jusline®
»» Recht. Schnell

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

TE OGH 2003/1/14 10ObS64/01m

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 14.01.2003

Kopf

Der Oberste Gerichtshof hat als Rekursgericht in Arbeits- und Sozialrechtssachen durch den Senatspräsidenten des Obersten Gerichtshofes Dr. Bauer als Vorsitzenden, die Hofräte des Obersten Gerichtshofes Dr. Fellinger und Dr. Schramm sowie die fachkundigen Laienrichter Eveline Umgeher (aus dem Kreis der Arbeitgeber) und Thomas Albrecht (aus dem Kreis der Arbeitnehmer) als weitere Richter in den verbundenen Sozialrechtssachen der klagenden Partei Christiane E*****, vertreten durch Dr. Max Urbanek, Rechtsanwalt in St. Pölten, gegen die beklagte Partei Niederösterreichische Gebietskrankenkasse für Arbeiter und Angestellte, Dr. Karl-Renner-Promenade 14 - 16, 3100 St. Pölten, vertreten durch Dr. Vera Kremslehner, Dr. Josef Milchram, Dr. Anton Ehm und Mag. Thomas Mödlagl, Rechtsanwälte in Wien, wegen

2.223,79 EUR (= 30.600 S) und 5.462,80 EUR (= 75.169,72 S)

(Rekursinteresse 1.779,03 EUR = 24.480 S und 1.688,82 EUR = 23.238,62

S, insgesamt 3.467,85 EUR = 47.718,62 S), über den Rekurs der

beklagten Partei gegen den Beschluss des Oberlandesgerichtes Wien als Berufungsgericht in Arbeits- und Sozialrechtssachen vom 18. September 2000, GZ 7 Rs 172/00s-34, womit über Berufung der klagenden Partei das Urteil des Landesgerichtes St. Pölten als Arbeits- und Sozialgericht vom 27. Jänner 2000, GZ 6 Cgs 163/97w-26, hinsichtlich der Abweisung eines Betrags von 3.467,85 EUR = 47.718,62 S aufgehoben wurde, in nichtöffentlicher Sitzung beschlossen und zu Recht erkannt:

Spruch

Dem Rekurs wird Folge gegeben.

Der angefochtene Beschluss wird aufgehoben und in der Sache selbst dahin zu Recht erkannt, dass das Urteil des Erstgerichts im Umfang der Abweisung von 47.718,62 S (= 3.467,85 EUR) einschließlich der Kostenentscheidung wiederhergestellt wird.

Die Klägerin wird mit ihrem Antrag, den angefochtenen Beschluss im Sinn einer Klagestattgebung abzuändern, auf diese Entscheidung verwiesen.

Die Klägerin hat ihre Kosten des Rechtsmittelverfahrens selbst zu tragen.

Der Antrag der Klägerin "auf Vorlage des Aktes an den Verfassungsgerichtshof zur Prüfung der Gesetzmäßigkeit der Verordnung und Verfassungsmäßigkeit des Gesetzes" wird zurückgewiesen.

Text

Entscheidungsgründe:

Die Klägerin ist bei der beklagten Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse krankenversichert. Ihre Töchter

Carolina und Bernadette sind anspruchsberechtigt. Sie trug die Kosten der seit 1994 in Anspruch genommenen Zahnbehandlungen ihrer beiden Töchter durch einen Wahlzahnarzt in St. Pölten und einen italienischen Zahnarzt in Italien.

Mit Bescheid vom 21. 7. 1997 sprach die beklagte Partei aus, dass anlässlich der von Bernadette (Behandlungsjahr 10/1996 bis 9/1997) und Carolina (Behandlungsjahr 6/1996 bis 5/1997) beim österreichischen Zahnarzt in Anspruch genommenen Leistungen der Zahnbehandlungen (Kieferregulierungen) ein Kostenzuschuss von jeweils

5.700 S, insgesamt somit 11.400 S gebührt und eine darüber hinausgehende Zuschussgewährung abgelehnt wird.

Mit ihrer gegen diesen Bescheid gerichteten, am 21. 8. 1997 eingebrachten Klage begehrte die Klägerin von der beklagten Partei die Zahlung von zuletzt 30.600 S sA, und zwar restliche 13.500 S für die kieferorthopädische Behandlung Carolinas vom 1. 6. 1996 bis 31. 5. 1997 und restliche 17.100 S für die kieferorthopädische Behandlung Bernadettes vom 21. 10. 1996 bis 20. 10. 1997.

Mit ihrer am 30. 10. 1997 eingebrachten Klage begehrte die Klägerin von der beklagten Partei den Ersatz der Kosten der Zahnbehandlungen ihrer Töchter zwischen 1994 und 1997 von zuletzt insgesamt 75.169,72 S. Dieser Betrag schlüsselt sich wie folgt auf:

Honorarnote vom 1. 5. 1994 restliche 80 S;

Honorarnote vom 30. 5. 1994 restliche 3.200 S;

Honorarnote vom 28. 9. 1994 restliche 11.341,60 S;

Honorarnote vom 28. 12. 1995 restliche 480 S;

Italien-Rechnungen restliche 12.347 S;

Honorarnote vom 5. 7. 1997 restliche 45.356,80 S;

Honorarnote vom 25. 9. 1996 1.080 S;

Honorarnote vom 17. 10. 1996 restliche 916,32 S

Honorarnote vom 29. 9. 1997 restliche 368 S.

Die beklagte Partei beantragte, das Klageteilbegehren von 45.356,80 S (Rest aus der Honorarnote vom 5. 7. 1997) zurückzuweisen und im Übrigen die Klagebegehren abzuweisen. Die satzungsgemäßen Leistungen für die kieferorthopädischen Behandlungen, für die es keine Tarifsätze in der Satzung gebe, habe die Beklagte in Form von Zuschüssen erbracht. Sie sei ihrer gesetzlichen Leistungsverpflichtung nachgekommen.

Das Erstgericht verband die beiden Klagen zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung. Es wies das Klageteilbegehren von 45.356,80 S (Rest aus der Honorarnote vom 5. 7. 1997) zurück, gab einem Klageteilbegehren von 480 S (Rest aus der Honorarnote vom 28. 12. 1995) statt und wies die weiteren Klagebegehren im Umfang von 59.658,28 S ab; ein Teilbegehren von 284,64 S aus der Honorarnote vom 17. 10. 1996 blieb unerledigt.

Es stellte - soweit für das Rekursverfahren noch von Bedeutung - folgenden Sachverhalt fest:

Den vom österreichischen Wahlzahnarzt lege artis erbrachten Leistungen lagen bewilligte Behandlungspläne zugrunde. Die im Einzelnen angeführten verrechneten Leistungen waren zur Beseitigung von Gesundheitsstörungen der Töchter der Klägerin notwendig, zweckmäßig und gingen über das im jeweiligen Fall notwendige Maß nicht hinaus. Das vom Wahlzahnarzt verrechnete Honorar ist angemessen.

Der 1976 geborenen Tochter Carolina fehlten zwei Zähne (Aplasie in zwei Fällen). Dadurch kippten die anderen Zähne in die vorhandenen Lücken. Dies führte zu einem Beschwerdebild, das in den Bereich der Funktionsstörung einzugliedern ist. Carolina hatte Kiefergelenksprobleme und Kiefergelenksknacken; es traten bereits neurologische Erscheinungen und Schmerzen auf. Dadurch kam es schon zu Blockaden der Halswirbelsäule. Diese als schwer zu bezeichnenden Beeinträchtigungen wären ohne die angeführten Behandlungen in Zukunft noch stärker geworden. Die Behandlung ging dahin, dass mit Hilfe der Methoden der Kieferorthopädie die bereits gekippten Zähne gerade gerichtet wurden und in die dann vorhandene Lücke ein Zahnersatz in Form eines Implantats, auf dem eine Zahnkrone befestigt wurde, eingegliedert wurde. Dieser festsitzende Zahnersatz stellt angesichts des Alters die übliche Behandlung dar.

Die 1981 geborene Bernadette litt an Kiefergelenksproblemen insbesondere beim Essen, die sich in einer sehr schmerzhaften Kaumuskulatur und einer Mundöffnungseinschränkung auf 25 mm darstellten. Die Kiefer standen zueinander in einer sehr ungünstigen Relation. Durch die Fehlstellung lagen bereits unübliche Abnützungserscheinungen der Kiefergelenksbereiche vor. Für die Behandlung waren sowohl Leistungen aus dem Gebiet der Kieferchirurgie als auch der Kieferorthopädie notwendig, um die Beseitigung der Gesundheitsstörung zu erreichen.

Eine Kiefergelenksluxation lag weder bei Carolina noch bei Bernadette

vor.

Folgende Leistungen wurden erbracht:

Für Carolina:

Honorarnote vom 1. 5. 1994 (Beilage ./E):

Leistungen:

Funktionsanalyse

3.000 S

Aufbissschiene im Rahmen einer Funktionstherapie

oder als Vorbehandlung

4.000 S

Zwischensumme

7.000 S

plus 20 % Umsatzsteuer

1.400 S

ergibt die Summe von

8.400 S.

Eine Aufbissschiene ist ein aus Kunststoff bestehender Heilbehelf, der dazu dient, durch Bisshebung die Kiefergelenke zu entlasten. Die Funktionsanalyse gehört in das allgemeine Fach der Zahnärzte und ist Voraussetzung für das Anfertigen einer Aufbissschiene. Von der Beklagten wurde die Aufbissschiene als Heilbehelf anerkannt. Unter Berücksichtigung eines Selbstbehalts von 10 % wurden der Klägerin 4.320 S für diese Honorarnote überwiesen (4.000 S minus 10 % Selbstbehalt plus 20 % Umsatzsteuer).

Honorarnote vom 28. 9. 1994 (Beilage ./F):

Leistungen:

Einschleifen des natürlichen Gebisses

60 S

Zahnfach 13:

Operative Freilegung eines retinierten Zahnes

3.900 S

kieferorthopädische Behandlung auf der Basis

festsitzender Geräte, erstes Jahr

19.000 S

Quadrant 1:

Nachbehandlung nach blutigen Eingriffen

(Tamponentfernung, Nahtentfernung, Wundbe-

handlung und Ähnliches)

89 S

Nachbehandlung nach blutigen Eingriffen

(Tamponentfernung, Nahtentfernung, Wund-

Behandlung und Ähnliches)

89 S

Zwischensumme:

23.138 S

20 % Umsatzsteuer

4.627,60 S

Summe:

27.765,00 S

Die operative Freilegung des retinierten Zahnes ist eine chirurgische Leistung, die angeführte kieferorthopädische Behandlung betrifft die Kieferregulierung. Die Nachbehandlung gehört zur Chirurgie. Die operative Freilegung des Zahnes war notwendige Voraussetzung für die kieferorthopädische Behandlung bzw die Kieferregulierung. Auf diese Rechnung wurden von der beklagten Partei 4.520 S zuzüglich 20 % Umsatzsteuer an die Klägerin bezahlt. Es handelte sich dabei um das Jahrespauschale von Juli 1994 bis Juli 1995. Die Klägerin erhielt aufgrund eines Antrags aus dem Unterstützungsfonds für diese Honorarnote zusätzlich 11.000 S ausbezahlt.

Honorarnoten für die Behandlungen in Italien zwischen 11/1995 und 2/1996 (Beilage ./13):

Der in Rechnung gestellte Betrag von 2,4 Mio Lire entspricht 15.447 S. Die diesen Rechnungen zugrunde liegenden Leistungen betreffen die kieferorthopädische Weiterbehandlung Carolinas während ihres Italienaufenthalts. Diese Behandlung war zweckmäßig und für die Beseitigung der Gesundheitsstörungen notwendig. Die Höhe der verrechneten Leistungen entspricht jener von österreichischen Ärzten. Auf diese Rechnungen zahlte die Beklagte 3.100 S, wobei es sich um eine Aliquotierung (zwei Drittel) vom Pauschalsatz von 4.650 S handelt.

Honorarnote vom 26. 9. 1996 (Beilage ./A):

Leistungen:

Kieferorthopädische Behandlung auf der

Basis festsitzender Geräte, zweites Jahr

(1. 6. 1996 bis 31. 5. 1997)

16.000 S

Umsatzsteuer

3.200 S

Gesamt:

19.200 S

Die Beklagte leistete auf diese Rechnung 5.700 S. Dieser Betrag ergibt sich aus dem Jahrestarif für das Jahr 1996 für kieferorthopädische Behandlungen in der Höhe von 4.750 S zuzüglich 20 % Umsatzsteuer.

Für Bernadette:

Honorarnote vom 30. 5. 1994 (Beilage ./12):

Leistungen:

Funktionsanalyse

3.000 S

Elektronische Axiographie inklusive

Befundung

3.000 S

Aufbissschiene im Rahmen einer Funktions-

therapie oder als Vorbehandlung

4.000 S

Zwischensumme

10.000 S

20 % Umsatzsteuer

2.000 S

Summe:

12.000 S

Die erbrachten Leistungen fallen in das Fach der Zahnheilkunde. Die Aufbissschiene ist ein Heilbehelf. Sowohl die Funktionsanalyse als auch die elektronische Axiographie inklusive Befundung waren für das Setzen der Aufbissschiene notwendig. Die Beklagte erstattete der Klägerin die Kosten der Aufbissschiene in Höhe von 4.800 S. Auf diese Honorarnote wurde aufgrund eines Antrags der Klägerin vom Unterstützungsfonds zusätzlich ein Betrag von 4.000 S gezahlt. Honorarnote vom 28. 12. 1995 (Beilage ./G): Aufbissschiene im Rahmen einer Funktionstherapie oder als Vorbehandlung (nicht mehr verfahrensgegenständlich).

Honorarnote vom 25. 9. 1996 (Beilage ./I):

Leistungen:

Studienmodelle inklusive Vermessung und

Modellanalyse

900 S

Umsatzsteuer

180 S

Gesamt

1.080 S.

Auf diese Leistungen zahlte die Beklagte nichts. Die Leistungen wurden vorgenommen, weil nach Erstellung der Aufbissschienen sich die Relationen der Kiefer zueinander wesentlich verändert hatten, weshalb ein neues Studienmodell für die darauffolgende Kieferorthopädiebehandlung erstellt, vermessen und analysiert wurde. Die vorgenommenen Leistungen gehören zur Kieferorthopädie bzw -regulierung. Dieser Behandlungsteil stellt einen unverzichtbaren Bestandteil der Gesamtbehandlung (Kieferregulierung) dar.

Honorarnote vom 17. 10. 1996 (Beilage ./C):

Leistungen:

Unterzahnfach 46

Aufbau mit Höckerdeckung

1.290 S

Umsatzsteuer

258 S

gesamt:

1.548 S

Die Beklagte erstattete die Kosten mit 631,68 S, was sich aus dem Tarif für den Aufbau mit Höckerdeckung in der Höhe von 658 S, davon 80 % zuzüglich 20 % Umsatzsteuer ergibt.

Honorarnote vom 22. 10. 1996 (Beilage ./B):

Leistungen:

Kieferorthopädische Behandlung auf der Basis

Festsitzender Geräte erstes Jahr

19.000 S

20 % Umsatzsteuer

3.800 S

Gesamtsumme:

22.800 S

Die Beklagte erstattete die Kosten mit 5.700 S. Dieser Betrag ergibt sich aus dem gültigen Tarif für die Kieferregulierung für das Jahr 1996 von 4.750 S zuzüglich 20 % Umsatzsteuer. Das Pauschale betrifft den Zeitraum 10/96 bis 10/97.

Honorarnote vom 29. 9. 1997 (Beilage ./15):

Leistung:

Aufbau mit Höckerdeckung, Lokalität 46

900 S.

Die Beklagte zahlte auf diese Honorarnote 532 S. Dieser Betrag ergibt sich aus dem Tarif Nr 9, Aufbau mit Höckerdeckung, von 665 S, davon 80 %.

In beiden Behandlungsabläufen waren Leistungen sowohl aus dem Gebiet der Kieferchirurgie als auch der Kieferorthopädie notwendig, um die Beseitigung der Gesundheitsstörung zu erreichen.

Das Erstgericht vertrat die Rechtsauffassung: Da die Bekagte die in der Satzung vorgesehenen Leistungen erbracht habe, seien die Klagebegehren, soweit sie nicht mit einem Teilbetrag von 45.356,80 S zurückzuweisen und mit einem Teilbetrag von 480 S berechtigt seien, abzuweisen.

Das Berufungsgericht hob das im Umfang des Zuspruchs von 480 S unbekämpft gebliebene erstgerichtliche Urteil, soweit es das Klageteilbegehren von 45.356,80 S zurückgewiesen hatte, als nichtig auf und wies die Klage schließlich unter Nichtigerklärung des Verfahrens in diesem Umfang zurück. Es bestätigte im Übrigen hinsichtlich der Abweisung von 11.929,66 S (Abweisung von 20 vH des Betrags von 59.648,28 S) das erstgerichtliche Urteil als Teilurteil und sprach aus, dass die Revision nicht zulässig sei. Im Übrigen hob es hinsichtlich des Betrags von 47.718,62 S das angefochtene Urteil auf und verwies die Sozialrechtssache zur ergänzenden Verhandlung und neuen Entscheidung an das Erstgericht zurück. Hiezu sprach es aus, dass der Rekurs an den Obersten Gerichtshof zulässig sei. Es führte aus, dass die allgemeinen Behandlungsgrundsätze des § 133 Abs 2 ASVG auf die Zahnbehandlung und die kieferorthopädische Behandlung anzuwenden seien, wobei eine kieferorthopädische Behandlung nur im Fall der Verhütung von schweren Gesundheitsschäden oder der notwendigen Beseitigung von berufsstörenden Verunstaltungen in § 153 Abs 1 ASVG vorgesehen sei. Der Satzungsgeber sei in § 153 ASVG ermächtigt worden, bei Zahnersatz auch im Fall der Unentbehrlichkeit dem Versicherten aufzutragen, einen Kostenbeitrag zu leisten, oder ihn unter Kostenbeteiligung des Versicherten zu gewähren. Aus einem Umkehrschluss ergebe sich, dass Versicherten bei unentbehrlicher Zahnbehandlung gemäß § 133 Abs 2 ASVG eine Kostenbeteiligung nicht auferlegt werden dürfe. Die Zahnbehandlung habe sich jedoch am "Notwendigen" zu orientieren. Der Gesetzgeber habe bei den Regelungen über die Zahnbehandlung und den Zahnersatz an die für die Krankenbehandlung getroffenen Regelungen grundsätzlich angeknüpft. Die Beklagte habe kieferorthopädische Leistungen - wie hier die Versorgung mit festsitzenden Geräten und die weiteren festgestellten Leistungen - dann zu erstatten, wenn diese Beschwerden bereits zu anderen Beschwerden oder Gesundheitsschädigungen führten oder dies zur Linderung der Beschwerden bzw Heilung bzw Verhütung schwerer psychischer Schädigungen notwendig sei. Im vorliegenden Fall ließe sich eine Dienstleistungs- und Materialkomponente bei der kieferorthopädischen Behandlung nicht trennen, sondern stehe fest, dass es der

ärztlichen Behandlung zu verdanken sei, dass die Töchter der Klägerin beschwerdefrei geworden seien, diese aber auch zu einer neurologisch-psychiatrischen Heilung der Kinder führten und der Beklagten andere Sachleistungen erspart blieben. Ob außer den kieferorthopädischen Beschwerden die von der Klägerin angegebenen neurologisch und psychiatrischen und allenfalls orthopädischen Beschwerden aus medizinischer Sicht objektiv vorgelegen seien, sei jedoch noch durch Einholung entsprechender medizinischer Fachgutachten zu prüfen. Stelle sich heraus, dass die durchgeführten Behandlungen eine Maßnahme zur Heilung und Linderung einer umfassenden Gesundheitsstörung im Sinn des § 133 Abs 2 ASVG gewesen seien, dann seien die Kosten zu ersetzen, zumal sie lege artis erbracht worden seien und das Honorar angemessen sei. Wenn die Zahnbehandlung und Kieferregulierung ein untrennbarer Bestandteil einer umfassenden Therapie zur Wiederherstellung der Gesundheit eines Versicherten sei, dann seien die Bestimmungen über die Krankenbehandlung anzuwenden und stelle sie nicht eine Leistung sui generis dar.Das Berufungsgericht hob das im Umfang des Zuspruchs von 480 S unbekämpft gebliebene erstgerichtliche Urteil, soweit es das Klageteilbegehren von 45.356,80 S zurückgewiesen hatte, als nichtig auf und wies die Klage schließlich unter Nichtigerklärung des Verfahrens in diesem Umfang zurück. Es bestätigte im Übrigen hinsichtlich der Abweisung von 11.929,66 S (Abweisung von 20 vH des Betrags von 59.648,28 S) das erstgerichtliche Urteil als Teilurteil und sprach aus, dass die Revision nicht zulässig sei. Im Übrigen hob es hinsichtlich des Betrags von 47.718,62 S das angefochtene Urteil auf und verwies die Sozialrechtssache zur ergänzenden Verhandlung und neuen Entscheidung an das Erstgericht zurück. Hiezu sprach es aus, dass der Rekurs an den Obersten Gerichtshof zulässig sei. Es führte aus, dass die allgemeinen Behandlungsgrundsätze des Paragraph 133, Absatz 2, ASVG auf die Zahnbehandlung und die kieferorthopädische Behandlung anzuwenden seien, wobei eine kieferorthopädische Behandlung nur im Fall der Verhütung von schweren Gesundheitsschäden oder der notwendigen Beseitigung von berufsstörenden Verunstaltungen in Paragraph 153, Absatz eins, ASVG vorgesehen sei. Der Satzungsgeber sei in Paragraph 153, ASVG ermächtigt worden, bei Zahnersatz auch im Fall der Unentbehrlichkeit dem Versicherten aufzutragen, einen Kostenbeitrag zu leisten, oder ihn unter Kostenbeteiligung des Versicherten zu gewähren. Aus einem Umkehrschluss ergebe sich, dass Versicherten bei unentbehrlicher Zahnbehandlung gemäß Paragraph 133, Absatz 2, ASVG eine Kostenbeteiligung nicht auferlegt werden dürfe. Die Zahnbehandlung habe sich jedoch am "Notwendigen" zu orientieren. Der Gesetzgeber habe bei den Regelungen über die Zahnbehandlung und den Zahnersatz an die für die Krankenbehandlung getroffenen Regelungen grundsätzlich angeknüpft. Die Beklagte habe kieferorthopädische Leistungen - wie hier die Versorgung mit festsitzenden Geräten und die weiteren festgestellten Leistungen - dann zu erstatten, wenn diese Beschwerden bereits zu anderen Beschwerden oder Gesundheitsschädigungen führten oder dies zur Linderung der Beschwerden bzw Heilung bzw Verhütung schwerer psychischer Schädigungen notwendig sei. Im vorliegenden Fall ließe sich eine Dienstleistungs- und Materialkomponente bei der kieferorthopädischen Behandlung nicht trennen, sondern stehe fest, dass es der ärztlichen Behandlung zu verdanken sei, dass die Töchter der Klägerin beschwerdefrei geworden seien, diese aber auch zu einer neurologisch-psychiatrischen Heilung der Kinder führten und der Beklagten andere Sachleistungen erspart blieben. Ob außer den kieferorthopädischen Beschwerden die von der Klägerin angegebenen neurologisch und psychiatrischen und allenfalls orthopädischen Beschwerden aus medizinischer Sicht objektiv vorgelegen seien, sei jedoch noch durch Einholung entsprechender medizinischer Fachgutachten zu prüfen. Stelle sich heraus, dass die durchgeführten Behandlungen eine Maßnahme zur Heilung und Linderung einer umfassenden Gesundheitsstörung im Sinn des Paragraph 133, Absatz 2, ASVG gewesen seien, dann seien die Kosten zu ersetzen, zumal sie lege artis erbracht worden seien und das Honorar angemessen sei. Wenn die Zahnbehandlung und Kieferregulierung ein untrennbarer Bestandteil einer umfassenden Therapie zur Wiederherstellung der Gesundheit eines Versicherten sei, dann seien die Bestimmungen über die Krankenbehandlung anzuwenden und stelle sie nicht eine Leistung sui generis dar.

Gegen den Aufhebungsbeschluss richtet sich der Rekurs der beklagten Partei mit dem Antrag, in Abänderung des angefochtenen Beschlusses das Klagebegehren im Umfang von 47.718,62 S abzuweisen; hilfsweise wird der Antrag gestellt, den angefochtenen Beschluss aufzuheben und die Sozialrechtssache zur ergänzenden Verhandlung und neuerlichen Entscheidung an das Berufungsgericht zurückzuverweisen. Die Klägerin beantragt, dem Rekurs der beklagten Partei nicht Folge zu geben, vielmehr den Beschluss im Sinne einer Klagestattgebung abzuändern; hilfsweise den Beschluss des Berufungsgerichtes zu bestätigen.

Die beklagte Partei steht auf dem Standpunkt, die Zahnbehandlung sei eine Leistung eigener Art, auf die die Bestimmungen der Krankenbehandlung nicht anwendbar seien. Die Erbringung der Leistungen der Zahnbehandlung und des Zahnersatzes sei in § 153 ASVG abschließend geregelt. Die Zahnbehandlung sei nach Maßgabe der Satzung zu

erbringen. Da die Leistungen eines Wahlzahnarztes in Anspruch genommen worden seien, käme nur eine Kostenerstattung oder ein Kostenzuschuss in Betracht. Kostenbeteiligung bei Sachleistungsgewährung sei ein durchgehender Grundsatz des Sozialversicherungsrechts und gelte auch für die Zahnbehandlung. Für alle durch den Wahlarzt erbrachten Leistungen seien die in der Satzung vorgesehenen Kostenerstattungen bzw Zuschüsse gezahlt worden.Die beklagte Partei steht auf dem Standpunkt, die Zahnbehandlung sei eine Leistung eigener Art, auf die die Bestimmungen der Krankenbehandlung nicht anwendbar seien. Die Erbringung der Leistungen der Zahnbehandlung und des Zahnersatzes sei in Paragraph 153, ASVG abschließend geregelt. Die Zahnbehandlung sei nach Maßgabe der Satzung zu erbringen. Da die Leistungen eines Wahlzahnarztes in Anspruch genommen worden seien, käme nur eine Kostenerstattung oder ein Kostenzuschuss in Betracht. Kostenbeteiligung bei Sachleistungsgewährung sei ein durchgehender Grundsatz des Sozialversicherungsrechts und gelte auch für die Zahnbehandlung. Für alle durch den Wahlarzt erbrachten Leistungen seien die in der Satzung vorgesehenen Kostenerstattungen bzw Zuschüsse gezahlt worden.

Rechtliche Beurteilung

Hiezu wurde erwogen:

Unabhängig von der Richtigkeit der Rechtsauffassung des Berufungsgerichts ist die Sache im Sinn der Abweisung des noch streitgegenständlichen Teilbegehrens der Erstattung restlicher 64 S für die in der Honorarnote vom 1. 5. 1994 verrechneten Leistungen (Funktionsanalyse und Aufbisschiene) spruchreif. Die Beklagte erstattete die Kosten des Heilbehelfs Aufbissschiene für die damals 18-jährige Tochter Carolina bis auf den in § 137 Abs 2 Satz 2 ASVG vorgesehenen Selbstbehalt der Klägerin von 10 vH der Kosten. Die tatsächlichen Voraussetzungen für eine Befreiung von diesem Selbstbehalt nach § 137 Abs 4 lit a zweiter Fall oder lit b ASVG sind weder festgestellt noch behauptet worden. Die Klägerin rechnete weiters nach ihrem Vortrag (ON 25, S 152) eine Zahlung der Beklagten aus dem Unterstüzungsfonds (§ 84 ASVG) von 4.000 S an. Damit sind die Kosten der Funktionsanalyse erstattet. Ein darüber hinausgehender Anspruch auf Kostenerstattung besteht demnach nicht. Es ist nicht strittig, dass die Leistungen Zahnbehandlung (§ 153 Abs 1 ASVG) und unentbehrlicher Zahnersatz (§ 153 Abs 2 ASVG) Pflichtleistungen sind, auf die der Versicherte (anspruchsberechtigte Angehörige) einen Rechtsanspruch hat (SSV-NF 13/139 mwN). Die Erstattung der Kosten für Zahnersatz sind nicht Gegenstand des Rekursverfahrens; das diesbezügliche Begehren der Klägerin (Honorarnote vom 5. 7. 1997) wurde rechtskräftig zurückgewiesen. Nach § 116 Abs 1 Z 3 ASVG trifft die Krankenversicherung Vorsorge für Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie für die Hilfe bei körperlichen Gebrechen.Unabhängig von der Richtigkeit der Rechtsauffassung des Berufungsgerichts ist die Sache im Sinn der Abweisung des noch streitgegenständlichen Teilbegehrens der Erstattung restlicher 64 S für die in der Honorarnote vom 1. 5. 1994 verrechneten Leistungen (Funktionsanalyse und Aufbisschiene) spruchreif. Die Beklagte erstattete die Kosten des Heilbehelfs Aufbissschiene für die damals 18-jährige Tochter Carolina bis auf den in Paragraph 137, Absatz 2, Satz 2 ASVG vorgesehenen Selbstbehalt der Klägerin von 10 vH der Kosten. Die tatsächlichen Voraussetzungen für eine Befreiung von diesem Selbstbehalt nach Paragraph 137, Absatz 4, Litera a, zweiter Fall oder Litera b, ASVG sind weder festgestellt noch behauptet worden. Die Klägerin rechnete weiters nach ihrem Vortrag (ON 25, S 152) eine Zahlung der Beklagten aus dem Unterstüzungsfonds (Paragraph 84, ASVG) von 4.000 S an. Damit sind die Kosten der Funktionsanalyse erstattet. Ein darüber hinausgehender Anspruch auf Kostenerstattung besteht demnach nicht. Es ist nicht strittig, dass die Leistungen Zahnbehandlung (Paragraph 153, Absatz eins, ASVG) und unentbehrlicher Zahnersatz (Paragraph 153, Absatz 2, ASVG) Pflichtleistungen sind, auf die der Versicherte (anspruchsberechtigte Angehörige) einen Rechtsanspruch hat (SSV-NF 13/139 mwN). Die Erstattung der Kosten für Zahnersatz sind nicht Gegenstand des Rekursverfahrens; das diesbezügliche Begehren der Klägerin (Honorarnote vom 5. 7. 1997) wurde rechtskräftig zurückgewiesen. Nach Paragraph 116, Absatz eins, Ziffer 3, ASVG trifft die Krankenversicherung Vorsorge für Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie für die Hilfe bei körperlichen Gebrechen.

Die Zahnbehandlung ist gemäß § 153 Abs 1 ASVG nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung zu gewähren. Als Leistungen der Zahnbehandlung kommen chirurgische Zahnbehandlung, konservierende Zahnbehandlung und Kieferregulierungen, soweit die Kieferregulierungen zur Verhütung von schweren Gesundheitsschädigungen oder zur Beseitigung von berufsstörenden Verunstaltungen notwendig sind, in Betracht. Diese Leistungen der Zahnbehandlung können in der Satzung des Versicherungsträgers von der Erfüllung einer Wartezeit abhängig gemacht werden. § 121 Abs 3 ASVG gilt entsprechend. Nach dieser Bestimmung kann der Versicherungsträger unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten über die gesetzlichen

Mindestleistungen hinausgehende Mehrleistungen innerhalb der in den folgenden Bestimmungen festgesetzten Grenzen in der Satzung vorsehen.Die Zahnbehandlung ist gemäß Paragraph 153, Absatz eins, ASVG nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung zu gewähren. Als Leistungen der Zahnbehandlung kommen chirurgische Zahnbehandlung, konservierende Zahnbehandlung und Kieferregulierungen, soweit die Kieferregulierungen zur Verhütung von schweren Gesundheitsschädigungen oder zur Beseitigung von berufsstörenden Verunstaltungen notwendig sind, in Betracht. Diese Leistungen der Zahnbehandlung können in der Satzung des Versicherungsträgers von der Erfüllung einer Wartezeit abhängig gemacht werden. Paragraph 121, Absatz 3, ASVG gilt entsprechend. Nach dieser Bestimmung kann der Versicherungsträger unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten über die gesetzlichen Mindestleistungen hinausgehende Mehrleistungen innerhalb der in den folgenden Bestimmungen festgesetzten Grenzen in der Satzung vorsehen.

Der unentbehrliche Zahnersatz kann gemäß § 153 Abs 2 ASVG unter Kostenbeteiligung des Versicherten gewährt werden. Anstelle der Sachleistung können auch Zuschüsse zu den Kosten eines Zahnersatzes geleistet werden. Das Nähere wird durch die Satzung des Versicherungsträgers bestimmt.Der unentbehrliche Zahnersatz kann gemäß Paragraph 153, Absatz 2, ASVG unter Kostenbeteiligung des Versicherten gewährt werden. Anstelle der Sachleistung können auch Zuschüsse zu den Kosten eines Zahnersatzes geleistet werden. Das Nähere wird durch die Satzung des Versicherungsträgers bestimmt.

Auch wenn somit die Zahnbehandlung als gesetzliche Pflichtleistung zu gewähren ist, ist die konkrete Ausgestaltung der Leistung den Krankenversicherungsträgern überlassen, die sie in ihren Satzungen festzulegen haben. Zahnbehandlung wird gemäß § 153 Abs 3 ASVG als Sachleistung durch Vertragsärzte, Wahlärzte, Vertragsdentisten, in Ambulatorien der Versicherungsträger oder in Vertragseinrichtungen gewährt. Insoweit Zuzahlungen zu den Leistungen der Zahnbehandlung und des Zahnersatzes vorgesehen sind, müssen diese in den Zahnambulatorien und bei den freiberuflich tätigen Vertragsfachärzten und Vertragsdentisten gleich hoch sein. In gesamtvertraglichen Vereinbarungen nicht vorgesehene Leistungen dürfen in den Zahnambulatorien nicht erbracht werden.Auch wenn somit die Zahnbehandlung als gesetzliche Pflichtleistung zu gewähren ist, ist die konkrete Ausgestaltung der Leistung den Krankenversicherungsträgern überlassen, die sie in ihren Satzungen festzulegen haben. Zahnbehandlung wird gemäß Paragraph 153, Absatz 3, ASVG als Sachleistung durch Vertragsärzte, Wahlärzte, Vertragsdentisten, in Ambulatorien der Versicherungsträger oder in Vertragseinrichtungen gewährt. Insoweit Zuzahlungen zu den Leistungen der Zahnbehandlung und des Zahnersatzes vorgesehen sind, müssen diese in den Zahnambulatorien und bei den freiberuflich tätigen Vertragsfachärzten und Vertragsdentisten gleich hoch sein. In gesamtvertraglichen Vereinbarungen nicht vorgesehene Leistungen dürfen in den Zahnambulatorien nicht erbracht werden.

Die Auffassung des Berufungsgerichts, seien Zahnbehandlung und Kieferregulierung ein untrennbarer Bestandteil einer umfassenden Therapie zur Wiederherstellung der Gesundheit eines Versicherten, dann seien darauf allein die Bestimmungen der Krankenbehandlung (§ 133 Abs 2 ASVG) anzuwenden, weil es sich in einem solchen Fall um eine den üblichen Rahmen sprengende Zahnbehandlung handle, sodass der Krankenversicherungsträger die Zahnbehandlung ohne Kostenbeteiligung des Versicherten zu gewähren habe (im Fall der Inanspruchnahme eines Wahlzahnarztes unter Bedachtnahme auf § 131 Abs 1 ASVG), hat keine gesetzliche Grundlage.§ 153 Abs 1 ASVG differenziert nicht unter diesem Gesichtspunkt. Auch eine als untrennbarer Bestandteil einer umfassenden Therapie zur Wiederherstellung der Gesundheit eines Versicherten erbrachte Zahnbehandlung ist eine Zahnbehandlung, die nach Maßgabe der diesbezüglichen Bestimmungen der Satzung zu gewähren ist. Schließlich sind Kieferregulierungen ohnehin von gesetzeswegen nur zu gewähren, soweit sie zur Verhütung von schweren Gesundheitsschädigungen oder zur Beseitigung von berufsstörenden Verunstaltungen notwendig sind. Keine Stütze findet die Auffassung des Berufungsgerichts in der von ihm genannten Entscheidung des Senats SSV-NF 12/58. Wenn dort auch ausgeführt wurde, Voraussetzung für einen über die übliche Zahnbehandlung hinausgehenden Kostenersatz sei, dass diese Kosten jedenfalls medizinisch indiziert gewesen seien, so wurde doch ausgesprochen, dass es sich um eine Zahnbehandlung nach § 153 Abs 1 ASVG handelt, und auf die Satzung des dort beklagten Krankenversicherungsträgers Bezug genommen. Festgestellt, aber auch unbestritten (ON 9, S 2 sowie im Rekurs S 4) ist, dass die Kieferregulierungen (kieferorthopädischen Behandlungen) zur Verhütung von schweren Gesundheitsstörungen der Töchter der Klägerin notwendig und damit als Maßnahme einer Heilung oder Linderung einer umfassenden Gesundheitsstörung geeignet waren. Daher bedarf es zu diesem Thema der vom Berufungsgericht für notwendig erachteten Einholung weiterer medizinischer Sachverständigengutachten aus dem Gebiet der Neurologie und Psychiatrie nicht. Auch die zu diesem

Thema ergänzend getroffenen Feststellungen des Berufungsgerichts sind aus diesem Grund unerheblich. Das Erstgericht hat die satzungsmäßigen Grundlagen seiner Entscheidung nicht genannt; das Berufungsgericht ließ diese Frage unerörtert.Die Auffassung des Berufungsgerichts, seien Zahnbehandlung und Kieferregulierung ein untrennbarer Bestandteil einer umfassenden Therapie zur Wiederherstellung der Gesundheit eines Versicherten, dann seien darauf allein die Bestimmungen der Krankenbehandlung (Paragraph 133, Absatz 2, ASVG) anzuwenden, weil es sich in einem solchen Fall um eine den üblichen Rahmen sprengende Zahnbehandlung handle, sodass der Krankenversicherungsträger die Zahnbehandlung ohne Kostenbeteiligung des Versicherten zu gewähren habe (im Fall der Inanspruchnahme eines Wahlzahnarztes unter Bedachtnahme auf Paragraph 131, Absatz eins, ASVG), hat keine gesetzliche Grundlage. Paragraph 153, Absatz eins, ASVG differenziert nicht unter diesem Gesichtspunkt. Auch eine als untrennbarer Bestandteil einer umfassenden Therapie zur Wiederherstellung der Gesundheit eines Versicherten erbrachte Zahnbehandlung ist eine Zahnbehandlung, die nach Maßgabe der diesbezüglichen Bestimmungen der Satzung zu gewähren ist. Schließlich sind Kieferregulierungen ohnehin von gesetzeswegen nur zu gewähren, soweit sie zur Verhütung von schweren Gesundheitsschädigungen oder zur Beseitigung von berufsstörenden Verunstaltungen notwendig sind. Keine Stütze findet die Auffassung des Berufungsgerichts in der von ihm genannten Entscheidung des Senats SSV-NF 12/58. Wenn dort auch ausgeführt wurde, Voraussetzung für einen über die übliche Zahnbehandlung hinausgehenden Kostenersatz sei, dass diese Kosten jedenfalls medizinisch indiziert gewesen seien, so wurde doch ausgesprochen, dass es sich um eine Zahnbehandlung nach Paragraph 153, Absatz eins, ASVG handelt, und auf die Satzung des dort beklagten Krankenversicherungsträgers Bezug genommen. Festgestellt, aber auch unbestritten (ON 9, S 2 sowie im Rekurs S 4) ist, dass die Kieferregulierungen (kieferorthopädischen Behandlungen) zur Verhütung von schweren Gesundheitsstörungen der Töchter der Klägerin notwendig und damit als Maßnahme einer Heilung oder Linderung einer umfassenden Gesundheitsstörung geeignet waren. Daher bedarf es zu diesem Thema der vom Berufungsgericht für notwendig erachteten Einholung weiterer medizinischer Sachverständigengutachten aus dem Gebiet der Neurologie und Psychiatrie nicht. Auch die zu diesem Thema ergänzend getroffenen Feststellungen des Berufungsgerichts sind aus diesem Grund unerheblich. Das Erstgericht hat die satzungsmäßigen Grundlagen seiner Entscheidung nicht genannt; das Berufungsgericht ließ diese Frage unerörtert.

Am 1. 7. 1995 trat die in der Fachzeitschrift Soziale Sicherheit 1995, Amtliche Verlautbarung Nr 60/1995, kundgemachte Satzung der Beklagten (Satzung 1995) in Kraft. Gleichzeitig wurde die bisher geltende Satzung 1982, kundgemacht in Soziale Sicherheit 1983, Amtliche Verlautbarung Nr 80/1983, in der Fassung der Änderung Soziale Sicherheit 1994, Amtliche Verlautbarung Nr 105/1994, aufgehoben (§ 49 Abs 1 Satzung 1995). Nach § 49 Abs 2 Satzung 1995 ist die aufgehobene Satzung jedoch auf eingetretene Versicherungsfälle sowie auf bereits geltend gemachte Leistungsansprüche, die vor ihrer Aufhebung verwirklicht wurden, weiterhin anzuwenden. Diese Bestimmung steht mit § 127 ASVG in Einklang, der anordnet, dass durch eine Satzungsänderung für Versicherungsfälle, die bereits eingetreten sind, die satzungsmäßige Mehrleistung erhöht, nicht aber herabgesetzt werden kann. Der Senat hat in seiner - Zahnersatz betreffenden - Entscheidung SSV-NF 11/96 = ZAS 1998, 86 unter Bezugnahme auf § 120 Abs 1 Z 1 ASVG ausgesprochen, dass bei einer Zahnbehandlung - wie bei jeder anderen Krankenbehandlung - der Versicherungsfall mit dem Zeitpunkt der Notwendigkeit der Kranken(Zahn)behandlung anzunehmen sei. Er erachtete es als sach- und normgerecht, in einem solchen Fall den Versicherungsfall - damit auch im Sinn der - mit der oben zitierten übereinstimmenden - Übergangsbestimmung der Satzung der dort beklagten Partei - mit dem faktischen Beginn der Behandlung anzusetzen. Das Abstellen auf den Beginn der Behandlungsbedürftigkeit sei nämlich nicht sachgerecht, weil es diesfalls nicht nur zu beträchtlichen Rückwirkungen alten Rechts käme, sondern es auch gegebenenfalls beweismäßig problematisch und damit letztlich auch im Ergebnis nicht befriedigend wäre. Den Eintritt des Versicherungsfalls mit dem Behandlungsbeginn gleichzusetzen, ermögliche hingegen eine klare zeitliche Abgrenzung in der Rechtsanwendung und damit für den Versicherungsträger, den betroffenen Versicherten und schließlich auch die Gerichte im Rahmen ihrer sukzessiven Zuständigkeit eine klare sachliche wie rechtliche Zuordnung.Am 1. 7. 1995 trat die in der Fachzeitschrift Soziale Sicherheit 1995, Amtliche Verlautbarung Nr 60/1995, kundgemachte Satzung der Beklagten (Satzung 1995) in Kraft. Gleichzeitig wurde die bisher geltende Satzung 1982, kundgemacht in Soziale Sicherheit 1983, Amtliche Verlautbarung Nr 80/1983, in der Fassung der Änderung Soziale Sicherheit 1994, Amtliche Verlautbarung Nr 105/1994, aufgehoben (Paragraph 49, Absatz eins, Satzung 1995). Nach Paragraph 49, Absatz 2, Satzung 1995 ist die aufgehobene Satzung jedoch auf eingetretene Versicherungsfälle sowie auf bereits geltend gemachte Leistungsansprüche, die vor ihrer Aufhebung verwirklicht wurden, weiterhin anzuwenden. Diese Bestimmung steht mit Paragraph 127, ASVG in Einklang, der anordnet, dass durch eine

Satzungsänderung für Versicherungsfälle, die bereits eingetreten sind, die satzungsmäßige Mehrleistung erhöht, nicht aber herabgesetzt werden kann. Der Senat hat in seiner - Zahnersatz betreffenden - Entscheidung SSV-NF 11/96 = ZAS 1998, 86 unter Bezugnahme auf Paragraph 120, Absatz eins, Ziffer eins, ASVG ausgesprochen, dass bei einer Zahnbehandlung - wie bei jeder anderen Krankenbehandlung - der Versicherungsfall mit dem Zeitpunkt der Notwendigkeit der Kranken(Zahn)behandlung anzunehmen sei. Er erachtete es als sach- und normgerecht, in einem solchen Fall den Versicherungsfall - damit auch im Sinn der - mit der oben zitierten übereinstimmenden - Übergangsbestimmung der Satzung der dort beklagten Partei - mit dem faktischen Beginn der Behandlung anzusetzen. Das Abstellen auf den Beginn der Behandlungsbedürftigkeit sei nämlich nicht sachgerecht, weil es diesfalls nicht nur zu beträchtlichen Rückwirkungen alten Rechts käme, sondern es auch gegebenenfalls beweismäßig problematisch und damit letztlich auch im Ergebnis nicht befriedigend wäre. Den Eintritt des Versicherungsfalls mit dem Behandlungsbeginn gleichzusetzen, ermögliche hingegen eine klare zeitliche Abgrenzung in der Rechtsanwendung und damit für den Versicherungsträger, den betroffenen Versicherten und schließlich auch die Gerichte im Rahmen ihrer sukzessiven Zuständigkeit eine klare sachliche wie rechtliche Zuordnung.

Binder, ZAS 1998, 89 f, kritisiert in seinem Kommentar zu dieser Entscheidung das Abstellen auf den Beginn der Behandlung. Für die Fälle einer chirurgischen oder konservierenden Zahnbehandlung sei - wegen ihrer Nähe zur Krankenbehandlung im Sinn des § 133 ASVG - der Versicherungsfall der Krankheit heranzuziehen und für dessen Eintritt der Zeitpunkt der Behandlungsbedürftigkeit gemäß § 120 Abs 1 Z 1 ASVG unverfälscht zugrundezulegen. Letzteres werde wohl auch für Kieferregulierungen maßgebend sein, wenn sie zur unmittelbaren Verhütung von schweren Gesundheitsschädigungen notwendig seien. Kletter, SozSi 1998, 220 ff, hingegen meint in seiner Entscheidungsbesprechung, für den Eintritt des Versicherungsfalls der Krankheit komme es grundsätzlich auf den Zeitpunkt der Behandlungsbedürftigkeit eines regelwidrigen Körper- oder Geisteszustands an. Die Definition des § 120 Abs 1 Z 1 ASVG beziehe sich ausschließlich auf den Versicherungsfall der Krankheit, für den die vorgesehenen Leistungen in § 117 Z 2 ASVG taxativ aufgezählt seien. Zahnbehandlung und Zahnersatz fielen nicht darunter. Für diese Leistungen gebe es keinen eigenen Versicherungsfall und sei der Stichtag (zur Prüfung des Vorliegens der Anspruchsvoraussetzungen) aus sämtlichen Bestimmungen über die jeweiligen Leistungsvoraussetzungen zu bestimmen, grundsätzlich mit der Inanspruchnahme oder Antragstellung.Binder, ZAS 1998, 89 f, kritisiert in seinem Kommentar zu dieser Entscheidung das Abstellen auf den Beginn der Behandlung. Für die Fälle einer chirurgischen oder konservierenden Zahnbehandlung sei - wegen ihrer Nähe zur Krankenbehandlung im Sinn des Paragraph 133, ASVG - der Versicherungsfall der Krankheit heranzuziehen und für dessen Eintritt der Zeitpunkt der Behandlungsbedürftigkeit gemäß Paragraph 120, Absatz eins, Ziffer eins, ASVG unverfälscht zugrundezulegen. Letzteres werde wohl auch für Kieferregulierungen maßgebend sein, wenn sie zur unmittelbaren Verhütung von schweren Gesundheitsschädigungen notwendig seien. Kletter, SozSi 1998, 220 ff, hingegen meint in seiner Entscheidungsbesprechung, für den Eintritt des Versicherungsfalls der Krankheit komme es grundsätzlich auf den Zeitpunkt der Behandlungsbedürftigkeit eines regelwidrigen Körper- oder Geisteszustands an. Die Definition des Paragraph 120, Absatz eins, Ziffer eins, ASVG beziehe sich ausschließlich auf den Versicherungsfall der Krankheit, für den die vorgesehenen Leistungen in Paragraph 117, Ziffer 2, ASVG taxativ aufgezählt seien. Zahnbehandlung und Zahnersatz fielen nicht darunter. Für diese Leistungen gebe es keinen eigenen Versicherungsfall und sei der Stichtag (zur Prüfung des Vorliegens der Anspruchsvoraussetzungen) aus sämtlichen Bestimmungen über die jeweiligen Leistungsvoraussetzungen zu bestimmen, grundsätzlich mit der Inanspruchnahme oder Antragstellung.

Die Kritik an der in SSV-NF 11/96 vertretenen Auffassung über den Eintritt des Versicherungsfall bei einer Zahnbehandlung zwingt im vorliegenden Fall aus den nachstehenden Gründen nicht zu einer neuerlichen Befassung mit dieser Frage.

In Bezug auf den Anspruch auf Erstattung der Kosten für die nach dem 1. 8. 1996 und im Jahr 1997 von der Tochter Bernadette in Anspruch genommenen zahnärztlichen Leistungen „Aufbau mit Höckerdeckung" ist die Frage, ob diese Zahnbehandlungen zu einem schon 1994 eingetretenen Versicherungsfall zu zählen sind, nicht von Relevanz. Denn diese Leistung der konservierenden Zahnbehandlung ist sowohl nach der Satzung 1982 (§ 32 Abs 1 lit b, § 34 iVm der Honorarordnung für die Vertragsfachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, die gemäß § 30 des Gesamtvertrags einen Bestandteil dieses Vertrags bildet [PosNr 9 des Honorartarifs für konservierend-chirurgische Zahnbehandlung]) als auch nach der Satzung 1995 (§ 32 Abs 1, § 33 Abs iVm Anhang I PosNr 9) als vertragsärztliche Leistung vorgesehen. Dem Vertragsarzt war diese Leistung nach der Honorarordnung im Jahr 1996 mit 658 S und im Jahr 1997 mit 665 S zu

vergüten. Für den Fall der Inanspruchnahme eines Wahlarztes bestimmt § 131 Abs 1 ASVG in der am 1. 8. 1996 in Kraft getretenen Fassung (§ 564 Abs 1 ASVG idF 53. Novelle zum ASVG, BGBl 1996/411), dass dem Anspruchsberechtigten der Ersatz der Kosten dieser Krankenbehandlung im Ausmaß von 80 vH des Betrags, der bei Inanspruchnahme des entsprechenden Vertragspartners des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre, gebührt. Diese Norm ist verfassungsgemäß (VfGH 18. 3. 2000, G 24/98 ua, V 38/98 ua, = VfSlg 15.787/2000 = SozSi 2000, 738). Ist dem Anspruchsberechtigten vom Krankenversicherungsträger auch Umsatzsteuer rückzuvergüten, ist sie auf den tatsächlichen Kostenersatz und nicht auf das vom Versicherten bezahlte Honorar bezogen (ausführlich 10 ObS 262/92). Der Anspruch der Klägerin auf Erstattung der gemäß Honorarnote vom 17. 10. 1996 erbrachten Leistung konnte somit nicht den ihr von der beklagten Partei bezahlten Betrag (80 vH von 658 S zuzüglich 20 % Umsatzsteuer) übersteigen. Umsätze aus der Tätigkeit als Arzt sind seit 1. 1. 1997 umsatzsteuerfrei (§ 6 Abs 1 Z 19 iVm § 29 Abs 5 UStG 1994) Demgemäß ist in der Honorarnote vom 29. 9. 1997 des Wahlarztes Umsatzsteuer nicht enthalten. 80 vH des für die Leistung vorgesehenen Vertragstarifs wurden der Beklagten von der Klägerin erstattet. Einen darüber hinausgehenden Anspruch hat die Klägerin nicht, sodass auch diese Teile des Klagebegehrens abzuweisen sind.In Bezug auf den Anspruch auf Erstattung der Kosten für die nach dem 1. 8. 1996 und im Jahr 1997 von der Tochter Bernadette in Anspruch genommenen zahnärztlichen Leistungen „Aufbau mit Höckerdeckung" ist die Frage, ob diese Zahnbehandlungen zu einem schon 1994 eingetretenen Versicherungsfall zu zählen sind, nicht von Relevanz. Denn diese Leistung der konservierenden Zahnbehandlung ist sowohl nach der Satzung 1982 (Paragraph 32, Absatz eins, Litera b,, Paragraph 34, in Verbindung mit der Honorarordnung für die Vertragsfachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, die gemäß Paragraph 30, des Gesamtvertrags einen Bestandteil dieses Vertrags bildet [PosNr 9 des Honorartarifs für konservierend-chirurgische Zahnbehandlung]) als auch nach der Satzung 1995 (Paragraph 32, Absatz eins,, Paragraph 33, Abs in Verbindung mit Anhang römisch eins PosNr 9) als vertragsärztliche Leistung vorgesehen. Dem Vertragsarzt war diese Leistung nach der Honorarordnung im Jahr 1996 mit 658 S und im Jahr 1997 mit 665 S zu vergüten. Für den Fall der Inanspruchnahme eines Wahlarztes bestimmt Paragraph 131, Absatz eins, ASVG in der am 1. 8. 1996 in Kraft getretenen Fassung (Paragraph 564, Absatz eins, ASVG in der Fassung 53. Novelle zum ASVG, BGBl 1996/411), dass dem Anspruchsberechtigten der Ersatz der Kosten dieser Krankenbehandlung im Ausmaß von 80 vH des Betrags, der bei Inanspruchnahme des entsprechenden Vertragspartners des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre, gebührt. Diese Norm ist verfassungsgemäß (VfGH 18. 3. 2000, G 24/98 ua, römisch fünf 38/98 ua, = VfSlg 15.787/2000 = SozSi 2000, 738). Ist dem Anspruchsberechtigten vom Krankenversicherungsträger auch Umsatzsteuer rückzuvergüten, ist sie auf den tatsächlichen Kostenersatz und nicht auf das vom Versicherten bezahlte Honorar bezogen (ausführlich 10 ObS 262/92). Der Anspruch der Klägerin auf Erstattung der gemäß Honorarnote vom 17. 10. 1996 erbrachten Leistung konnte somit nicht den ihr von der beklagten Partei bezahlten Betrag (80 vH von 658 S zuzüglich 20 % Umsatzsteuer) übersteigen. Umsätze aus der Tätigkeit als Arzt sind seit 1. 1. 1997 umsatzsteuerfrei (Paragraph 6, Absatz eins, Ziffer 19, in Verbindung mit Paragraph 29, Absatz 5, UStG 1994) Demgemäß ist in der Honorarnote vom 29. 9. 1997 des Wahlarztes Umsatzsteuer nicht enthalten. 80 vH des für die Leistung vorgesehenen Vertragstarifs wurden der Beklagten von der Klägerin erstattet. Einen darüber hinausgehenden Anspruch hat die Klägerin nicht, sodass auch diese Teile des Klagebegehrens abzuweisen sind.

Bei Carolina wurde die Kieferregulierung zur Abwendung bestehender Gesundheitsstörungen bereits 1994 begonnen und dauerte über den 1. 7. 1995 hinaus fort. War die kieferorthopäische Behandlungsbedürftigkeit (Kieferregulierung) nach den Feststellungen weiter gegeben, so stellen die Behandlungsmaßnahmen, denen zudem ein bewilligter Behandlungsplan zu Grunde lag, infolge ihres medizinischen Zusammenhangs einen einheitlichen Versicherungsfall dar (Binder, ZAS 1998, 90), sodass auf die Kieferregulierung die Satzung 1982 anzuwenden ist. Die Frage, ob die kieferorthopädischen Behandlungen Bernadettes einen einheitlichen Versicherungsfall bilden oder ob die erst im Oktober 1996 begonnene Kieferregulierung von den vorigen, 1994 begonnenen Behandlungen der Funktionsstörungen der Kiefer zu trennen ist, kann - wie gezeigt werden wird - auf sich beruhen. Sowohl die Satzung 1982, die in Bezug auf die Behandlungen der Töchter der Klägerin im Jahr 1994 jedenfalls anzuwenden ist, als auch die Satzung 1995 der Beklagten sehen vor, dass Kieferregulierungen von der Kasse als Sachleistung gewährt (erbracht) werden und hiebei vom Versicherten (Angehörigen) Zuzahlungen in der im Anhang festgesetzten Höhe zu entrichten sind und - insoweit

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