogen werden müssen. So obliegt es den Krankenversicherungsträgern gemäß § 23 Abs 5 ASVG, für die Krankenbehandlung der Versicherten und ihrer Familienangehörigen ausreichend Vorsorge zu treffen. Nach der im Sechsten Teil des ASVG enthaltenen Bestimmung des § 338 Abs 1 ASVG werden die Beziehungen der Träger der Sozialversicherung zu den freiberuflich tätigen Ärzten, Gruppenpraxen, Dentisten, Hebammen, Apotheker, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen, freiberuflich tätigen Psychotherapeuten, Pflegepersonen, die medizinische Hauskrankenpflege gemäß § 151 ASVG erbringen, und anderen Vertragspartnern durch privatrechtliche Verträge geregelt. Durch diese Verträge ist die ausreichende Versorgung der Versicherten und ihrer anspruchsberechtigten Angehörigen mit den gesetzlich und satzungsmäßig vorgesehenen Leistungen sicherzustellen (§ 338 Abs 2 erster Satz ASVG). Schließlich ist auch in § 133 Abs 2 letzter Satz ASVG festgelegt, dass die Leistungen der Krankenbehandlung, soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt wird (vgl § 130 Abs 3, § 131 Abs 1 und 3, § 131a, § 131b, § 132 ASVG), als Sachleistungen erbracht werden. Das österreichische Krankenversicherungsrecht ist vom Sachleistungsprinzip geprägt. Die Sozialversicherungsträger haben sich darum zu bemühen, ein System zu schaffen, das die Inanspruchnahme der Versicherungsleistungen ermöglicht, ohne dass die Versicherten selbst zur Honorierung herangezogen werden müssen. So obliegt es den Krankenversicherungsträgern gemäß Paragraph 23, Absatz 5, ASVG, für die Krankenbehandlung der Versicherten und ihrer Familienangehörigen ausreichend Vorsorge zu treffen. Nach der im Sechsten Teil des ASVG enthaltenen Bestimmung des Paragraph 338, Absatz eins, ASVG werden die Beziehungen der Träger der Sozialversicherung zu den freiberuflich tätigen Ärzten, Gruppenpraxen, Dentisten, Hebammen, Apotheker, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen, freiberuflich tätigen Psychotherapeuten, Pflegepersonen, die medizinische Hauskrankenpflege gemäß Paragraph 151, ASVG erbringen, und anderen Vertragspartnern durch privatrechtliche Verträge geregelt. Durch diese Verträge ist die ausreichende Versorgung der Versicherten und ihrer anspruchsberechtigten Angehörigen mit den gesetzlich und satzungsmäßig vorgesehenen Leistungen sicherzustellen (Paragraph 338, Absatz 2, erster Satz ASVG). Schließlich ist auch in Paragraph 133, Absatz 2, letzter Satz ASVG festgelegt, dass die Leistungen der Krankenbehandlung, soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt wird vergleiche Paragraph 130, Absatz 3,, Paragraph 131, Absatz eins und 3, Paragraph 131 a,, Paragraph 131 b,, Paragraph 132, ASVG), als Sachleistungen erbracht werden.

Auch bei der medizinischen Hauskrankenpflege steht die Sachleistungsgewährung im Vordergrund. Nach § 151 Abs 2 ASVG wird die medizinische Hauskrankenpflege durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (§ 12 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes, BGBl I 1997/108) erbracht, die vom Krankenversicherungsträger beigestellt werden oder die mit dem Krankenversicherungsträger in einem Vertragsverhältnis im Sinne des Sechsten Teiles dieses Bundesgesetzes stehen oder die im Rahmen von Vertragseinrichtungen tätig sind, die medizinische Hauskrankenpflege betreiben. Nach § 151 Abs 3 ASVG kann die Tätigkeit der Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege nur auf ärztliche Anordnung erfolgen. Die Tätigkeit umfasst medizinische Leistungen und qualifizierte Pflegeleistungen, wie die Verabreichung von Injektionen, Sondenernährung, Dekubitusversorgung. Zur medizinischen Hauskrankenpflege gehören nicht die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung des Kranken. Auch bei der medizinischen Hauskrankenpflege steht die Sachleistungsgewährung im Vordergrund. Nach Paragraph 151, Absatz 2, ASVG wird die medizinische Hauskrankenpflege durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (Paragraph 12, des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes, BGBl römisch eins 1997/108) erbracht, die vom Krankenversicherungsträger beigestellt werden oder die mit dem Krankenversicherungsträger in einem Vertragsverhältnis im Sinne des Sechsten Teiles dieses Bundesgesetzes stehen oder die im Rahmen von Vertragseinrichtungen tätig sind, die medizinische Hauskrankenpflege betreiben. Nach Paragraph 151, Absatz 3, ASVG kann die Tätigkeit der Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege nur auf ärztliche

Anordnung erfolgen. Die Tätigkeit umfasst medizinische Leistungen und qualifizierte Pflegeleistungen, wie die Verabreichung von Injektionen, Sondenernährung, Dekubitusversorgung. Zur medizinischen Hauskrankenpflege gehören nicht die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung des Kranken.

Die Mitwirkung der Vertragsärzte im Bereich der medizinischen Hauskrankenpflege wurde in einer zwischen der österreichischen Ärztekammer und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger abgeschlossenen gesamtvertraglichen Vereinbarung geregelt (vgl. Scholz, Medizinische Hauskrankenpflege als krankenhausersetzende Leistung, SozSi 1993, 380 ff). Dem Vertragsarzt gebühren danach ein pauschales Betreuungshonorar und die Abgeltung gewisser Sonderleistungen (zB für das Legen einer Ernährungssonde, chirurgische Intervention, Verbandswechsel). In Erfüllung der Sachleistungsverpflichtung haben die Sozialversicherungsträger neben dieser Vereinbarung mit der Ärzteschaft auch in den Bundesländern Abmachungen mit jenen Organisationen geschlossen, die die im Zusammenhang mit der medizinischen Hauskrankenpflege benötigten pflegerischen Leistungen bieten. Aufgrund dieser Verträge kommt es zu einer Direktverrechnung zwischen dem Krankenversicherungsträger und seinen Vertragspartnern (vgl. ARD 4493/21/93 und 4364/10/92; Binder in Tomandl, SV-System 15. ErgLfg 232 [2.2.3.3.]). Die Mitwirkung der Vertragsärzte im Bereich der medizinischen Hauskrankenpflege wurde in einer zwischen der österreichischen Ärztekammer und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger abgeschlossenen gesamtvertraglichen Vereinbarung geregelt (vgl. Scholz, Medizinische Hauskrankenpflege als krankenhausersetzende Leistung, SozSi 1993, 380 ff). Dem Vertragsarzt gebühren danach ein pauschales Betreuungshonorar und die Abgeltung gewisser Sonderleistungen (zB für das Legen einer Ernährungssonde, chirurgische Intervention, Verbandswechsel). In Erfüllung der Sachleistungsverpflichtung haben die Sozialversicherungsträger neben dieser Vereinbarung mit der Ärzteschaft auch in den Bundesländern Abmachungen mit jenen Organisationen geschlossen, die die im Zusammenhang mit der medizinischen Hauskrankenpflege benötigten pflegerischen Leistungen bieten. Aufgrund dieser Verträge kommt es zu einer Direktverrechnung zwischen dem Krankenversicherungsträger und seinen Vertragspartnern (vgl. ARD 4493/21/93 und 4364/10/92; Binder in Tomandl, SV-System 15. ErgLfg 232 [2.2.3.3.]).

Ist der Krankenversicherungsträger - wie offensichtlich auch im vorliegenden Fall - nicht in der Lage, dem Versicherten die notwendigen Sachleistungen durch eigene oder Vertragserrichtungen der Krankenbehandlung zur Verfügung zu stellen, so tritt an deren Stelle die Erbringung von Geldleistungen (Kostenerstattung bzw. Kostenzuschuss). Bei der Kostenerstattung bzw. beim Kostenzuschuss hat der Versicherte die gewünschte Leistung selbst am Markt zu besorgen; die Sozialversicherung leistet dabei grundsätzlich keine Hilfestellung. Ihre Aufgabe beschränkt sich darauf, die vom Versicherten für die Inanspruchnahme von Gesundheitsgütern aufgewendeten Kosten im Nachhinein bis zu einem gewissen Höchstbetrag zu erstatten (Schrammel, Die Durchsetzung von Leistungsansprüchen in der sozialen Krankenversicherung, FS Tomandl [1998] 679 ff [680] ua; SSV-NF 10/114 ua). So räumt § 131 Abs 1 ASVG den Versicherten die Möglichkeit ein, ärztliche Hilfe nicht nur bei Vertragspartnern oder in eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger, sondern auch bei Ärzten und Einrichtungen in Anspruch zu nehmen, die in keinem Vertragsverhältnis zum leistungspflichtigen Krankenversicherungsträger stehen. Der Kostenerstattungsanspruch gemäß § 131 Abs 1 ASVG ist mit 80 % jener Aufwendungen begrenzt, die der Krankenkasse bei Inanspruchnahme eines entsprechenden Vertragspartners erwachsen wären. In den §§ 131a und 131b ASVG sind für den Fall des Fehlens vertraglicher Regelungen mit Ärzten (Dentisten) oder mit den Gruppenpraxen (§ 131a ASVG) bzw. anderen Vertragspartnern (§ 131b ASVG) Sonderregelungen über die Festsetzung der Höhe der Kostenerstattung vorgesehen. So hat der Krankenversicherungsträger bei Fehlen vertraglicher Regelungen mit Ärzten (Gesundheitseinrichtungen) dem Versicherten gemäß § 131a ASVG für die außerhalb seiner eigenen Einrichtung in Anspruch genommene Behandlung Kostenerstattung in Höhe jenes Betrages zu gewähren, der vor Eintritt des vertragslosen Zustandes bei Inanspruchnahme eines Wahlarztes zu leisten gewesen wäre. Da im vertragslosen Zustand die Versicherten grundsätzlich stärker geschont werden sollen als bei Inanspruchnahme eines Wahlarztes, ist der Sozialversicherungsträger ermächtigt, mittels Satzung eine Erhöhung der Kostenerstattung vorzusehen. Auf diese Weise ist es möglich, den Eigenanteil des Versicherten auf ein zumutbares Maß zu senken (Binder in Tomandl, SV-System aaO 226 [2.2.3.2.1.F.]). Ist der Krankenversicherungsträger - wie offensichtlich auch im vorliegenden Fall - nicht in der Lage, dem Versicherten die notwendigen Sachleistungen durch eigene oder Vertragserrichtungen der Krankenbehandlung zur Verfügung zu stellen, so tritt an deren Stelle die Erbringung von Geldleistungen (Kostenerstattung bzw. Kostenzuschuss). Bei der Kostenerstattung bzw. beim Kostenzuschuss hat der Versicherte die gewünschte Leistung selbst am Markt zu besorgen; die Sozialversicherung leistet dabei grundsätzlich keine

Hilfestellung. Ihre Aufgabe beschränkt sich darauf, die vom Versicherten für die Inanspruchnahme von Gesundheitsgütern aufgewendeten Kosten im Nachhinein bis zu einem gewissen Höchstbetrag zu erstattet (Schrammel, Die Durchsetzung von Leistungsansprüchen in der sozialen Krankenversicherung, FS Tomandl [1998] 679 ff [680] ua; SSV-NF 10/114 ua). So räumt Paragraph 131, Absatz eins, ASVG den Versicherten die Möglichkeit ein, ärztliche Hilfe nicht nur bei Vertragspartnern oder in eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger, sondern auch bei Ärzten und Einrichtungen in Anspruch zu nehmen, die in keinem Vertragsverhältnis zum leistungspflichtigen Krankenversicherungsträger stehen. Der Kostenerstattungsanspruch gemäß Paragraph 131, Absatz eins, ASVG ist mit 80 % jener Aufwendungen begrenzt, die der Krankenkasse bei Inanspruchnahme eines entsprechenden Vertragspartners erwachsen wären. In den Paragraphen 131 a und 131b ASVG sind für den Fall des Fehlens vertraglicher Regelungen mit Ärzten (Dentisten) oder mit den Gruppenpraxen (Paragraph 131 a, ASVG) bzw anderen Vertragspartnern (Paragraph 131 b, ASVG) Sonderregelungen über die Festsetzung der Höhe der Kostenerstattung vorgesehen. So hat der Krankenversicherungsträger bei Fehlen vertraglicher Regelungen mit Ärzten (Gesundheitseinrichtungen) dem Versicherten gemäß Paragraph 131 a, ASVG für die außerhalb seiner eigenen Einrichtung in Anspruch genommene Behandlung Kostenerstattung in Höhe jenes Betrages zu gewähren, der vor Eintritt des vertragslosen Zustandes bei Inanspruchnahme eines Wahlarztes zu leisten gewesen wäre. Da im vertragslosen Zustand die Versicherten grundsätzlich stärker geschont werden sollen als bei Inanspruchnahme eines Wahlarztes, ist der Sozialversicherungsträger ermächtigt, mittels Satzung eine Erhöhung der Kostenerstattung vorzusehen. Auf diese Weise ist es möglich, den Eigenanteil des Versicherten auf ein zumutbares Maß zu senken (Binder in Tomandl, SV-System aaO 226 [2.2.3.2.1.F.]).

Während somit §§ 131 und 131a ASVG bestehende oder früher bestandene Vertragstarife voraussetzen, soll § 131b ASVG dort Anwendung finden, wo mit einer Berufsgruppe noch überhaupt keine Verträge existieren bzw existierten. Die Zuschussregelung des § 131b ASVG wurde mit der 50. ASVG-Novelle eingeführt, mit welcher auch die medizinische Hauskrankenpflege als Pflichtleistung im Sozialversicherungsrecht verankert wurde (§§ 117 Z 2, 144 Abs 1 und 3, 151 ASVG sowie Parallelbestimmungen in den übrigen Sozialversicherungsgesetzen). Nach § 131b ASVG, der Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen betrifft, gilt dann, wenn andere Vertragspartner infolge Fehlens von Verträgen nicht zur Verfügung stehen, § 131a ASVG 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 festgesetzten Kostenzuschüsse zu leisten hat. Der Versicherungsträger hat das Ausmaß dieser Zuschüsse unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit und das wirtschaftliche Bedürfnis des Versicherten festzusetzen. Damit trifft § 131b ASVG Vorsorge für die Fälle, in denen für den Bereich einer Berufsgruppe noch keine Verträge bestehen und keine derartigen Verträge zustande kommen. Die Regelung eröffnet der Satzung die Möglichkeit, Kostenzuschüsse für den Versicherten unter Bedachtnahme auf dessen wirtschaftliches Bedürfnis bzw auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers festzusetzen. Hinsichtlich der Höhe des Kostenzuschusses hat der Gesetzgeber damit keine Festlegung getroffen, sondern es der Verantwortung der Versicherungsträger überlassen, die entsprechende Höhe des Kostenzuschusses satzungsmäßig festzulegen (SSV-NF 12/104 mwN). Der Verfassungsgerichtshof hat diese Regelung als ausreichend determiniert erachtet (G 24/98 ua, VfSlg 15.787); § 131b ASVG enthält daher keine formalgesetzliche Delegation. 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 versicherten Gemeinschaften 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 (VfSlg 13.133, 15.787). Nach § 38 der Satzung der beklagten Partei betreffend Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen (§ 131b ASVG) leistet die Kasse unter anderem für den Fall, dass Vertragspartner für die medizinische Hauskrankenpflege (§ 151 ASVG) auf Rechnung der Kasse nicht zur Verfügung stehen, weil Verträge nicht zustande gekommen sind, Kostenzuschüsse nach der Regelung im Anhang 6 der Satzung. Anhang 6 der Satzung regelt den Kostenzuschuss für medizinische Hauskrankenpflege durch diplomiertes Pflegepersonal in der Form, dass pauschal pro Fall und Pfl egetag, an dem medizinische Hauskrankenpflege geleistet wurde, höchstens 8,72 EUR (inkl. Wegegebühren) geleistet werden. Die dafür einschlägige Z 3. lautet in der Stammfassung der Satzung 1999 der Wiener Gebietskrankenkasse (SozSi 1999, 650 ff, Amtliche Verlautbarung Nr 70/1999): Während somit Paragraphen 131 und 131a ASVG bestehende oder früher bestandene Vertragstarife voraussetzen, soll Paragraph 131 b, ASVG dort Anwendung finden, wo mit einer Berufsgruppe noch überhaupt keine

Verträge existieren bzw existierten. Die Zuschussregelung des Paragraph 131 b, ASVG wurde mit der 50. ASVG-Novelle eingeführt, mit welcher auch die medizinische Hauskrankenpflege als Pflichtleistung im Sozialversicherungsrecht verankert wurde (Paragraphen 117, Ziffer 2,, 144 Absatz eins und 3, 151 ASVG sowie Parallelbestimmungen in den übrigen Sozialversicherungsgesetzen). Nach Paragraph 131 b, ASVG, der Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen betrifft, gilt dann, wenn andere Vertragspartner infolge Fehlens von Verträgen nicht zur Verfügung stehen, Paragraph 131 a, ASVG 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 festgesetzten Kostenzuschüsse zu leisten hat. Der Versicherungsträger hat das Ausmaß dieser Zuschüsse unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit und das wirtschaftliche Bedürfnis des Versicherten festzusetzen. Damit trifft Paragraph 131 b, ASVG Vorsorge für die Fälle, in denen für den Bereich einer Berufsgruppe noch keine Verträge bestehen und keine derartigen Verträge zustande kommen. Die Regelung eröffnet der Satzung die Möglichkeit, Kostenzuschüsse für den Versicherten unter Bedachtnahme auf dessen wirtschaftliches Bedürfnis bzw auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers festzusetzen. Hinsichtlich der Höhe des Kostenzuschusses hat der Gesetzgeber damit keine Festlegung getroffen, sondern es der Verantwortung der Versicherungsträger überlassen, die entsprechende Höhe des Kostenzuschusses satzungsmäßig festzulegen (SSV-NF 12/104 mwN). Der Verfassungsgerichtshof hat diese Regelung als ausreichend determiniert erachtet (G 24/98 ua, VfSlg 15.787); Paragraph 131 b, ASVG enthält daher keine formalgesetzliche Delegation. 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 versicherten Gemeinschaften 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 (VfSlg 13.133, 15.787). Nach Paragraph 38, der Satzung der beklagten Partei betreffend Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen (Paragraph 131 b, ASVG) leistet die Kasse unter anderem für den Fall, dass Vertragspartner für die medizinische Hauskrankenpflege (Paragraph 151, ASVG) auf Rechnung der Kasse nicht zur Verfügung stehen, weil Verträge nicht zustande gekommen sind, Kostenzuschüsse nach der Regelung im Anhang 6 der Satzung. Anhang 6 der Satzung regelt den Kostenzuschuss für medizinische Hauskrankenpflege durch diplomiertes Pflegepersonal in der Form, dass pauschal pro Fall und Pflage-tag, an dem medizinische Hauskrankenpflege geleistet wurde, höchstens 8,72 EUR (inkl. Wegegebühren) geleistet werden. Die dafür einschlägige Ziffer 3, lautet in der Stammfassung der Satzung 1999 der Wiener Gebietskrankenkasse (SozSi 1999, 650 ff, Amtliche Verlautbarung Nr 70/1999):

"Für medizinische Hauskrankenpflege durch diplomiertes Pflegepersonal
pro Fall und Pflage-tag, an dem medizinische Hauskrankenpflege
geleistet wurde höchstens 120,- S (inkl. Wegegebühren)
längstens aber für die Dauer von vier Wochen für ein und denselben
Versicherungsfall pro Pflage-tag 120,- S (inkl.
Wegegebühren)."

Diese Fassung wurde durch die nachfolgenden fünf Änderungen der Satzung 1999 nicht novelliert, sieht man von der Umstellung auf Euro-Beträge mit der 4. Änderung der Satzung 1999 ab, womit der Betrag von 120,- S auf 8,72 EUR geändert wurde.

Zur Frage, ob und inwieweit Bedenken wegen Gesetzwidrigkeit dieser Satzungsregelung bestehen, da mit dem Kostenzuschuss dem Versicherten nur ein verhältnismäßig geringfügiger Teil der Krankenbehandlungskosten ersetzt würde, ist darauf hinzuweisen, dass die Krankenversicherung nicht verpflichtet ist, dem Versicherten alle denkbaren und medizinisch möglichen Leistungen als Sachleistungen ohne Zuzahlungen zu erbringen (vgl zu der dem § 131b ASVG entsprechenden Bestimmung des § 60a B-KUVG VfGH V 70, 71/96, ZAS 2001/7, zust Kletter, ZAS 2001, 33). Der Krankenversicherungsträger ist dann aber auch bei Fehlen (gesamt)vertraglicher Regelungen nicht verpflichtet, den Kostenzuschuss so zu bemessen, dass dem Versicherten die tatsächlich entstandenen Behandlungskosten zur Gänze ersetzt werden (G 24/98 ua, VfSlg 15.787). Es ist daher verfassungsrechtlich nicht bedenklich, wenn der durch die Satzung bestimmte Kostenzuschuss nur zu einem teilweisen Ersatz der Behandlungskosten führt (10 Obs 57/03k). Zur Frage, ob und inwieweit Bedenken wegen Gesetzwidrigkeit dieser Satzungsregelung bestehen, da mit dem

Kostenzuschuss dem Versicherten nur ein verhältnismäßig geringfügiger Teil der Krankenbehandlungskosten ersetzt würde, ist darauf hinzuweisen, dass die Krankenversicherung nicht verpflichtet ist, dem Versicherten alle denkbaren und medizinisch möglichen Leistungen als Sachleistungen ohne Zuzahlungen zu erbringen vergleiche zu der dem Paragraph 131 b, ASVG entsprechenden Bestimmung des Paragraph 60 a, B-KUVG VfGH römisch fünf 70, 71/96, ZAS 2001/7, zust Kletter, ZAS 2001, 33). Der Krankenversicherungsträger ist dann aber auch bei Fehlen (gesamt)vertraglicher Regelungen nicht verpflichtet, den Kostenzuschuss so zu bemessen, dass dem Versicherten die tatsächlich entstandenen Behandlungskosten zur Gänze ersetzt werden (G 24/98 ua, VfSlg 15.787). Es ist daher verfassungsrechtlich nicht bedenklich, wenn der durch die Satzung bestimmte Kostenzuschuss nur zu einem teilweisen Ersatz der Behandlungskosten führt (10 ObS 57/03k).

Allerdings hat der Verfassungsgerichtshof in seinem Erkenntnis vom 11. 10. 1993 (VfSlg 13.571) einen Kostenzuschuss zu einem festsitzenden Zahnersatz von rund 10 % der tatsächlichen Kosten (500 S pro Zahn) als zu gering angesehen und die entsprechende Satzungsbestimmung als gesetzwidrig aufgehoben. In einem weiteren Erkenntnis vom 17. 10. 1998 (VfSlg 15.322 = SozSi 1998, 961, Kletter) hielt er in einer vergleichbaren Konstellation den mittlerweile auf 1000 S angehobenen Kostenzuschuss für unbedenklich. Im vorliegenden Fall beträgt der Kostenzuschuss 13 % der tatsächlich von der Klägerin bezahlten Kosten.

Von maßgebender Bedeutung ist für den VfGH weniger die Relation des Kostenzuschusses zu den tatsächlich aufgewendeten Kosten, sondern als Orientierungshilfe ein Vergleich mit den für vergleichbare Pflichtleistungen festgelegten Tarifen: Die finanzielle Aufwendung des Krankenversicherungsträgers für eine vergleichbare Sachleistung ist dem Kostenzuschuss gegenüberzustellen (VfSlg 15.322 = SozSi 1998, 961, Kletter).

Ein unmittelbar vergleichbarer Tarif ergibt sich aus dem von der Ärztekammer für Wien mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger abgeschlossenen Gesamtvertrag aber nicht, zumal die allenfalls vergleichbare Tätigkeit eines Vertragsarztes für Allgemeinmedizin im Wesentlichen pauschal pro Anspruchsberechtigtem und pro Quartal honoriert wird, sodass ein Vergleich mit einer einzelnen Sachleistung nicht möglich ist.

Aufgrund des Wortlauts der Satzungsbestimmung des Anhangs 6 Z 3. muss davon ausgegangen werden, dass nach dem Willen des Satzungsgebers jeder Fall der medizinischen Hauskrankenpflege von der in der Satzung festgesetzten Pauschalvergütung umfasst sein soll. Gegen eine solche Satzungsregelung bestehen jedoch Bedenken wegen Gesetzwidrigkeit, da dadurch dem Kläger im Ergebnis nur ein geringfügiger, nur wenig ins Gewicht fallender Teil (ca 13 %) seiner Krankenbehandlungskosten ersetzt würde und damit dem Kläger der gesetzliche Anspruch auf Sachleistungsgewährung im Wege des Kostenzuschusses de facto "abgeschnitten" werden würde. Wie der Verfassungsgerichtshof in seinem Erkenntnis VfSlg 13.571 ausgesprochen hat, muss ein Zuschuss (eine Kostenbeteiligung) eine bestimmte Höhe erreichen, um begrifflich noch als Zuschuss gelten zu können. Es bestehen daher im vorliegenden Fall erhebliche Bedenken gegen die Gesetzmäßigkeit der im Anhang 6 der Satzung der beklagten Partei für Leistungen der medizinischen Hauskrankenpflege vorgesehenen pauschalen Zuschussregelung. Aufgrund des Wortlauts der Satzungsbestimmung des Anhangs 6 Ziffer 3, muss davon ausgegangen werden, dass nach dem Willen des Satzungsgebers jeder Fall der medizinischen Hauskrankenpflege von der in der Satzung festgesetzten Pauschalvergütung umfasst sein soll. Gegen eine solche Satzungsregelung bestehen jedoch Bedenken wegen Gesetzwidrigkeit, da dadurch dem Kläger im Ergebnis nur ein geringfügiger, nur wenig ins Gewicht fallender Teil (ca 13 %) seiner Krankenbehandlungskosten ersetzt würde und damit dem Kläger der gesetzliche Anspruch auf Sachleistungsgewährung im Wege des Kostenzuschusses de facto "abgeschnitten" werden würde. Wie der Verfassungsgerichtshof in seinem Erkenntnis VfSlg 13.571 ausgesprochen hat, muss ein Zuschuss (eine Kostenbeteiligung) eine bestimmte Höhe erreichen, um begrifflich noch als Zuschuss gelten zu können. Es bestehen daher im vorliegenden Fall erhebliche Bedenken gegen die Gesetzmäßigkeit der im Anhang 6 der Satzung der beklagten Partei für Leistungen der medizinischen Hauskrankenpflege vorgesehenen pauschalen Zuschussregelung.

Da die Satzung der beklagten Partei als Verordnung zu qualifizieren ist (vgl VfSlg 3219, 3709, 5422, 8875 ua), sieht sich der erkennende Senat aufgrund der aufgezeigten Bedenken veranlasst, einen entsprechenden Verordnungsprüfungsantrag an den Verfassungsgerichtshof zu stellen. Da die Satzung der beklagten Partei als Verordnung zu qualifizieren ist (vergleiche VfSlg 3219, 3709, 5422, 8875 ua), sieht sich der erkennende Senat aufgrund der aufgezeigten Bedenken veranlasst, einen entsprechenden Verordnungsprüfungsantrag an den Verfassungsgerichtshof zu stellen.

Die Anordnung der Innehaltung des Verfahrens beruht auf der im Spruch zitierten Gesetzesstelle.

Anmerkung

E70161 10ObS167.03m

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:OGH0002:2003:010OBS00167.03M.0701.000

Dokumentnummer

JJT_20030701_OGH0002_010OBS00167_03M0000_000

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