jusline®
»» Recht. Schnell

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

TE OGH 2002/4/30 10ObS10/01w

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 30.04.2002

Kopf

Der Oberste Gerichtshof hat als Revisionsgericht in Arbeits- und Sozialrechtssachen durch den Senatspräsidenten des Obersten Gerichtshofes Dr. Bauer als Vorsitzenden, die Hofräte des Obersten Gerichtshofes Dr. Fellinger und Dr. Hoch sowie die fachkundigen Laienrichter Dr. Peter Zeitler (aus dem Kreis der Arbeitgeber) und Dr. Herbert Stegmüller (aus dem Kreis der Arbeitnehmer) als weitere Richter in der Sozialrechtssache der klagenden Partei Gertrude M*****, vertreten durch Bernhard Krump, Rechtsanwalt in Graz, wider die beklagte Partei Steiermärkische Gebietskrankenkasse, Josef-Pongratz-Platz 1, 8011 Graz, vertreten durch Dr. Helmut

Destaller ua, Rechtsanwälte in Graz, wegen EUR 9.371,32 = S

128.952,22 sA (Revisionsstreitwert: EUR 6.998,76 = S 96.305 sA), über

die Revision der klagenden Partei gegen das Urteil des Oberlandesgerichtes Graz als Berufungsgericht in Arbeits- und Sozialrechtssachen vom 30. August 2000, GZ 7 Rs 147/00t-18, womit infolge Berufung der klagenden Partei das Urteil des Landesgerichtes für Zivilrechtssachen Graz als Arbeits- und Sozialgericht vom 18. April 2000, GZ 41 Cgs 239/99y-12, bestätigt wurde, in nichtöffentlicher Sitzung zu Recht erkannt:

Spruch

Der Revision wird teilweise Folge gegeben.

Das angefochtene Urteil, das hinsichtlich der Abweisung von S

32.647.22 = EUR 2.312,57 sA als unangefochten unberührt bleibt, wird

hinsichtlich der Abweisung von weiteren S 19.105 = EUR 1.388,42 als

Teilurteil bestätigt.

Hinsichtlich des restlichen Klagebegehrens auf Ersatz von S 77.200 = EUR 5.610,34 werden die Urteile der Vorinstanzen aufgehoben und die Sozialrechtssache zur neuerlichen Verhandlung und Entscheidung an das Erstgericht zurückverwiesen.

Die Kosten des Revisionsverfahrens sind weitere Verfahrenskosten.

Text

Entscheidungsgründe:

Im November/Dezember 1997 unterzog sich die Klägerin einer stationären Behandlung im Krankenhaus *****. Nach einem operativen Eingriff am 4. 12. 1997 traten ausgedehnte Lähmungserscheinungen im Bein- und Fußbereich auf. Daraufhin nahm die Klägerin verschiedene medizinische und ärztliche Leistungen in Anspruch. Auf die dafür bezahlten S 145.612,52 (EUR 10.582,07) erhielt sie von der Beklagten einen Kostenzuschuss von S 16.660,30 (EUR 1.210,75). Damit leistete die Beklagte ua keinen Kostenzuschuss für die - im Revisionsverfahren allein strittigen - Honorarkosten

von S 77.200 (EUR 5.610,34 für 77 Akupunkturbehandlungen im Zeitraum 6. 7. 1998 bis 8. 2. 1999 beim praktischen Arzt Dr. Deli Chen) und Fahrtkosten von S 19.105 (EUR 1.388,42 für die Fahrten der Klägerin zu Ärzten und Therapien einschließlich Parkgebühren und Kosten für Begleitpersonen [vgl AS 52]).

Dr. Deli C***** absolvierte im Rahmen seines Medizinstudiums an der medizinischen Hochschule A***** in den Jahren 1959 bis 1961 eine Ausbildung in traditioneller chinesischer Heilkunde und Akupunktur, welche er mit ausgezeichneter Beurteilung abschloss. Von Mai 1966 bis März 1988 war er im Krankenhaus der Stadt B***** in China als Facharzt für Chirurgie und Urologie und als Vorstand der urologischen Abteilung tätig und nahm dabei auch ständig Akupunkturbehandlungen vor. Im Jahr 1988 kam er nach Österreich, wo er ab 1991 für zwei Jahre als Lehrbeauftragter für Sportakupunktur und Akupressur an der Universität G***** arbeitete. Ab 1991 war er Angestellter bei Dr. Z***** und führte in dieser Zeit ebenfalls Akupunkturbehandlungen durch. Am 11. 7. 1994 erfolgte seine Nostrifizierung in G*****; mit Diplom der Österreichischen Ärztekammer vom 24. 5. 1995 wurde sein erfolgreicher Abschluss der Ausbildung in Österreich zum praktischen Arzt bestätigt. Seit Juli 1995 ist er als praktischer Arzt in G***** tätig und führt dabei ausschließlich Akupunktur- und Kräuterbehandlungen durch. Bereits im Jahr 1997 ersuchte die Beklagte Dr. C***** mit Schreiben vom 27. 6. 1997 um die Übermittlung einer Fotokopie seines Ausbildungsnachweises. Da Dr. C***** diesem Ersuchen nicht nachkam, wurde er von der Beklagten nicht in die Liste der anerkannten Akupunkteure aufgenommen. Am 15. 8. 1998 beantragte Dr. C***** bei der Österreichischen Ärztekammer die Ausstellung eines ÖÄK-Diploms für Akupunktur. Mit Schreiben vom 21. 1. 1999 wurde ihm mitgeteilt, dass er ein Diplom erst nach Ablegung einer Prüfung bei einer der in diesem Schreiben detailliert angeführten Akupunkturgesellschaften, etwa der österreichischen Gesellschaft für Akupunktur ausgestellt werden könne. Dr. C***** verfügt nach wie vor über kein Diplom der ÖÄK für die Ausübung von Akupunkturbehandlungen, weil er die von der Österreichischen Ärztekammer aufgezählten Gesellschaften zur Abnahme von Prüfungen für nicht ausreichend befähigt hält und die Ablegung der geforderten Prüfung ablehnt. Mit Bescheid vom 8. 11. 1999 anerkannte die Beklagte ihre Kostenverpflichtung im Umfang der bereits eingangs wiedergegebenen S 16.660,30 (EUR 1.210,75), lehnte jedoch einen weiteren Kostenersatz ab. Die Akupunkturbehandlung durch Dr. C***** sei nicht ersatzfähig, weil dieser nicht über die entsprechende Ausbildung (Diplom der ÖÄK) verfüge. Reisekosten würden innerhalb des Ortsgebietes nicht ersetzt. Parkgebühren und Organstrafverfügungen seien überhaupt nicht ersatzfähig.

Mit der gegen diesen Bescheid erhobenen Klage begehrte die Klägerin die Bezahlung von S 128.952,22 (EUR 9.371,32) samt Anhang als Differenz zwischen der von ihr ausgelegten Gesamtsumme von S 145.612,52 (EUR 10.582,07) und dem seitens der Beklagten bezahlten Betrag von insgesamt S 16.660,30 (EUR 1.210,75). Sämtliche Aufwendungen seien zur Behandlung notwendig und zweckmäßig gewesen. Die Operation, aus der die klagsgegenständlichen Leistungen resultierten, sei über Empfehlung der Beklagten in deren Vertragskrankenhaus ***** erfolgt. Die Klägerin habe daher wenig Vertrauen in das Institut der Beklagten und deren Vertragsärzte gehabt, weshalb sie andere Ärzte konsultiert habe. Dr. C***** sei ein weltweit anerkannter Fachmann auf dem Gebiet der Akupunktur, der in seinen Fähigkeiten jene des Chefarztes der Beklagten weit übertreffe (ON 1, 4 und 9). Wenn die Beklagte die Leistung eines Kostenersatzes von der Vorlage eines Ausbildungsnachweises der Österreichischen Ärztekammer abhängig mache, ohne inhaltlich die Qualität des behandelnden Arztes zu prüfen, stelle dies "einen Missbrauch des Rechtes" dar, weil Dr. C***** einen weit über den in der vorgesehenen Akupunkturausbildung hinausgehenden Wissensstand aufweise. Aus diesen Gründen nehme er auch an dem vorgesehenen Grundkurs in Akupunktur, der von Fachleuten ohnehin nicht anerkannt werde, nicht teil (ON 11). Mit Schriftsatz ON 6 stützte die Klägerin ihr Begehren hilfsweise - soweit ihr Leistungsanspruch gegenüber der Beklagten nicht schon aufgrund der bestehenden sozialrechtlichen Bestimmungen (ASVG oder Satzung) bestehe - auch auf das allgemeine Schuldrecht, insbesondere auf den Titel der Gewährleistung und des Schadenersatzes und stellte dazu folgende (neue) Behauptungen auf:

Den klagsgegenständlichen Heilbehandlungen und Maßnahmen liege keine schicksalhaft von der Klägerin hinzunehmende Krankheit zugrunde, sondern eine fehlerhafte Heilbehandlung im Zuge der Inanspruchnahme ärztlicher bzw medizinischer Leistungen, deren Durchführung die Beklagte angewiesen bzw verordnet habe. Die Klägerin habe vor der Unterleibsoperation am 4. 12. 1997 keinerlei neurologische Beschwerden gehabt. Diese seien erst im Zuge der Heilbehandlung verursacht worden. Die Beklagte habe für die Mängel dieser Heilbehandlung, die sie angeordnet habe, im Rahmen der gesetzlichen Gewährleistung und des Schadenersatzes einzustehen und hafte daher für sämtliche zur Regeneration der Klägerin anfallenden Kosten, sollten diese auch die Leistungsansprüche nach ASVG oder der Satzung übersteigen. Sämtliche Behandlungen seien zur zweckentsprechenden Heilung der Klägerin

notwendig und zielführend gewesen (AS 62). Die Beklagte beantragte Klagsabweisung. Sie hielt den im Bescheid vertretenen Standpunkt aufrecht und berief sich dabei auf die Urkunden Beilage ./5 und ./6, die nachstehenden Inhalt haben:

Beilage ./5:

"17-FEB-2000 14:19 HAUPTVERBAND D. ÖlSVT +43 1 71132 3782

MEDIZINISCHE UND ÖKONOMISCHE ASPEKTE,

DIE BEI DER AUFNAHME DER AKUPUNKTUR IN DIE

HONORARRECHNUNGEN ZU BERÜCKSICHTIGEN SIND

Die nachstehenden Ausführungen über die Akupunkturbehandlung basieren auf der Empfehlung des Obersten Sanitätsrates über die Anerkennung der Nadelakupunktur als wissenschaftliche Heil- bzw Behandlungsmethode.

1. Positionstext

Ein einheitlicher Positionstext sollte auf Expertenebene festgelegt werden.

2. Anwendungsbereich

Als Anwendungsbereich für die Akupunkturbehandlung kommen jene Indikationen in Frage, die vom Obersten Sanitätsrat festgelegt worden sind; daneben hat der Oberste Sanitätsrat die "Kontraindikationen" aufgelistet, bei denen eine Akupunktur keinesfalls durchgeführt werden dürfte.

3. Methode

Als Methode kommt die Nadelakupunktur in Betracht; verschiedene Weiterentwicklungen, wie zB die Laserakupunktur, sind noch nicht ausreichend wissenschaftlich untermauert. Die Akupunktur sollte mittels Stahlnadeln durchgeführt werden; Gold- oder Silbernadeln bringen hinsichtlich der therapeutischen Wirksamkeit keinen nachweisbaren Vorteil. Der Oberste Sanitätsrat empfiehlt grundsätzlich Einmalnadeln; nach Aussage der Chefärzte könnten bei sorgfältiger Sterilisation die Stahlnadeln mehrmals verwendet werden. Dazu konnte in Erfahrung gebracht werden, dass gegenwärtig von einer kasseneigenen Einrichtung bzw einem namhaften Arzt ausschließlich Stahlnadeln und diese nach sorgfältiger Sterilisation mehrmals verwendet werden.

4. Nadelausstattung

Als Grundausstattung für die Akupunkturtherapie kann mit bis zu 200 Stahl-(Einmal-)nadeln unterschiedlicher Größe gerechnet werden. Pro Patient werden durchschnittlich zwischen 16 und 20 Nadeln gesetzt (diese Angaben wurden von Institutionen gemacht, die eine Patientenfrequenz von bis zu 15 Akupunkturbehandlungen pro Tag aufweisen).

5. Zahl der Behandlungen

Eine Akupunkturtherapie wäre mit maximal 10 Sitzungen zu begrenzen. Um überhaupt einen Behandlungserfolg erzielen zu können, müssten zumindest 5 Sitzungen pro Therapie durchgeführt werden. Eine Unterschreitung der Mindestzahl (Nichterscheinen des Patienten, Unverträglichkeit) könnte sich auf die Höhe des Tarifsatzes auswirken (siehe Punkt 9).

6. Chefarztbewilligung

Jede Akupunkturbehandlung sollte vor Beginn der Therapie einer chefärztlichen Bewilligung unterliegen. Eine nachträgliche Bewilligung sollte nur mit ausführlicher medizinischer Begründung in besonders gelagerten Fällen zulässig sein.

7. Dauer einer Akupunkturbehandlung (Sitzung)

Das Setzen der Nadeln, das ausschließlich vom ausgebildeten Arzt durchgeführt werden darf, erfordert einen Zeitaufwand von durchschnittlich 5 Minuten. Anschließend muss der Patient mit den gesetzten Nadeln ca 20 Minuten im Ordinationsbereich liegen (dabei ist die Anwesenheit des Arztes nicht unbedingt erforderlich; er muss jedoch jederzeit erreichbar sein). Insgesamt errechnet sich ein durchschnittlicher Zeitaufwand für eine Sitzung von rund 30 Minuten.

8. Verlauf einer Akupunkturtherapie

Beim ersten Kontakt zwischen Arzt und Patient entscheidet der Behandler, ob eine Akupunkturbehandlung indiziert ist. Dies erfordert jedenfalls eine eingehende Anamnese und eine klinische Untersuchung, wobei bereits bei der Erstuntersuchung mit der Nadelsetzung begonnen werden sollte. In der Folge wird in der nächsten Sitzungen (mindestens 4, maximal 9) die Therapie (Nadelsetzung) durchgeführt. Zu Ende der Akupunkturtherapie sollte ein Gespräch zwischen Arzt und Patient, das jedoch nicht gesondert honoriert werden sollte, über den Erfolg bzw den Misserfolg der Therapie stattfinden.

9. Höhe des Tarifsatzes

Dazu stellen die Chefärzte fest: Eine Akupunkturtherapie sollte als globaler Vorgang angesehen werden. Die Honorierung der Erstuntersuchung (Anamnese, klinische Untersuchung) könnte aufgrund der in der Honorarordnungen dafür vorgesehenen Grundleistungspositionen (Fallpauschale bzw sonstige Grundvergütungen) erfolgen. Für die Therapie (die Nadelsetzung) selbst könnte als Honorar ein Betrag von S 500,-- bei einer Mindestzahl von 5 Sitzungen angesetzt werden. Die Höhe des vorgeschlagenen Honorares ergibt sich aus Analogien zu bisherigen Leistungen für die Akupunktur bei der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, der Honorierung von i.v. Injektionen in Niederösterreich sowie der Vergütung von Paravertebral-Infiltrationen bei der Sozialversicherungsanstalt der Bauern.

Eine gesonderte Honorierung jeder einzelner Sitzungen erscheint nicht zielführend, da dies nur sehr schwer kontrollierbar und administrierbar ist.

Für die Akupunkturtherapie ergäbe sich somit folgendes Gesamthonorar:

a) Erstuntersuchung

Behandlungspauschale,

Anamnese, klinische Untersuchung) sonstige Grundleistungsvergütungen

1. Nadelung

b) 2. bis 4. bzw 2. bis 9. Nadelung

Therapie = S 500,--

1. c)Litera c
   5. bzw 10. Nadelung inklusive

Abschlussgespräch
Es wäre noch zu klären, ob und inwieweit bei einer Unterschreitung der Mindestzahl von 5 Nadelungen bzw der Beistellung der Akupunkturnadeln im Rahmen des pro-ordinatione-Bedarfes die Höhe des Tarifes für die Therapie zu reduzieren wäre. Weiters stellt sich die Frage, wie bei der Honorierung hinsichtlich der Behandlungspauschalien vorgegangen werden soll, wenn sich eine Akupunkturtherapie über mehrere Quartale erstreckt.

10. Verrechenbarkeit

Über die zu erwartenden Frequenzen der Akupunkturbehandlung bei einem Arzt in der freien Praxis können zur Zeit keine Schätzungen vorgenommen werden. Sicher ist jedenfalls, dass eine Wiederholung einer Therapie nur angezeigt ist, wenn die Ersttherapie zu einem Behandlungserfolg geführt hat. Eine Wiederholungstherapie solle erst nach Ablauf von 6 Monaten durchgeführt werden. Daraus ergibt sich, dass pro Patient höchstens 2 Akupunkturtherapien innerhalb von 12 Monaten durchgeführt werden sollten.

11. Parallelbehandlung zur Akupunktur

Grundsätzlich sollte die gleichzeitge Verrechnung von herkömmlichen Behandlungsmethoden, die zum selben Behandlungsergebnis wie die Akupunktur führen sollen, ausgeschlossen sein. So wäre zum Beispiel bei der Behandlung von rheumatischen Beschwerden durch die Akupunktur die konventionelle Infusionstherapie nicht gleichzeitig verrechenbar. Dies gilt auch für medikamentöse Therapien.

12. Ausbildung des Arztes

Die Durchführung der Akupunktur bedarf jedenfalls einer speziellen Ausbildung des Arztes. Die Beurteilung der fachlichen Qualifikationen eines Akupunkteurs sollte in erster Linie den leitenden Chefärzten der Krankenversicherungsträger vorbehalten bleiben. In Österreich gibt es zur Zeit an den Universitäten Wien, Graz und Innsbruck Lehraufträge für die Akupunktur. Darüber hinaus wird von Prof. Bischko am Ludwig Boltzmann-Institut eine

Akupunkturausbildung angeboten, die jedoch gegenwärtig keine staatliche Anerkennung genießt. International werden rund 150 Stunden an praktischer und theoretischer Ausbildung als ausreichend angesehen; Wochenendkurse sind daher nicht geeignet. Sollte es vereinzelt vorkommen, dass diese spezielle Ausbildung im Ausland absolviert wurde, sollte die Entscheidung, ob sie den Anforderungen der sozialen Krankenversicherung entspricht, den Chefärzten vorbehalten sein.

13. Beschränkung auf einzelne Arztgruppen

Eine Beschränkung auf bestimmte Arztgruppen ist nicht sinnvoll; generell wären von einer Zulassung lediglich Fachärzte für Laboratoriumsdiagnostik und Fachärzte für Radiologie auszuschließen. Für eine Verrechnungsberechtigung sollte - neben dem Bedarf - der anerkannte Ausbildungsnachweis entscheidend sein."

Beilage ./6:

"OE Leistungswesen

Graz, 27.05.1997

Sf/Ha/Wa

P r o t o k o l l

über die 9. Gruppenleiterbesprechung

vom 22. 5. 1997

Anwesende:

Hr. S*****

Hr. J*****

Hr. P*****

Hr. L*****

Hr. S*****

Fr. L*****

Hr. H*****

Hr. O*****

Fr. S*****

Hr. P*****

Hr. B*****

Hr. P*****

Hr. E*****

Hr. P*****

Hr. F*****

Hr. S*****

Fr. G*****

Hr. S*****

Hr. G*****

Hr. T*****

Hr. H*****

Hr. W*****

Fr. H*****

Beginn: 13.00 Uhr

.....

"V" Akupunkturbehandlungen
Nach § 37 der Kassensatzung sind Kostenzuschüsse für Akupunkturbehandlungen nach der Regelung des Anhangs 6 zu leisten. Demnach muss die Nadelakupunktur nach den Kriterien, die vom Obersten Sanitätsrat anerkannt sind, erfolgen (Diplom der Österreichischen Ärztekammer-ÖAK).Nach Paragraph 37, der Kassensatzung sind Kostenzuschüsse für Akupunkturbehandlungen nach der Regelung des Anhangs 6 zu leisten. Demnach muss die Nadelakupunktur nach den Kriterien, die vom Obersten Sanitätsrat anerkannt sind, erfolgen (Diplom der Österreichischen Ärztekammer-ÖAK).
Als Beilage zu diesem Protokoll befindet sich eine aktuelle Liste jener Ärzte, die über ein ÖÄK-Akupunkturdiplom verfügen und im Sinne der Kassensatzung daher zur Durchführung derartiger Behandlungen berechtigt sind.
Scheint ein Arzt (Vertrags- oder Wahlarzt), von dem eine Rechnung bzw Honorarnote über Akupunkturbehandlungen ausgestellt wurde, in dieser Liste nicht auf, muss er seine Ausbildungsnachweise beibringen. Die bezughabenden Unterlagen sind von der WA-Stelle an die ärztliche Leitung (Herr Dr. P*****) zur Prüfung der Voraussetzungen weiterzuleiten. Erfolgt eine Anerkennung, ist die beiliegende Liste bis zur nächsten Aktualisierung vorerst händisch zu ergänzen. Der im Anhang 6 der Kassesatzung vorgesehene Kostenzuschuss von S 170,-- pro Sitzung ist in 100 %iger Höhe (ohne 20 % Abzug) anzuweisen.
Da es sich bei Akupunkturbehandlungen um außervertragliche Leistungen handelt, ist dieser Kostenzuschuss auch bei Vertragsärzten möglich. Sonstige vertragsärztliche Leistungen müssen jedoch über den KKS abgerechnet werden. Enthält eine Wahlarzthonorarnote neben Akupunkturbehandlungen auch sonstige ärztliche Leistungen (Ordinationen usw) muss bei der Anweisung wegen der 80 % Regelung eine Trennung vorgenommen werden.
Akupunkturbehandlungen sind mit der LART 11 Pos 122 ohne 20 % Abzug vorzunehmen.
.....
Soweit die Klägerin ihre Ansprüche auf Gewährleistung und Schadenersatz stützte, wendete die Beklagte ein, es liege keine Sozialrechtssache und daher unprorogable Unzuständigkeit vor. Das Erstgericht wies das Klagebegehren ab. Den eingangs wiedergegebenen Sachverhalt beurteilte es rechtlich dahin, dass die geltend gemachten (sozialrechtlichen) Ansprüche in keinem Punkt zu Recht bestünden. Auf die Frage, ob die Beklagte (hilfsweise) aus den Titeln Gewährleistung oder Schadenersatz hafte, sei nicht näher einzugehen, weil Gegenstand des vorliegenden Verfahrens lediglich die Prüfung der Forderungen auf ihre Ersatzfähigkeit nach dem ASVG bzw den für die Beklagte geltenden Kassenbestimmungen und Richtlinien sei.
Mit dem angefochtenen Urteil bestätigte das Berufungsgericht die Klagsabweisung und sprach aus, dass die Revision nach § 46 Abs 1 ASGG zulässig sei. Eine Haftung der Beklagten für eine fehlerhafte Krankenbehandlung komme nicht in Betracht, weil der Krankenversicherungsträger nur öffentlich-rechtlich verpflichtet sei, für die Krankenbehandlung des Versicherten Vorsorge zu treffen. Da die Vertragsärzte bzw Wahlärzte nicht in ein organisatorisches Gefüge des Krankenversicherungsträgers eingegliedert würden, sondern beruflich selbständig blieben, habe dieser für ärztliches Fehlverhalten nicht einzustehen. Der vor den Sozialgerichten durchsetzbare Anspruch müsse auf Versicherungsleistung gerichtet sein. Deshalb könnten Ansprüche anderer Art gemäß § 227 Abs 1 Z 2 ZPO dort nicht geltend gemacht werden. Außerdem sei nicht einmal vorgebracht worden, dass der behauptete Behandlungsfehler in einem Ambulatorium oder einer sonstigen Einrichtung der Beklagten durch einen dort angestellten Arzt geschehen sei.Mit dem angefochtenen Urteil bestätigte das Berufungsgericht die Klagsabweisung und sprach aus, dass die Revision nach Paragraph 46, Absatz eins, ASGG zulässig sei. Eine Haftung der Beklagten für eine fehlerhafte Krankenbehandlung komme nicht in Betracht, weil der Krankenversicherungsträger nur öffentlich-rechtlich verpflichtet sei, für die Krankenbehandlung des Versicherten Vorsorge zu treffen. Da die Vertragsärzte bzw Wahlärzte nicht in ein organisatorisches Gefüge des Krankenversicherungsträgers eingegliedert würden, sondern beruflich selbständig blieben, habe dieser für ärztliches Fehlverhalten nicht einzustehen. Der vor den Sozialgerichten durchsetzbare Anspruch müsse auf Versicherungsleistung gerichtet sein. Deshalb könnten Ansprüche anderer Art gemäß Paragraph 227, Absatz eins, Ziffer 2, ZPO dort nicht geltend gemacht werden. Außerdem sei nicht einmal vorgebracht worden, dass der behauptete Behandlungsfehler in einem Ambulatorium oder einer sonstigen Einrichtung der Beklagten durch

einen dort angestellten Arzt geschehen sei.
Es treffe aber auch nicht zu, dass bereits die Art der Ausbildung Dris C***** einen Kostenersatzanspruch für die erbrachten Akupunkturleistungen auslöse. Nach § 133 Abs 2 ASVG und der in § 31 Abs 5 Z 10 ASVG festgelegten Ermächtigung des Hauptverbandes, zur Erstellung von Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze für die Krankenbehandlung (RÖK) sei es nämlich zulässig, bestimmte Behandlungsmethoden an die vorherige kontrollärztliche oder chefärztliche Bewilligung des Versicherungsträgers zu binden. Um eine Kostenexplosion im Wahlarztbereich zu verhindern müsse es zu regulativen Kontrollmaßnahmen und Verrechnungsbeschränkungen - sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht - kommen. Da schon der Gesamtvertrag in seinem § 10 Abs 2 vorsehe, dass die vertragsärztliche Behandlung alle Leistungen umfasse, "die aufgrund der ärztlichen Ausbildung" durchgeführt werden können, müsse es auch zulässig sein, den Kostenersatzanspruch in Bezug auf die Ausbildung des Behandelnden an die Erfüllung gewisser Qualitätskriterien zu binden. Dass die Beurteilung der Frage, ob eine im Ausland absolvierte spezielle Ausbildung den Anforderungen der sozialen Krankenversicherung entspreche, den Chefärzten der Krankenversicherer vorbehalten werde, könne demnach weder einen Rechtsmissbrauch noch eine Fehlinterpretation positivrechtlicher Bestimmungen in Satzungen, Krankenordnungen etc darstellen. Die chefärztliche Prüfung des Nachweises eines ausreichenden Ausbildungsstandes sei daher ein taugliches Kriterium für die Ersatzfähigkeit ärztlicher Leistungen. Aus der bloßen Tatsache, dass ein Arzt aufgrund seiner Ausbildung Kenntnisse und Fähigkeiten auf einem bestimmten Fachgebiet habe und zur Vornahme der darunter fallenden Leistungen berechtigt sei, ergebe sich noch nicht die Verrechenbarkeit derselben gegenüber den Krankenversicherungsträger und letztlich auch nicht die Kostenerstattungspflicht gegenüber dem Versicherten. Im Hinblick auf die Weigerung des Dr. C*****, sich einer Überprüfung seiner fachlichen Kenntnisse in diesem Sinne zu unterziehen, bleibe für einen diesbezüglichen Ersatzanspruch der Klägerin kein Raum. Auch die Berechtigung zum Ersatz von Fahrtkosten habe das Erstgericht zutreffend verneint. Richtig sei, dass der Anspruch auf ausreichende und zweckmäßige Krankenbehandlung gemäß § 135 Abs 4 ASVG auch die notwendigen Reise(Fahrt-)kosten umfasse, die nach Maßgabe der Satzungsbestimmungen zu leisten seien, wobei es sich immer um Maximalleistungen handle. Dass die dort genannten Voraussetzungen im Gegensatz zur Rechtsmeinung der Beklagten oder des Erstgerichtes erfüllt wären, werde in der Berufung nicht einmal behauptet. Eine Interpretation dahingehend, dass die Mindestwegzeit nur für Personen gelte, die physisch zum Aufsuchen eines Arztes in der Lage wären, sei im Hinblick auf den Wortlaut der diesbezüglichen Satzungsbestimmung der Beklagten verfehlt.Es treffe aber auch nicht zu, dass bereits die Art der Ausbildung Dris C***** einen Kostenersatzanspruch für die erbrachten Akupunkturleistungen auslöse. Nach Paragraph 133, Absatz 2, ASVG und der in Paragraph 31, Absatz 5, Ziffer 10, ASVG festgelegten Ermächtigung des Hauptverbandes, zur Erstellung von Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze für die Krankenbehandlung (RÖK) sei es nämlich zulässig, bestimmte Behandlungsmethoden an die vorherige kontrollärztliche oder chefärztliche Bewilligung des Versicherungsträgers zu binden. Um eine Kostenexplosion im Wahlarztbereich zu verhindern müsse es zu regulativen Kontrollmaßnahmen und Verrechnungsbeschränkungen - sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht - kommen. Da schon der Gesamtvertrag in seinem Paragraph 10, Absatz 2, vorsehe, dass die vertragsärztliche Behandlung alle Leistungen umfasse, "die aufgrund der ärztlichen Ausbildung" durchgeführt werden können, müsse es auch zulässig sein, den Kostenersatzanspruch in Bezug auf die Ausbildung des Behandelnden an die Erfüllung gewisser Qualitätskriterien zu binden. Dass die Beurteilung der Frage, ob eine im Ausland absolvierte spezielle Ausbildung den Anforderungen der sozialen Krankenversicherung entspreche, den Chefärzten der Krankenversicherer vorbehalten werde, könne demnach weder einen Rechtsmissbrauch noch eine Fehlinterpretation positivrechtlicher Bestimmungen in Satzungen, Krankenordnungen etc darstellen. Die chefärztliche Prüfung des Nachweises eines ausreichenden Ausbildungsstandes sei daher ein taugliches Kriterium für die Ersatzfähigkeit ärztlicher Leistungen. Aus der bloßen Tatsache, dass ein Arzt aufgrund seiner Ausbildung Kenntnisse und Fähigkeiten auf einem bestimmten Fachgebiet habe und zur Vornahme der darunter fallenden Leistungen berechtigt sei, ergebe sich noch nicht die Verrechenbarkeit derselben gegenüber den Krankenversicherungsträger und letztlich auch nicht die Kostenerstattungspflicht gegenüber dem Versicherten. Im Hinblick auf die Weigerung des Dr. C*****, sich einer Überprüfung seiner fachlichen Kenntnisse in diesem Sinne zu unterziehen, bleibe für einen diesbezüglichen Ersatzanspruch der Klägerin kein Raum. Auch die Berechtigung zum Ersatz von Fahrtkosten habe das Erstgericht zutreffend verneint. Richtig sei, dass der Anspruch auf ausreichende und zweckmäßige Krankenbehandlung gemäß Paragraph 135, Absatz 4, ASVG auch die notwendigen Reise(Fahrt-)kosten umfasse, die nach Maßgabe der Satzungsbestimmungen zu leisten seien, wobei es sich immer um Maximalleistungen handle. Dass die dort genannten

Voraussetzungen im Gegensatz zur Rechtsmeinung der Beklagten oder des Erstgerichtes erfüllt wären, werde in der Berufung nicht einmal behauptet. Eine Interpretation dahingehend, dass die Mindestwegzeit nur für Personen gelte, die physisch zum Aufsuchen eines Arztes in der Lage wären, sei im Hinblick auf den Wortlaut der diesbezüglichen Satzungsbestimmung der Beklagten verfehlt.
Die Revision sei zulässig, weil der Frage, ob die chefärztliche Prüfung einer im Ausland absolvierten Ausbildung Voraussetzung für einen Kostenersatzanspruch aus der gesetzlichen Krankenversicherung sein könne, über den Einzelfall hinausgehende Bedeutung zukomme. Gegen dieses Urteil, jedoch nur insoweit, als der Zuspruch von S 96.305 (EUR 6.998,76) - das sind S 77.200 (EUR 5.610,34) für die Akupunkturbehandlungen Dris. C***** und S 19.105 (EUR 1.388,42) für Fahrtkosten der Klägerin - abgewiesen wurde, richtet sich die Revision der Klägerin aus dem Grund der unrichtigen rechtlichen Beurteilung mit dem Antrag, die erstinstanzliche Entscheidung im angefochtenen Umfang dahin abzuändern, dass dem Klagebegehren stattgegeben werde; hilfsweise wird ein Aufhebungsantrag gestellt. Die Beklagte beantragt, der Revision nicht Folge zu geben.

Rechtliche Beurteilung

Die Revision ist zulässig und teilweise berechtigt. Soweit die Klägerin die im Revisionsverfahren noch aufrecht erhaltenen Ansprüche darauf stützt, es stehe ihr deshalb voller Kostenersatz zu, weil der gegenständlichen Krankenbehandlung nicht ein "schicksalhaftes Krankheitsereignis" zugrunde liege, gegen dessen Folgen sie sozialversichert sei, sondern eine "fehlerhafte ASVG-Krankenbehandlung" durch "Erfüllungsgehilfen" der Beklagten, ist zunächst Folgendes festzuhalten:

Gegenstand der vorliegenden beim Landesgericht für Zivilrechtssachen Graz "als Arbeits- und Sozialgericht" eingebrachten Klage war nicht ein auf "Gewährleistung und Schadenersatz" gestützter Anspruch auf "vollen Kostenersatz" der bezahlten Arzthonorare (S 4 und 5 der Revision) - für den dem angerufenen Gerichtshof schon die Wertzuständigkeit fehlte - sondern ein ausdrücklich "aufgrund der bestehenden gesetzlichen Sozialversicherung nach ASVG" bei der beklagten Gebietskrankenkasse geltend gemachter Anspruch auf Kostenerstattung, den diese mit dem angefochtenen Bescheid vom 8. 11. 1999 nur teilweise zuerkannt hat, während das Mehrbegehren abgewiesen wurde (S 4 und 5 der Klage). Nur insoweit war der eingeklagte Kostenersatzanspruch als sozialrechtlicher Anspruch in der vorliegenden Sozialrechtssache zu untersuchen.

Auf die Frage, ob die Vorinstanzen (im Ergebnis) zu Recht nicht mit den mit Schriftsatz ON 6 hilfsweise ("so weit ein Leistungsanspruch der Klägerin gegenüber der Beklagten nicht schon aufgrund der sozialrechtlichen Bestimmungen besteht") geltend gemachten Gewährleistungs- und Schadenersatzansprüche der Klägerin befasst haben, ist aber - derzeit - nicht nur deshalb nicht weiter einzugehen, weil ihrem Hauptbegehren - wie noch zu zeigen sein wird - dem Grunde nach ohnehin (teilweise) Berechtigung zukommt, sondern auch aus folgenden Überlegungen:

Die Klägerin hat ihr diesbezügliches - nachträglich gestelltes - Eventualbegehren ausdrücklich auf einen anderen Rechtsgrund, und zwar auf das allgemeine Schuldrecht, insbesondere auf den Titel der Gewährleistung und des Schadenersatzes gestützt und dazu neue rechtserzeugende Tatsachen vorgebracht (ON 6 letzter Absatz). Es lag daher eine Klageänderung vor (RIS-Justiz RS0039393; RZ 1993/2), deren Zulässigkeit iSd § 235 Abs 2 und 3 ZPO im derzeitigen Verfahrensstadium jedoch nicht überprüft werden kann, weil die Vorinstanzen darüber noch nicht entschieden haben. Die Beklagte hat in ihrer Replik auf dieses nachträgliche Eventualvorbringen die Einrede der "unprorogablen sachlichen Unzuständigkeit" erhoben (ON 7), sodass es jedenfalls an der Einwilligung des Gegners zur Klageänderung fehlt. Darüber, ob ihre Zulassung - auch im Hinblick auf die fehlende Wertzuständigkeit des angerufenen Gerichtshofes erster Instanz (Streitwert: S 128.952,22 [EUR 9.371,32] sA) - überhaupt in Betracht kommt, wird noch zu entscheiden sein. Zu prüfen ist aber der im Hauptbegehren enthaltene und im Revisionsverfahren weiterhin strittige sozialrechtliche Anspruch der Klägerin.Die Klägerin hat ihr diesbezügliches - nachträglich gestelltes - Eventualbegehren ausdrücklich auf einen anderen Rechtsgrund, und zwar auf das allgemeine Schuldrecht, insbesondere auf den Titel der Gewährleistung und des Schadenersatzes gestützt und dazu neue rechtserzeugende Tatsachen vorgebracht (ON 6 letzter Absatz). Es lag daher eine Klageänderung vor (RIS-Justiz RS0039393; RZ 1993/2), deren Zulässigkeit iSd Paragraph 235, Absatz 2 und 3 ZPO im derzeitigen Verfahrensstadium jedoch nicht überprüft werden kann, weil die Vorinstanzen darüber noch nicht entschieden haben. Die Beklagte hat in ihrer Replik auf dieses nachträgliche Eventualvorbringen die Einrede der "unprorogablen sachlichen Unzuständigkeit" erhoben (ON 7), sodass es jedenfalls an der Einwilligung des Gegners zur Klageänderung fehlt. Darüber, ob ihre Zulassung - auch im Hinblick auf die fehlende Wertzuständigkeit des angerufenen Gerichtshofes erster Instanz (Streitwert: S 128.952,22 [EUR 9.371,32] sA) -

überhaupt in Betracht kommt, wird noch zu entscheiden sein. Zu prüfen ist aber der im Hauptbegehren enthaltene und im Revisionsverfahren weiterhin strittige sozialrechtliche Anspruch der Klägerin.

Was die Kosten für die Akupunkturbehandlung betrifft, macht die Revisionswerberin geltend, dass ihr Ersatzanspruch aus äußerst formalistischen Überlegungen abgelehnt worden sei. Sie gesteht zwar zu, dass die Qualifikationen des behandelnden Arztes im Bereich der Akupunktur gegenüber der Beklagten "nicht vorgewiesen" wurden. Diese seien jedoch ohnehin "für alle - auch für die Beklagte" zweifelsfrei festgestanden. Eine formale chefärztliche Beurteilung sei daher entbehrlich. Wenn in der Gruppenleiterbesprechung vom 22. 5. 1997 beschlossen wurde, nur Akupunkteure mit ÖÄK-Diplom zu honorieren, sei dies gegenüber der Klägerin nicht verbindlich. Die chefärztliche Genehmigung hätte durch das Gericht ersetzt werden können. Die Klägerin habe daher gemäß § 37 der Satzung der Beklagten Anspruch auf zumindest 80 vH von S 165,30 je Akupunkturbehandlung. Diesen Ausführungen kommt Berechtigung zu.Was die Kosten für die Akupunkturbehandlung betrifft, macht die Revisionswerberin geltend, dass ihr Ersatzanspruch aus äußerst formalistischen Überlegungen abgelehnt worden sei. Sie gesteht zwar zu, dass die Qualifikationen des behandelnden Arztes im Bereich der Akupunktur gegenüber der Beklagten "nicht vorgewiesen" wurden. Diese seien jedoch ohnehin "für alle - auch für die Beklagte" zweifelsfrei festgestanden. Eine formale chefärztliche Beurteilung sei daher entbehrlich. Wenn in der Gruppenleiterbesprechung vom 22. 5. 1997 beschlossen wurde, nur Akupunkteure mit ÖÄK-Diplom zu honorieren, sei dies gegenüber der Klägerin nicht verbindlich. Die chefärztliche Genehmigung hätte durch das Gericht ersetzt werden können. Die Klägerin habe daher gemäß Paragraph 37, der Satzung der Beklagten Anspruch auf zumindest 80 vH von S 165,30 je Akupunkturbehandlung. Diesen Ausführungen kommt Berechtigung zu.

In § 133 Abs 2 ASVG wird als Maßstab festgelegt, dass die Krankenbehandlung ausreichend und zweckmäßig sein muss, jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten darf. Diese Bestimmung legt den Umfang des Krankenbehandlungsanspruches fest, den der Versicherte in concreto bei Vorliegen eines behandlungsbedürftigen Leidens gegen die Krankenversicherung geltend machen kann. Die Beschränkung des Leistungsumfanges auf das Maß des Notwendigen enthält auch das Gebot der Wirtschaftlichkeit der Krankenbehandlung, das vor allem in den Richtlinien des Hauptverbandes sowie durch die Judikatur näher konkretisiert wird (10 ObS 315/00x). Die in der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze finden sich daher in ähnlicher Weise auch in den vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger verlautbarten aktuellen Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung gemäß § 31 Abs 5 Z 10 ASVG (im Folgenden kurz: RÖK), SozSi, Amtliche Verlautbarung Nr 40/1996. Diese Richtlinien sind nach dem Gesetz für die Vertragspartner (§§ 338 ff ASVG) verbindlich und es sind in ihnen jene Behandlungsmethoden anzuführen, die entweder allgemein oder unter bestimmten Voraussetzungen (zB für die gewissen Krankheitsgruppen) erst nach einer chef- oder kontrollärztlichen Bewilligung des Versicherungsträgers anzuwenden sind. Wenn der Chefarzt die Bewilligung verweigert hat der Versicherte dagegen kein Rechtsmittel. Er hat aber jedenfalls die Möglichkeit sich die begehrten medizinischen Leistungen und qualifizierten Pflegeleistungen privat zu verschaffen und Kostenersatz zu begehren. Weigert sich der Krankenversicherungsträger, Kostenersatz zu leisten, kann der Versicherte eine Leistungsklage vor dem Sozialgericht einbringen. Das Gericht hat dann selbständig zu prüfen, ob diese Leistungen notwendig waren, ohne dabei in irgendeiner Weise an die Stellungnahme des Chefarztes gebunden zu sein (10 Ob 315/00x mwN). Im hier zu beurteilenden Fall geht es aber nicht um eine durch den Chefarzt verweigerte Bewilligung der Akupunkturbehandlung. Die beklagte Partei gesteht nämlich zu, dass sie gemäß § 131b ASVG in den Fällen, in denen noch keine Verträge für eine Berufsgruppe bestehen, den Versicherten die in der Satzung festgelegten Kostenzuschüsse zu leisten habe, und hält dem Begehren der Klägerin auf Ersatz der Akupunkturbehandlungskosten lediglich entgegen, dass nach der Satzung ein Anspruch auf Kostenerstattung nur dann gebühre, wenn der betreffende Arzt über eine entsprechende Ausbildung verfüge; erforderlich sei ein Diplom der österreichischen Ärztekammer. Diese Ansicht findet in den anzuwendenden generellen Normen jedoch keine Deckung.In Paragraph 133, Absatz 2, ASVG wird als Maßstab festgelegt, dass die Krankenbehandlung ausreichend und zweckmäßig sein muss, jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten darf. Diese Bestimmung legt den Umfang des Krankenbehandlungsanspruches fest, den der Versicherte in concreto bei Vorliegen eines behandlungsbedürftigen Leidens gegen die Krankenversicherung geltend machen kann. Die Beschränkung des Leistungsumfanges auf das Maß des Notwendigen enthält auch das Gebot der Wirtschaftlichkeit der Krankenbehandlung, das vor allem in den Richtlinien des Hauptverbandes sowie durch die Judikatur näher konkretisiert wird (10 ObS 315/00x). Die in der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze finden sich daher in ähnlicher Weise auch in den vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger verlautbarten aktuellen Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung gemäß

Paragraph 31, Absatz 5, Ziffer 10, ASVG (im Folgenden kurz: RÖK), SozSi, Amtliche Verlautbarung Nr 40/1996. Diese Richtlinien sind nach dem Gesetz für die Vertragspartner (Paragraphen 338, ff ASVG) verbindlich und es sind in ihnen jene Behandlungsmethoden anzuführen, die entweder allgemein oder unter bestimmten Voraussetzungen (zB für die gewissen Krankheitsgruppen) erst nach einer chef- oder kontrollärztlichen Bewilligung des Versicherungsträgers anzuwenden sind. Wenn der Chefarzt die Bewilligung verweigert hat der Versicherte dagegen kein Rechtsmittel. Er hat aber jedenfalls die Möglichkeit sich die begehrten medizinischen Leistungen und qualifizierten Pflegeleistungen privat zu verschaffen und Kostenersatz zu begehren. Weigert sich der Krankenversicherungsträger, Kostenersatz zu leisten, kann der Versicherte eine Leistungsklage vor dem Sozialgericht einbringen. Das Gericht hat dann selbständig zu prüfen, ob diese Leistungen notwendig waren, ohne dabei in irgendeiner Weise an die Stellungnahme des Chefarztes gebunden zu sein (10 Ob 315/00x mwN). Im hier zu beurteilenden Fall geht es aber nicht um eine durch den Chefarzt verweigerte Bewilligung der Akupunkturbehandlung. Die beklagte Partei gesteht nämlich zu, dass sie gemäß Paragraph 131 b, ASVG in den Fällen, in denen noch keine Verträge für eine Berufsgruppe bestehen, den Versicherten die in der Satzung festgelegten Kostenzuschüsse zu leisten habe, und hält dem Begehren der Klägerin auf Ersatz der Akupunkturbehandlungskosten lediglich entgegen, dass nach der Satzung ein Anspruch auf Kostenerstattung nur dann gebühre, wenn der betreffende Arzt über eine entsprechende Ausbildung verfüge; erforderlich sei ein Diplom der österreichischen Ärztekammer. Diese Ansicht findet in den anzuwendenden generellen Normen jedoch keine Deckung.

Die bis zum 30. 6. 1999 anzuwendende Fassung der Satzung 1995 der Beklagten lautet dazu wie folgt:

"Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen

§ 37.Paragraph 37,

Stehen Vertragspartner für ...

Aktupunkturbehandlungen ...

auf Rechnung der Kasse nicht zur Verfügung, weil Verträge nicht zustande gekommen sind, leistet die Kasse nach Vorlage der saldierten Honorarnote Kostenzuschüsse nach der Regelung im Anhang 6 zur Satzung."

Anhang 6 der Satzung regelt den Kostenersatz für Akupunkturbehandlungen wie folgt:

"6. Akupunkturbehandlungen, je Sitzung 80 % des Betrages von S 165,30.

Pro Fall und Quartal werden Kostenzuschüsse maximal für 10 Sitzungen unter folgenden Voraussetzungen gewährt.

a) Die Nadelakupunktur muss nach Kriterien erfolgen, die vom Obersten Sanitätsrat anerkannt sind.

b) Über die erbrachten Akupunkturbehandlungen sind solche Aufzeichnungen zu führen, dass für die Kasse nachvollziehbar ist, ob die Indikationen des Obersten Sanitätsrates vorliegen. Die Diagnose muss den Indikationen entsprechen.

c) Die Akupunkturbehandlung darf nicht durch Fachärzte für Augenheilkunde und Optometrie, Fachärzte für Dermatologie, Fachärzte für Laboriumsdiagnostik und Fachärzte für Radiologie erfolgen.

1. d)Litera d
   Die Akupunktur muss ausschließlich mit Einmalnadeln erfolgen.
2. e)Litera e
   Das Setzen der Nadeln darf ausschließlich vom ausgebildeten Arzt durchgeführt werden. Während die Nadeln gesetzt sind, muss der Arzt erreichbar sein.
   f) Die gleichzeitige Anwendung von herkömmlichen Anwendungsmethoden, die zum selben Ergebnis wie die Akupunktur führen sollen, ist grundsätzlich ausgeschlossen. Dies gilt auch für die medikamentöse Therapie."

Dass die Voraussetzungen nach lit b) - d) und f) dieser Bestimmung nicht erfüllt wären, hat die beklagte Partei gar nicht behauptet. Sie leitet den Leistungsausschluss - wie auch in der Revisionsbeantwortung festgehalten ist - ausdrücklich aus der lit a) bzw e) ab, wonach die Nadelakupunktur ausschließlich von ausgebildeten Ärzten nach Kriterien durchgeführt werden muss, die vom Obersten Sanitätsrat (OSR) anerkannt sind.Dass die Voraussetzungen nach Litera b,) - d) und f) dieser Bestimmung nicht erfüllt wären, hat die beklagte Partei gar nicht behauptet. Sie leitet den Leistungsausschluss - wie auch in der Revisionsbeantwortung festgehalten ist - ausdrücklich aus der Litera a,) bzw e) ab, wonach die Nadelakupunktur ausschließlich von ausgebildeten Ärzten nach Kriterien durchgeführt werden muss,

die vom Obersten Sanitätsrat (OSR) anerkannt sind.
Diese Kriterien wurden im Erlass des Bundeskanzleramtes vom 9. 6. 1987, Zl. 20.030/11-VI/A/3/87, betreffend die Anerkennung der Nadelakunpunkturbehandlung als wissenschaftlich anerkannte Heilmethode, allen Landeshauptmännern und Landessanitätsdirektoren durch Übernahme eines in der 173. Vollversammlung des OSR am 11. 10. 1986 einstimmig angenommenen Referats (zu den Fragen ob die Akupunktur eine wissenschaftlich anerkannte Heilmethode ist und ob sie nur von Ärzten angewendet werden darf) zur Kenntnis gebracht (Mitteilungen der österr. Sanitätsverwaltung 1988/9, 311 ff;
auszugsweise abgedruckt auch in Kux ua, Komm zum ÄrzteG³, 348 ff [Anh

20]; vgl - auch zur Rechtsgrundlage des OSR -10 ObS 382/98v = SSV-NF

13/65 = RdW 1999, 805 = SozSi 2000, 132 [Kletter]). Die darin

abgegebene "generelle Stellungnahme" enthält im Abschnitt VIII folgende Ergebnisseabgegebene "generelle Stellungnahme" enthält im Abschnitt römisch VIII folgende Ergebnisse:
"Die vom OSR gestellten Fragen sind wie folgt zu beantworten:

1. Die Wirksamkeit der Akupunktur lässt sich beschränkt auf das Gebiet der Analgesie objektiv dokumentieren.
2. Die Methode der Akupunkturbehandlung kann beschränkt auf besonders angeführte Gruppen von Erkrankungen der Knochen, Gelenke und Weichteile - dem rheumatischen Formenkreis im weiteren Sinne entsprechend - als wissenschaftlich anerkannte Heilungsmethode bezeichnet werden.
3. Die Akupunkturbehandlung darf nur von entsprechend ausgebildeten Ärzten angewendet werden. Die erforderliche Ausbildungsordnung (theoretische Kurse, Anzahl der unter Anleitung durchgeführten Behandlungen, Abschlussprüfung) ist zu erlassen."

Den Empfehlungen des Obersten Sanitätsrates ist daher im Abschnitt VIII Punkt 3 des zitierten Beschlusses des OSR zu der hier strittigen Frage (Qualifikation des Akupunkteurs) zwar die Forderung zu entnehmen, dass die Akupunkturbehandlung nur von entsprechend ausgebildeten Ärzten angewendet werden darf (Kux aaO 350), wobei die erforderliche Ausbildungsordnung (theoretische Kurse, Anzahl der unter Anleitung durchgeführten Behandlungen, Abschlussprüfung) noch zu erlassen sei (Mitteilungen der österr. Sanitätsverwaltung 1988/9, 315); eine Anordnung, wonach etwa dann, wenn diese Ausbildung im Ausland absolviert wurde, die Entscheidung, ob sie den Anforderungen der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht, den Chefärzten vorbehalten sein sollte, findet sich darin jedoch nicht. Dr. C*****, der die Ausbildung in Akupunktur nicht nur im Rahmen seines Medizinstudiums an einer Hochschule in China mit ausgezeichnetem Erfolg abschlossen hat, sondern auch in Österreich mehrere Jahre an einer Universität als Lehrbeauftragter für Sportakupunktur tätig war, ist als ein für die Akupunkturbehandlung "entsprechend ausgebildeter" Arzt iSd des oa Beschlusses des OSR anzusehen. Damit sind aber auch die in § 37 bzw in Anhang 6 Punkt 6. lit a) und e) der Satzung normierten Voraussetzungen, wonach die Nadelakupunktur ausschließlich vom ausgebildeten Arzt nach vom OSR anerkannten Kriterien durchgeführt werden darf, erfüllt. Weitere Kriterien sehen die anzuwendenden allgemeinen Normen nicht vor und müssen daher auch nicht geprüft werden. Dass das Protokoll der Gruppenleiterbesprechung der Beklagten vom 22. 5. 1997 bzw Pkt 12. der (offenbar) vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger zusammengestellten „Aspekte", die bei der Aufnahme der Akupunktur in die Honorarordnungen zu berücksichtigen sind, zusätzliche Voraussetzungen (Chefarztbeurteilung bei Nichtvorliegen eines ÖÄK-Zeugnisses) enthalten, vermag daran nichts zu ändern, weil diese nicht Gegenstand des Beschlusses des OSR sind, auf den allein Anhang 6 der der Satzung der beklagten Partei Bezug nimmt. Nach Anhang 6 Punkt 6. Satz 1 und 2 der Satzung stünde der Klägerin zwar - wie sie in ihrer Revision selbst einräumt - ein Kostenersatz von 80 % des Betrages von S 165,30 = EUR 12,01 je Sitzung zu, dies allerdings nur für maximal zehn Sitzungen pro Quartal. Was die festgestellten 77 Akupunkturbehandlungen im Zeitraum vom 6. 7. 1998 bis 8. 2. 1999 (drei Quartale) betrifft, kann derzeit aber noch nicht gesagt werden, ob tatsächlich jeweils mindestens zehn Sitzungen pro Quartal durchgeführt wurden. Erst wenn auch dazu Feststellungen getroffen wurden, wird über den Kostenersatzanspruch endgültig zu entscheiden sein.Den Empfehlungen des Obersten Sanitätsrates ist daher im Abschnitt römisch VIII Punkt 3 des zitierten Beschlusses des OSR zu der hier strittigen Frage (Qualifikation des Akupunkteurs) zwar die Forderung zu entnehmen, dass die Akupunkturbehandlung nur von entsprechend ausgebildeten Ärzten angewendet werden darf (Kux aaO 350), wobei die erforderliche Ausbildungsordnung (theoretische Kurse, Anzahl der unter Anleitung durchgeführten Behandlungen, Abschlussprüfung) noch zu erlassen sei (Mitteilungen der österr. Sanitätsverwaltung

1988/9, 315); eine Anordnung, wonach etwa dann, wenn diese Ausbildung im Ausland absolviert wurde, die Entscheidung, ob sie den Anforderungen der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht, den Chefärzten vorbehalten sein sollte, findet sich darin jedoch nicht. Dr. C*****, der die Ausbildung in Akupunktur nicht nur im Rahmen seines Medizinstudiums an einer Hochschule in China mit ausgezeichnetem Erfolg abschlossen hat, sondern auch in Österreich mehrere Jahre an einer Universität als Lehrbeauftragter für Sportakupunktur tätig war, ist als ein für die Akupunkturbehandlung "entsprechend ausgebildeter" Arzt iSd des oa Beschlusses des OSR anzusehen. Damit sind aber auch die in Paragraph 37, bzw in Anhang 6 Punkt 6. Litera a,) und e) der Satzung normierten Voraussetzungen, wonach die Nadelakupunktur ausschließlich vom ausgebildeten Arzt nach vom OSR anerkannten Kriterien durchgeführt werden darf, erfüllt. Weitere Kriterien sehen die anzuwendenden allgemeinen Normen nicht vor und müssen daher auch nicht geprüft werden. Dass das Protokoll der Gruppenleiterbesprechung der Beklagten vom 22. 5. 1997 bzw Pkt 12. der (offenbar) vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger zusammengestellten „Aspekte", die bei der Aufnahme der Akupunktur in die Honorarordnungen zu berücksichtigen sind, zusätzliche Voraussetzungen (Chefarztbeurteilung bei Nichtvorliegen eines ÖÄK-Zeugnisses) enthalten, vermag daran nichts zu ändern, weil diese nicht Gegenstand des Beschlusses des OSR sind, auf den allein Anhang 6 der der Satzung der beklagten Partei Bezug nimmt. Nach Anhang 6 Punkt 6. Satz 1 und 2 der Satzung stünde der Klägerin zwar - wie sie in ihrer Revision selbst einräumt - ein Kostenersatz von 80 % des Betrages von S 165,30 = EUR 12,01 je Sitzung zu, dies allerdings nur für maximal zehn Sitzungen pro Quartal. Was die festgestellten 77 Akupunkturbehandlungen im Zeitraum vom 6. 7. 1998 bis 8. 2. 1999 (drei Quartale) betrifft, kann derzeit aber noch nicht gesagt werden, ob tatsächlich jeweils mindestens zehn Sitzungen pro Quartal durchgeführt wurden. Erst wenn auch dazu Feststellungen getroffen wurden, wird über den Kostenersatzanspruch endgültig zu entscheiden sein.
Anderes gilt für die Fahrtkosten einschließlich der Kosten für eine Begleitperson und die Parkkosten. Insoweit hält die Revision daran fest, der in § 42 Abs 5 der Satzung der Beklagten bestehende allgemeine Ausschluss von Fahrtkostenersatz gelte nicht für Kranke, die infolge ihrer Krankheit befördert werden müssten. Dem vermag sich der erkennende Senat nicht anzuschließen.Anderes gilt für die Fahrtkosten einschließlich der Kosten für eine Begleitperson und die Parkkosten. Insoweit hält die Revision daran fest, der in Paragraph 42, Absatz 5, der Satzung der Beklagten bestehende allgemeine Ausschluss von Fahrtkostenersatz gelte nicht für Kranke, die infolge ihrer Krankheit befördert werden müssten. Dem vermag sich der erkennende Senat nicht anzuschließen.
In der Satzung der Beklagten ist der Ersatz für Fahrtkosten wie folgt
geregelt:
"§ 42 Abs 3"§ 42 Absatz 3,
Für die Ermittlung des Reise-(Fahrt-)kostenersatzes ist die Entfernung vom Wohnort zum nächst erreichbaren Vertragspartner desselben Fachgebietes bzw der nächst gelegenen medizinischen Einrichtung heranzuziehen.
...
Abs 5Absatz 5,
Die Kasse ersetzt keine Reise(Fahrt)kosten

1. 1.Ziffer eins
   für Fahrten innerhalb des Ortsgebietes oder
2. 2.Ziffer 2
   wenn die Entfernung zwischen Wohnort und Behandlungsstelle (Abs 3) 20 km nicht übersteigtwenn die Entfernung zwischen Wohnort und Behandlungsstelle (Absatz 3,) 20 km nicht übersteigt.

Abs 6

Bei Inanspruchnahme eines Wahlarztes (eines Wahldentisten, einer

Wahleinrichtung) oder eines Wahlpartners zur Erbringung von

Leistungen, die der ärztlichen Hilfe gleich gestellt sind, gelten die

Absätze 1 bis 5 mit der Einschränkung, dass Reise- und Fahrtkosten

höchstens mit dem Betrag ersetzt werden, der bei Inanspruchnahme

- des nächst erreichbaren Vertragsarztes (des nächst erreichbaren

Vertragsdentisten) bzw

- der nächst erreichbaren eigenen Einrichtung oder

Vertragseinrichtung bzw

- des nächst erreichbaren sonst in Betracht kommenden

Vertragspartners zu ersetzen gewesen wäre."

Bei der Festsetzung des Ausmaßes des Kostenersatzes ist nach § 135

Abs 4 ASVG auf die örtlichen Verhältnisse und auf den den

Versicherten ... bei Benützung des billigsten öffentlichen

Verkehrsmittels erwachsenden Reisekostenaufwand Bedacht zu nehmen.

Dazu hat der erkennende Senat bereits ausgesprochen, dass § 42 Abs 5 Z 2 der Satzung der NÖ Gebietskrankenkasse sowohl auf die örtlichen Verhältnisse als auch auf den durchschnittlich jedermann zumutbaren Reisekostenaufwand Bedacht nimmt, indem ein für eine Fahrtstrecke bis zu 20 km entstehender Aufwand als zumutbar nicht ersatzfähig ist. Damit sei gesetzeskonform auch auf die soziale Komponente, nämlich die durchschnittliche Leistungsfähigkeit von Versicherten Bedacht genommen worden (SSV-NF 12/117 = RIS-Justiz RS0110597 = ARD 5001/15/99). Demgemäß ist auch die Satzungsbestimmung der Beklagten, wonach für Fahrten innerhalb des Ortsgebietes, bzw wenn die Entfernung zwischen Wohnort und Behandlungsstelle 20 km nicht übersteigt, keine Reise-(Fahrt-)kosten ersetzt werden, unbedenklich. Dafür, dass diese Regelung auf die Fahrtkosten der Klägerin nicht anzuwenden sei, "weil sie selbst kein Fahrzeug benützen könne" bestehen keinerlei Anhaltspunkte Dass aber die Entfernung ihres Wohnortes vom Ort der Behandlung 20 km nicht übersteigt, stellt die Klägerin nicht in Frage.Dazu hat der erkennende Senat bereits ausgesprochen, dass Paragraph 42, Absatz 5, Ziffer 2, der Satzung der NÖ Gebietskrankenkasse sowohl auf die örtlichen Verhältnisse als auch auf den durchschnittlich jedermann zumutbaren Reisekostenaufwand Bedacht nimmt, indem ein für eine Fahrtstrecke bis zu 20 km entstehender Aufwand als zumutbar nicht ersatzfähig ist. Damit sei gesetzeskonform auch auf die soziale Komponente, nämlich die durchschnittliche Leistungsfähigkeit von Versicherten Bedacht genommen worden (SSV-NF 12/117 = RIS-Justiz

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