jusline®
»» Recht. Schnell

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

TE OGH 1992/5/26 10ObS292/91 (10ObS293/91, 10ObS294/91, 10Obs295/91, 10ObS296/91)

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 26.05.1992

Kopf

Der Oberste Gerichtshof hat als Revisionsgericht in Arbeits- und Sozialrechtssachen durch den Senatspräsidenten des Obersten Gerichtshofes Dr.Resch als Vorsitzenden, die Hofräte des Obersten Gerichtshofes Mag.Engelmaier und Dr.Ehmayr als weitere Richter sowie die fachkundigen Laienrichter Dr.Karl Heinz Kux (aus dem Kreis der Arbeitgeber) und Franz Eckner (aus dem Kreis der Arbeitnehmer) in der Sozialrechtssache der klagenden Parteien 1.) Maria H*****, Angestellte, ***** 2.) Bernd S*****, Techniker, *****

3.) Siegfried K*****, Angestellter, ***** 4.) Alois E*****, Angestellter, ***** und 5.) Josefine M*****, alle vertreten durch Dr.Gerald Kopp, Rechtsanwalt in Salzburg, wider die beklagte Partei Salzburger Gebietskrankenkasse, 5020 Salzburg, Faberstraße 19-23, vertreten durch Dr.Robert Galler, Rechtsanwalt in Salzburg, wegen Kostenerstattung (verbundener Streitwert S 3.642,60), infolge Revision der klagenden Parteien gegen das Urteil des Oberlandesgerichtes Linz als Berufungsgerichtes in Arbeits- und Sozialrechtssachen vom 2.Juli 1991, GZ 13 Rs 59-63/91-20, womit infolge Berufung der klagenden Parteien das Urteil des Landesgerichtes Salzburg als Arbeits- und Sozialgerichtes vom 16. Jänner 1991, GZ 20 Cgs 120/90-14, teils bestätigt, teils abgeändert wurde, in nichtöffentlicher Sitzung zu Recht erkannt:

Spruch

Der Revision wird nicht Folge gegeben.

Die beklagte Partei ist schuldig, den Klägern die mit S 1.084,80 bestimmten Revisionskosten (darin enthalten S 180,80 Umsatzsteuer) binnen 14 Tagen bei Exekution zu ersetzen.

Text

Entscheidungsgründe:

Dem Facharzt für innere Medizin UnivDoz.Dr.P***** B***** wurde mit Bescheid des Amtes der Salzburger Landesregierung vom 29.7.1988 die Bewilligung zur Errichtung einer privaten Krankenanstalt in der Betriebsform eines selbständigen Ambulatoriums im Sinne des § 2 Abs 1 Z 7 der Salzburger Krankenanstaltenordnung 1975, LGBl 97, idF LGBl 62/1988, zur Durchführung von speziellen Untersuchungen für kardiologische Diagnostik mit dem Standort Salzburg, ***** erteilt. Mit weiterem Bescheid des Amtes der Salzburger Landesregierung vom 3.11.1989 wurde die Standortverlegung nach Salzburg, ***** bewilligt; gleichzeitig wurde auch die Bewilligung zum Betrieb der privaten Krankenanstalt in der Betriebsform eines selbständigen Ambulatoriums mit der Bezeichnung "Ambulatorium für Herz-Kreislauf-Diagnostik" erteilt. Die Bestellung des UnivDoz.Dr.B***** zum ärztlichen Leiter der gegenständlichen Krankenanstalt und eines weiteren Facharztes für innere Medizin zum ärztlichen Stellvertreter wurden gleichzeitig

genehmigt. Mit einem weiteren Bescheid vom 22.2.1990 wurde die Anstaltsordnung genehmigt. In diesem Ambulatorium werden vor allem nachstehende Untersuchungen durchgeführt: Langzeit-EKG, Echokardiographie, Ergometrie und EKG.

Alle fünf Kläger haben in dem Ambulatorium ärztliche Hilfe in Anspruch genommen und von der beklagten Salzburger Gebietskrankenkasse die Erstattung der dafür aufgewendeten Kosten begehrt.

Die beklagte Partei ersetzte den Klägern die Aufwendungen für die einzelnen Untersuchungen aber jeweils nur im Umfang des Ambulanz-Pauschales von je S 470 zuzüglich 10 % Umsatzsteuer, somit S 517 als pauschalierten Satz für die entsprechenden Leistungen der Ambulanzen der medizinischen Abteilungen der Landeskrankenanstalten, während die Anträge der Kläger auf Erstattung der Differenzbeträge in Höhe der Klagsbeträge mit Bescheiden vom 23. und 24.7.1990 abgewiesen wurden.

Gegen diese Bescheide erhoben die Kläger rechtzeitig Klage mit dem Begehren auf volle Erstattung der aufgewendeten Kosten nach den für Einzelleistungen der Vertragsfachärzte für innere Medizin bzw medizinisch-diagnostische Untersuchungsanstalten geltenden Tarifen, weil dies die "entsprechenden Vertragspartner" des Versicherungsträgers im Sinne des § 131 Abs 1 ASVG seien. Das beim Drittkläger durchgeführte Langzeit-EKG werde überhaupt nur im Krankenhaus der B***** *****rüder*****rugger*****rugger kein Vertragsverhältnis besteht. An der kardiologischen Ambulanz der Landeskrankenanstalt Salzburg werden ebensolche Untersuchungen durchgeführt wie im Ambulatorium des Dr.B*****, doch müssen die Patienten derzeit mit 2 - 4 Wochen Wartezeit für Untersuchungen an der kardiologischen Ambulanz rechnen. Niedergelassene Fachärzte der internen Medizin nehmen folgende kardiologische Untersuchungen vor:

Anamnese, klinische Untersuchung, Labor, EKG, Belastungs-EKG, Echokardiographie, Doppler-Echokardiographie, 24-Stunden-EKG, 24-Stunden-Blutdruckmonitoring und Thoraxröntgen. Eine immer alle Teiluntersuchungen einschließende Abklärung ist nicht zielführend, sie hat sich vielmehr nach den jweiligen Erfordernissen zu richten. Daraus ergeben sich auch bei den Fachärzten verschieden lange Wartezeiten. Bei akuten Fällen besteht keine Wartezeit, dh die Patienten werden unverzüglich untersucht. Ist die Herzsymptomatik stabil, kann einem Patienten ohne weiteres eine Wartezeit von einigen Tagen zugemutet werden. Bei langfristig - etwa über die Dauer eines halben Jahres oder eines Jahres - vereinbarten Kontrollen kann es durchaus sein, daß der Patient nach seiner Anmeldung auch 10 - 14 Tage warten muß, wogegen allerdings kein medizinischer Einwand besteht.

Rechtlich führte das Erstgericht aus, § 131 Abs 1 ASVG räume den Versicherten die Möglichkeit ein, ärztliche Hilfe nicht nur bei Vertragspartnern oder in eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger, sondern auch bei Ärzten und Einrichtungen in Anspruch zu nehmen, die in keinem Vertragsverhältnis zur beklagten Partei stehen. In diesem Fall hätten die Versicherten nur Anspruch auf Kostenersatz in Höhe des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre. Eine Ausnahme von dieser Kostenerstattungsregelung gelte nur bei ärztlicher Hilfe nach Unfällen und plötzlichen Erkrankungen, deren Vorliegen aber von den Klägern nicht behauptet wurde. Für die in der privaten Krankenanstalt des Dr.B***** in Anspruch genommene ärztliche Hilfe gebühre daher nur Kostenersatz in der Höhe des Betrages, den der Versicherungsträger bei Inanspruchnahme anderer Vertragskrankenanstalten aufzuwenden habe, das sei das mit den Landeskrankenanstalten vereinbarte Ambulanzpauschale von S 470 zuzüglich Umsatzsteuer. Die Anwendung der Tarife für Fachärzte komme nicht in Betracht, weil diese nur für niedergelassene Fachärzte gelten würden.

Das Berufungsgericht gab den Berufungen - mit Ausnahme eines gegenüber dem Drittkläger anerkannten Teilbetrages - keine Folge und sprach aus, daß die Revision zulässig ist. Rechtsgrundlage für den vorliegenden Fall sei § 131 Abs 1 ASVG. Nehme der Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) des Versicherungsträgers zur Erbringung der Sachleistungen der Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe) in Anspruch, so gebühre ihm der Ersatz der Kosten einer anderweitigen Krankenbehandlung in der Höhe des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre. Werde die Vergütung für die Tätigkeit des entsprechenden Vertragspartners nicht nach den erbrachten Einzelleistungen bestimmt, habe die Satzung des Versicherungsträgers Pauschbeträge für die Kostenerstattung festzusetzen. § 27 Abs 2 der Satzung der beklagten Partei räume den Versicherten das Recht ein, einen Wahlarzt (eine Wahleinrichtung) in Anspruch zu nehmen. Wahlarzt sei ein Arzt, der zur Kasse in keinem Vertragsverhältnis stehe. Werde vom Versicherten eine Wahleinrichtung in

Anspruch genommen, würden Kosten bis zu jener Höhe erstattet, die in einer entsprechenden Vertragseinrichtung entstanden wären. Sei eine entsprechende Vertragseinrichtung nicht vorhanden, seien zur Bemessung der Höhe der Kostenerstattung die Bestimmungen der Absätze 3 und 4 (Inanspruchnahme von Fachärzten) sinngemäß anzuwenden. Als Wahleinrichtung gelte auch die Ambulanz einer Krankenanstalt, mit der keine vertragliche Vereinbarung über ambulante Leistungen bestehe. Dr.B***** betreibe ein selbständiges Ambulatorium im Sinne des § 2 Abs 1 Z 7 der Salzburger Krankenanstaltenordnung, somit eine Krankenanstalt. Die "entsprechende Vertragseinrichtung" sei daher eine öffentliche oder private Krankenanstalt, mit der eine vertragliche Vereinbarung über die entsprechenden Leistungen bestehe. Entgegen den Berufungsausführungen gebe es "entsprechende Vertragseinrichtungen" im Sinne des § 27 Abs 5 der Satzung, nämlich die Ambulanzen der medizinischen Abteilungen der Krankenanstalten, mit denen die beklagte Partei vertragliche Vereinbarungen über die ambulant zu erbringenden ärztlichen Leistungen habe. Nach diesen Vereinbarungen würden diese Leistungen von der beklagten Partei mit dem sogenannten Ambulanzpauschale entlohnt. Eine Anwendung der Bestimmungen (§ 27 Abs 3 und 4 der Satzung) über die Honorierung bei Inanspruchnahme eines Wahlarztes gemäß § 27 Abs 5 der Satzung wegen Fehlens entsprechender Vertragseinrichtungen komme daher nicht in Betracht.

Auch die übrigen Argumente der Kläger, mit denen sie zu begründen versuchten, daß die dem Ambulatorium des Dr.B***** entsprechenden Vertragspartner niedergelassene Internisten seien und sie daher Anspruch auf Kostenerstattung für die erbrachten Einzelleistungen im Umfang der Tarife für Fachärzte hätten, seien nicht stichhältig. Ein privates Ambulatorium sei nach Auffassung der Kläger deshalb eher mit einem niedergelassenen Facharzt vergleichbar als mit der Ambulanz einer öffentlichen Krankenanstalt, weil es kostendeckend arbeiten müsse, nicht auf öffentliche Mittel zurückgreifen könne und auch nicht ein Teil seiner Aufwendungen für ambulante Leistungen durch Einnahmen aus dem stationären Betrieb abgedeckt werden könne. Wenn nur das nicht kostendeckende Ambulanzpauschale erstattet werde, würde damit das Konzept des Wahlärztesystems faktisch beseitigt, was auch im Hinblick auf die Verpflichtung der Gebietskrankenkasse, für ausreichende ärztliche Hilfe vorzusorgen, problematisch sei. Wenn die beklagte Partei dieser Verpflichtung schon nicht durch Abschluß eines Vertrags nachkomme, dürfe nach Ansicht der Kläger wenigstens kostenmäßig keine Benachteiligung der Patienten eintreten, die durch Inanspruchnahme von Wahleinrichtungen längere Wartezeiten bei Vertragsärzten und Vertragseinrichtungen vermeiden wollten. Diesen Argumenten hielt das Berufungsgericht entgegen: Es sei für den Umfang der Kostenerstattung ohne Belang, daß niedergelassene Ärzte oder Privatambulatorien im Gegensatz zu öffentlichen Krankenanstalten ohne öffentliche Mittel das Auslangen finden müßten, weil nach § 150 ASVG auch bei der notwendigen Anstaltspflege in einer nicht öffentlichen Krankenanstalt nur jene Kosten zu ersetzen seien, die in der nächstgelegenen öffentlichen Krankenanstalt erwachsen wären. Von einer Beseitigung des Konzepts der Wahlfreiheit durch Beschränkung der Kostenerstattung für Leistungen in einem privaten Ambulatorium auf das Ambulanzpauschale könne so lange keine Rede sein, als ausreichend Vertragsärzte und Vertragseinrichtungen zur Verfügung stünden, was wohl nicht ernsthaft in Zweifel gezogen werden könne. Deshalb sei auch eine Gefährdung des Bereitstellungsauftrages der beklagten Partei auszuschließen. Daß der typische Inhalt der Tätigkeit des Ambulatoriums des Dr.B***** eher dem einer Spitalsambulanz als dem eines niedergelassenen Internisten entspreche, hätten die Kläger selbst eingeräumt. Eine Kostenerstattung habe daher nur in dem Umfang stattzufinden, als der beklagten Partei Kosten durch Inanspruchnahme einer Spitalsambulanz erwachsen wären. Dieses Ambulanzpauschale hätten die Kläger aber ohnehin schon ersetzt erhalten.

Gegen dieses Urteil richtet sich die Revision der Kläger aus den Revisionsgründen der Mangelhaftigkeit des Berufungsverfahrens und der unrichtigen rechtlichen Beurteilung mit dem Antrag, das angefochtene Urteil im Sinne einer Stattgebung sämtlicher Klagebegehren abzuändern; hilfsweise wird ein Aufhebungsantrag gestellt.

Die beklagte Partei beantragte, der Revision nicht Folge zu geben.

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

Unter dem Revisionsgrund der Mangelhaftigkeit des Berufungsverfahrens rügen die Kläger das Fehlen einer Feststellung, daß in Salzburg ein weiteres privates selbständiges Ambulatorium für Herz- und Kreislaufdiagnostik, mit dem die beklagte Partei einen Vertrag abgeschlossen hat, nicht existiere; dies sei für die Prüfung der Frage, ob ein entsprechender Vertragspartner gemäß § 131 ASVG in Salzburg vorhanden sei, von Bedeutung. Mit diesen Ausführungen werden aber keine Verfahrensmängel, sondern der rechtlichen Beurteilung zuzuordnende Feststellungsmängel geltend gemacht.

In ihrer Rechtsrüge legen die Kläger dar, daß der Wortlaut des§ 131 ASVG nichts darüber aussage, ob die Betriebsform das einzige Kriterium für die Ermittlung des "entsprechenden Vertragspartners" sei. Als entsprechender Vertragspartner würde zunächst ein privates selbständiges Ambulatorium für Herz- und Kreislaufdiagnostik in Frage kommen, mit dem die beklagte Partei einen Vertrag abgeschlossen hat. Ein solches existiere nicht. Andere entsprechende Vertragspartner könnten entweder die niedergelassenen Fachärzte (Internisten) oder die Ambulanzen der öffentlichen und privaten Krankenhäuser sein, mit denen Ambulanzverträge bestehen. Das Krankenanstaltenrecht unterscheide zwischen allgemeinen Krankenanstalten, die regelmäßig auch ambulante Behandlungen durchführen, und selbständigen Ambulatorien (§ 2 Abs 1 Z 1 und 7 KAO). Nach § 5 Abs 1 lit a KAO sei außerdem anläßlich der Bedarfsprüfung im Rahmen des Verfahrens zur Bewilligung der Errichtung einer Krankenanstalt nur bei der geplanten Einrichtung eines selbständigen Ambulatoriums auf die facheinschlägig niedergelassenen praktischen Ärzte und Fachärzte Bedacht zu nehmen (ähnlich § 339 ASVG für selbständige Ambulatorien von Trägern der Krankenversicherung). Diese Bestimmung zeige, daß selbständige Ambulatorien zu den niedergelassenen Ärzten in Konkurrenz treten und diese daher vor übermäßiger Konkurrenz durch solche Ambulatorien, nicht aber sonstige Krankenanstalten zu schützen seien. Der Gesetzgeber gehe also offenbar davon aus, daß selbständige Ambulatorien von ihrer Aufgabenstellung her den frei praktizierenden Ärzten näherstünden als einer allgemeinen Krankenanstalt. Eine zweckorientierte Auslegung des § 131 ASVG führe zu einem ähnlichen Ergebnis. Hauptzweck der Erstattung der Kosten des Wahlarztes sei die Verwirklichung des Grundsatzes der freien Arztwahl. Die Vergütungen im Rahmen von Ambulanzverträgen mit den Krankenanstalten gingen davon aus, daß auch die öffentliche Hand einen Beitrag zur Finanzierung leiste. Die Leistungserbringung in der Ambulanz verursache durch die für den stationären Betrieb vorhandene Infrastruktur weniger Kosten. Gerade die im gegenständlichen Fall zentrale Anschaffung teurer Geräte dürfte im wesentlichen über den stationären Betrieb finanziert werden. Finanzierungsquellen, wie sie öffentlichen Krankenanstalten zur Verfügung stünden, habe weder der niedergelassene Arzt noch ein privates Ambulatorium. Diesbezüglich sei der niedergelassene Arzt viel eher mit dem privaten selbständigen Ambulatorium vergleichbar, wobei der Wahlarzt bzw die Wahleinrichtung wegen des fehlenden Vertrages zur Kasse ein noch höheres wirtschaftliches Risiko trage. Wenn die Differenz zwischen dem zu bezahlenden Honorar und der Kostenerstattung deutlich unter dem Wert der Leistung (gemessen an dem mit den Ärzten vereinbarten Tarif) liege, werde das Konzept der grundsätzlichen Wahlfreiheit faktisch beseitigt. Entspreche hingegen, wie im vorliegenden Fall, das verrechnete Honorar dem Honorar, das mit den frei praktizierenden Internisten vertraglich vereinbart sei, gebe es für den Patienten, der Wahleinrichtungen in Anspruch nehme, keine Benachteiligung. Jeder aus der Krankenversicherung Anspruchsberechtigte habe ein Recht auf ausreichende und zweckmäßige Krankenbehandlung (§ 133 Abs 2 ASVG). Gegen die Heranziehung der Honorartarife der Fachärzte spreche auch nicht, daß die von einem Internisten erbrachten Leistungen typischerweise umfassender seien als die einer Spitalsambulanz oder auch die des Ambulatoriums Dr.B*****. Die Vergütungssätze für die Untersuchungsleistungen bei den Internisten seien nicht deshalb höher als bei den Spitalambulanzen, weil die Internisten umfassendere Leistungen erbringen und auch Behandlungen durchführen würden, sondern weil die frei praktizierenden Ärzte nicht auf andere Finanzierungsquellen zurückgreifen könnten. Die Honorierung bei den niedergelassenen Internisten erfolge grundsätzlich nach Einzelleistungen. Auch nach § 342 Abs 2 ASVG sei die Vergütung der vertragsärztlichen Tätigkeit grundsätzlich nach Einzelleistungen zu vereinbaren. Eine Pauschalierung für die Kostenerstattung sei in der Satzung der beklagten Partei nicht vorgesehen. Gehe man davon aus, daß im vorliegenden Fall ein entsprechender Vertragspartner nicht vorhanden sei, lasse sich auch aus der Satzung begründen, daß die Einzelleistungshonorare der Vertragsärzte für die Honorierung der Leistungen des privaten Ambulatoriums heranzuziehen seien. Die Kostenerstattung für die verschiedenen, vom Ambulatorium Dr.B***** erbrachten Leistungen müßten daher nicht in der Höhe des Ambulanzpauschales, sondern nach Einzelleistungen erfolgen, wobei die Kosten für Echokardiographien, ergometrische Untersuchungen, EKG-Untersuchungen sowie für Behandlung und Therapien nach dem für die Fachärzte für innere Medizin geltenden Honorartarif zu erstatten wären.

Rechtliche Beurteilung

Diesen Revisionsausführungen ist nicht beizupflichten. Das Berufungsgericht hat vielmehr die Rechtssache zutreffend und erschöpfend rechtlich beurteilt.

Die Kläger haben zur Durchführung der aus medizinischer Sicht notwendigen Untersuchungen und Behandlungen, bei denen es sich um eine Krankenbehandlung iS des § 133 Abs 1 Z 1 ASVG - ärztliche Hilfe - handelt, nicht eine

Vertragseinrichtung der beklagten Partei (nämlich die Ambulanzen der medizinischen Abteilungen der Landeskrankenanstalten), sondern eine Wahleinrichtung in Anspruch genommen. Nach § 135 Abs 1 ASVG wird die ärztliche Hilfe durch Vertragsärzte, durch Wahlärzte und durch Ärzte in eigenen hiefür ausgestatteten Einrichtungen und in Vertragseinrichtungen des Versicherungsträgers gewährt. Unter allen diesen Möglichkeiten besteht für den Anspruchsberechtigten völlig freie Wahl. Das bedeutet, daß praktisch alle Gesundheitseinrichtungen, die es in Österreich gibt, den Versicherten zur Verfügung stehen (Teschner in MGA ASVG 50.ErgLfg 785 Anm 4 zu § 135). Wird ärztliche Hilfe durch eigene oder durch Vertragseinrichtungen gewährt, muß nach § 135 Abs 2 Satz 2 ASVG die Wahl der Behandlung zwischen einer dieser Einrichtungen und einem oder mehreren Vertragsärzten bzw Wahlärzten unter gleichen Bedingungen freigestellt sein. Daraus ergibt sich, daß die Kläger die Wahl hatten, sich in der Ambulanz eines Landeskrankenhauses, in einem privaten Ambulatorium oder durch einen niedergelassenen Facharzt untersuchen und behandeln zu lassen. Das Vertrauen des Patienten in den Arzt ist eines der Fundamente der Heilbehandlung; dem muß auch im Rahmen der Sachleistungsvorsorge Rechnung getragen werden. Der Versicherte soll nicht einer einzigen Einrichtung des Krankenversicherungsträgers oder einem einzigen Vertragsarzt gegenüberstehen, sondern zumindest einen weiteren freiberuflich tätigen Arzt zur Auswahl haben, der nicht Vertragsarzt ist. Daß er damit auf den Kostenersatz verwiesen wird, ist der Preis für die erweiterte Wahl (zutreffend Selb in Tomandl SV-System 6. ErgLfg 574). Er nimmt dabei auch in Kauf, daß ihm nur Kostenerstattung im Ausmaß des Honorars eines Vertragsarztes gewährt wird (Selb aaO 614). Daß der Versicherte nur dann einen Wahlarzt aufsuchen dürfte, wenn ihm kein Vertragsarzt oder keine entsprechende Vertragseinrichtung zur Verfügung steht oder das Aufsuchen solcher Stellen beschwerlicher wäre oder dgl., wird vom Gesetz nicht verlangt. Der Bemühungspflicht der Sozialversicherungsträger, dem Sachleistungsprinzip möglichst zum Durchbruch zu verhelfen, steht keine Verpflichtung der Versicherten gegenüber, in erster Linie vom System der Vertragsärzte und Vertragseinrichtungen Gebrauch zu machen (vgl Krejci, Erstattung von Wahlarztkosten, SozSi 1988, 302 [306]; 10 Ob S 22/92).

Im vorliegenden Fall ist nicht strittig, daß die Kläger grundsätzlich Anspruch auf Kostenerstattung haben; strittig ist lediglich die Höhe des Kostenersatzes. Gemäß § 131 Abs 1 ASVG gebührt den Klägern der Ersatz der Kosten der anderweitigen Krankenbehandlung in der Höhe des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre. Der Zweck dieser Regelung ist offensichtlich, daß der Krankenversicherungsträger nicht mit höheren, aber auch nicht mit niedrigeren Kosten belastet sein soll, als wenn der Versicherte einen Vertragsarzt oder eine Vertragseinrichtung in Anspruch genommen hätte (vgl SSV-NF 4/156; ähnl. 10 Ob S 327/91 = SSV-NF 5/133 - in Druck; 10 Ob S 22/92).

Nun unterscheidet der Wortlaut des § 131 Abs 1 Satz 1 ASVG zwar zunächst zwischen Vertragspartnern (§ 338) und eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) des Versicherungsträgers, nennt aber dann bei Bestimmung der Höhe des Betrages nur jenen, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner aufzuwenden gewesen wäre, ohne auch hier entsprechende eigene Einrichtungen oder Vertragseinrichtungen aufzuzählen. Nach § 338 Abs 1 ASVG werden die Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu den freiberuflich tätigen Ärzten, Dentisten, Hebammen, Apothekern "und anderen Vertragspartnern" durch privatrechtliche Verträge geregelt. Daß der Gesetzgeber Krankenanstalten offenbar zunächst nicht zu den "anderen Vertragspartnern" zählt, ergibt sich aus § 338 Abs 3 ASVG, wonach die Abs 1 und 2 dieses Paragraphen für die Regelung der Beziehungen zu den Krankenanstalten entsprechend gelten. Daraus darf aber nicht geschlossen werden, daß Krankenanstalten, insbesondere Ambulatorien, in denen Krankenbehandlung in Form ärztlicher Hilfe geleistet wird, nicht als Vertragspartner iS des § 131 Abs 1 ASVG anzusehen seien. Auch Krankenanstalten können Vertragspartner im weiteren Sinn sein (vgl Schrammel in Tomandl, SV-System 5.ErgLfg 135; Selb aaO 571, 630, 643; Tomandl, Grundriß des österreichischen Sozialrechts4 Rz 226, 228; Grillberger, Österreichisches Sozialrecht 36; Radner, Kostenersatz bei Unterbringung in einer privaten Krankenanstalt, SozSi 1990, 131). Dies ergibt sich auch aus der Überschrift des 6. Teiles des ASVG "Beziehungen ... zu den Ärzten, Dentisten, Hebammen, Apothekern, Krankenanstalten und anderen Vertragspartnern". Auch Krankenanstalten sind daher als "entsprechende Vertragspartner" des Versicherungsträgers iS des § 131 Abs 1 ASVG anzusehen.

Krankenanstalten sind aber nicht nur allgemeine Krankenanstalten, sondern unter anderem auch selbständige Ambulatorien, das sind organisatorisch selbständige Einrichtungen, die der Untersuchung oder Behandlung von Personen dienen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen (vgl § 2 Abs 1 KAG). Nach § 27 Abs 5 letzter Satz der Satzung der beklagten Partei gilt als Wahleinrichtung auch die Ambulanz einer Krankenanstalt, mit der keine vertragliche Vereinbarung über ambulante Leistungen besteht. Ebenso muß als Wahleinrichtung ein selbständiges

Ambulatorium gelten, mit dem keine solche vertragliche Vereinbarung besteht. Wird demnach vom Versicherten eine Wahleinrichtung, also auch ein selbständiges Ambulatorium in Anspruch genommen, so werden nach § 27 Abs 5 erster Satz der Satzung der beklagten Partei Kosten bis zu jener Höhe erstattet, in welcher sie in einer entsprechenden Vertragseinrichtung entstanden wären. Entsprechende Vertragseinrichtungen in diesem Sinne sind entweder private Vertragsambulatorien oder bei deren Fehlen die Ambulanzen an den öffentlichen Krankenanstalten und den nichtöffentlichen Vertragskrankenanstalten. Der Kostenersatz bei Inanspruchnahme eines Wahlarztes bzw für die Inanspruchnahme von Fachärzten für Radiologie, für physikalische Medizin und für medizinische und chemische Labordiagnostik ist in § 27 Abs 3 und 4 der Satzung geregelt; die Kläger haben jedoch keinen solchen Facharzt in Anspruch genommen, sondern ein privates Ambulatorium für Herz-Kreislauf-Diagnostik als Wahleinrichtung. Daß kein weiteres privates selbständiges Ambulatorium für Herz- und Kreislaufdiagnostik existiert, mit dem die beklagte Partei einen Vertrag abgeschlossen hat, ist nicht entscheidend, weil es Ambulanzen der medizinischen Abteilungen von Landeskrankenanstalten gibt, die als entsprechende Vertragseinrichtung iS des § 27 Abs 5 der Satzung und des § 131 Abs 1 ASVG anzusehen sind. Den Klägern sind daher Kosten nur bis zu jener Höhe zu erstatten, in welcher sie in einer solchen Vertragsambulanz entstanden wären. Warum dadurch das Konzept der grundsätzlichen freien Arztwahl beseitigt würde, wie in der Revision behauptet wird, ist nicht einsichtig. Es trifft zwar zu, daß die Bestimmung des § 135 Abs 2 letzter Satz ASVG, wonach Zuzahlungen zu den Leistungen in den Ambulatorien und bei den freiberuflich tätigen Ärzten gleich hoch sein müssen, den Schutz der freiberuflichen Ärzte vor einer übermäßigen Konkurrenz durch (kasseneigene) Ambulatorien bezweckt; diese sollen für den Versicherten nicht billiger sein dürfen als die freiberuflichen Ärzte (Grillberger, Privathonorierung von Vertragsärzten? SozSi 1991, 526 [528]). Daraus ist aber für den vorliegenden Fall nichts zu gewinnen, weil die Kläger nicht einen freipraktizierenden Arzt, sondern ein privates Ambulatorium in Anspruch nahmen. Ein solches Ambulatorium kann kostenerstattungsmäßig aber nicht anders behandelt werden als die Ambulanz eines Vertragskrankenhauses. Dem Argument, daß sich die Höhe des Ambulanzpauschales daraus erkläre, daß die Krankenanstalten öffentliche Mittel erhielten, könnte noch entgegengehalten werden, daß eine private Krankenanstalt, die auch eine Ambulanz betreibt, im allgemeinen solche Leistungen nicht erhält (vgl § 1 Abs 1 Z 1 des Bundesgesetzes über die Errichtung des KRAZAF, BGBl 1991/700). Werden in einer solchen Nichtvertrags-Krankenanstalt Ambulanzleistungen erbracht, so kommt als vergleichbarer Vertragspartner zweifellos nur die öffentliche Krankenanstalt in Frage. Kostenerstattung wäre daher hier jedenfalls nur in der Höhe des Ambulanzpauschales zu leisten, obwohl die private Nichtvertrags-Krankenanstalt die Kosten nur aus ihren Einnahmen zu decken hat. Der Fall, daß eine Krankenanstalt nur als Ambulatorium (ohne sonstige Krankenhauseinrichtungen) betrieben wird, kann nicht anders behandelt werden. Der Umstand, daß das private Ambulatorium hinsichtlich der Deckung seines Aufwandes einem niedergelassenen Facharzt eher vergleichbar ist als einer öffentlichen Krankenanstalt, kann kein Kriterium für die Höhe der Kostenerstattung bilden. Noch viel näher liegt der Vergleich mit einer privaten Nichtvertrags-Krankenanstalt, für deren Ambulanzleistungen nur das Ambulanzpauschale zu ersetzen ist. Hier die Tarife der Fachärzte heranzuziehen, wäre wohl aber auch deshalb nicht gerechtfertigt, weil bei ihnen infolge Erbringung auch anderer Leistungen die medizinischen Geräte weniger ausgelastet sind und der auf den einzelnen Patienten entfallende Kostenanteil daher höher ist, was höhere Tarife rechtfertigt. Ambulanzen in öffentlichen Krankenanstalten wiederum verfügen über vielfältigere und teurere medizinische Geräte, deren Auslastung schon nach der Natur der Sache geringer sein muß, weshalb der auf den einzelnen Patienten entfallende Kostenanteil ebenfalls höher ist, wobei dieser erhöhte, durch das Ambulanzpauschale nicht gedeckte Aufwand eben aus öffentlichen Mitteln abgedeckt wird.

Der Revision war daher ein Erfolg zu versagen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 77 Abs 1 Z 2 lit b ASGG. Da die Entscheidung von der Lösung einer Rechtsfrage iS des § 46 Abs 1 Z 1 ASGG abhing, entspricht es der Billigkeit, den Klägern die Hälfte der tarifmäßigen Kosten zu ersetzen (SSV-NF 4/19, 4/84 ua).

Anmerkung

E29438

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:OGH0002:1992:010OBS00292.91.0526.000

Dokumentnummer

JJT_19920526_OGH0002_010OBS00292_9100000_000

Quelle: Oberster Gerichtshof (und OLG, LG, BG) OGH, http://www.ogh.gv.at

© 2025 JUSLINE

JUSLINE® ist eine Marke der ADVOKAT Unternehmensberatung Greiter & Greiter GmbH.

www.jusline.at