jusline®
»» Recht. Schnell

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

TE Vfgh Erkenntnis 2000/12/1 V70/96 ua

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 01.12.2000

Index

66 Sozialversicherung
66/02 Andere Sozialversicherungsgesetze

Norm

B-VG Art7 Abs1 / Gesetz
B-VG Art18 Abs2
B-VG Art139 Abs1 / Präjudizialität
B-KUVG §59
B-KUVG §60
B-KUVG §60a
Krankenordnung der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter Pkt 10a
Satzung 1975 der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter §43 Abs4

Leitsatz

Keine Gesetzwidrigkeit von Bestimmungen der Satzung 1975 der BVA und der Krankenordnung der BVA betreffend Kostenersatz in Form von Kostenzuschüssen bei Fehlen vertraglicher Regelungen für neuartige Behandlungsmethoden; Vorliegen einer planwidrigen Lücke; verfassungskonforme Auslegung einer Bestimmung des B-KUVG geboten

Spruch

Der Antrag wird als unbegründet abgewiesen.

Begründung

Entscheidungsgründe:

I. 1. Das Oberlandesgericht Linz beantragt gemäß Art139 Abs1 B-VG aus Anlaß eines bei ihm anhängigen Verfahrens mit Beschluß vom 28. November 1995, Z12 Rs 105/96i (vormals: 12 Rs 67/95), der Verfassungsgerichtshof möge

"§43 Abs4 der Satzung der BVA, idF der 22. Änderung der Satzung 1977 (gemeint: 1975) kundgemacht in der Amtlichen Verlautbarung Nr. 119/1992, Soziale Sicherheit 1992 und Punkt 10a der Krankenordnung 1977 der BVA idF der 18. Änderung, Soziale Sicherheit 1992, Amtliche Verlautbarung Nr. 102/1992, als gesetzwidrig (aufheben)".

Begründend wird zu dem beim antragstellenden Gericht anhängigen Verfahren im wesentlichen folgendes ausgeführt:

Der seit Jahren an Bandscheibenproblemen leidende Kläger des Ausgangsverfahrens habe am 22. März 1994 in der Tagesklinik Dr. P eine Laser-Nucleotomie einer Bandscheibe vornehmen lassen, wofür ihm ein Honorar von S 11.768,--

in Rechnung gestellt worden sei. Diese Honorarnote habe der Kläger bei der beklagten Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter zwecks Kostenerstattung eingereicht; diese habe dem Antrag des Klägers nur im Ausmaß von S 7.129,51 stattgegeben, eine weitere Kostenerstattung hingegen mit der Begründung abgelehnt, die Laser-Nucleotomie sei in den Honorarordnungen mit den Vertragsärzten nicht geregelt.

Die Erstattung des Differenzbetrages von S 4.638,49 sei Gegenstand des anhängigen Verfahrens. Der Kläger vertrete dabei den Standpunkt, die Laser-Nucleotomie sei eine zweckmäßige Behandlung gewesen, die das Maß des Notwendigen nicht überschritten habe und vergleichsweise wesentlich kostengünstiger sei, also nach den Bestimmungen des B-KUVG zur Gänze von der beklagten Partei zu bezahlen sei. Daß die Laser-Nucleotomie in ihrer Gesamtheit vertraglich nicht geregelt sei, könne nicht zu Lasten des Klägers gehen.

Die beklagte Versicherungsanstalt habe - wie schon in der Bescheidbegründung - auf §59 Abs1 B-KUVG iVm §43 Abs4 der Satzung und Punkt 10a der Krankenordnung, wonach für vertraglich nicht geregelte Leistungen nur eine Kostenerstattung im Ausmaß von höchstens 60 vH der tatsächlichen Kosten vorgesehen sei, verwiesen.

Mit Urteil vom 8. März 1995 habe das Landesgericht Salzburg das Klagebegehren abgewiesen. Gegen dieses Urteil richte sich die Berufung des Klägers mit dem Antrag, das angefochtene Urteil im Sinne des Klagebegehrens abzuändern.

Das antragstellende Gericht formuliert seine Bedenken gegen §43 Abs4 der Satzung und Punkt 10a der Krankenordnung der beklagten Versicherungsanstalt wie folgt:

"Zunächst ist festzuhalten, daß die Satzung eine aufgrund der Gesetze (Art18 Abs2 B-VG) erlassene Verordnung ist, die bloß präzisieren darf, was in den wesentlichen Konturen bereits im Gesetz selbst vorgezeichnet wurde (VerfSlg 11.859, 11.938 ua; JBl 1993, 467). Dasselbe gilt für die vom Vorstand der Krankenversicherungsträger erlassenen Krankenordnungen (Tomandl, Grundriß des österr. Sozialrechts3/256, Seite 172 f).

Ausgangspunkt für die Beurteilung, ob die strittigen Bestimmungen der Satzung und Krankenordnung der Beklagten den gesetzlichen Vorgaben entsprechen, ist §62 BKUVG, der in seinem Abs2 den Rahmen für die Leistungspflicht der Beklagten bei der Krankenbehandlung absteckt, indem er dem Versicherten Anspruch auf eine ausreichende und zweckmäßige Krankenbehandlung einräumt, die das Maß des Notwendigen nicht überschreiten darf.

Zwar sieht das Gesetz die Erbringung der Krankenbehandlung grundsätzlich als Sachleistung vor, doch bestimmt §59 Abs1 BKUVG für Fälle, in denen der Anspruchsberechtigte keine Sachleistung durch Vertragspartner oder eigene Einrichtungen der Beklagten in Anspruch nimmt, den Ersatz der Kosten einer anderweitigen Krankenbehandlung in Höhe des für die Behandlung durch einen Vertragspartner aufzuwendenden Betrages.

Diese Kostenerstattungsregel ist aber auf den zu entscheidenden Fall nicht unmittelbar anwendbar, da die vom Kläger gewählte Behandlungsform, da sie nicht Gegenstand des Gesamtvertrages (ist), im sogenannten kassenfreien Raum angesiedelt ist (vgl. zum kassenfreien Raum OGH in ARD 4640/33/95).

Soweit §43 Abs4 der Satzung iVm Punkt 10a der Krankenordnung für Fälle vertraglich nicht sichergestellter Leistungen eine Beschränkung auf Kostenzuschüsse statt gänzlicher Übernahme der Behandlungskosten vorsehen, widersprechen diese Regelungen dem gesetzlichen Krankenbehandlungsanspruch. Wie der Oberste Gerichtshof zu 10 Ob S 264/93 ausgeführt hat, kann nämlich die Unvollständigkeit des zwischen Sozialversicherung und Ärzten abgeschlossenen Leistungskatalogs bzw. der Honorarordnung als ein dem Gesetz nachrangiges Gestaltungsmittel den gesetzlichen Anspruch auf Krankenbehandlung weder einschränken noch beseitigen (vgl. auch OGH 10 Ob S 211/89 in SSV-NF 3/154).

Wenn der Versicherungsträger für eine tatsächlich erforderliche Sachleistung keine Vorsorge getroffen hat, muß er entsprechend dem allgemeinen gesetzlichen Auftrag für die ausreichende und zweckmäßige Krankenbehandlung im notwendigen Ausmaß aufkommen, wenn sich der Versicherte diese Leistungen privat verschafft (vgl. dazu Schrammel, Veränderungen des Krankenbehandlungsanspruches durch Vertragspartnerrecht in ZAS 1986, 145 ff, insb. 155).

Für den Fall, daß es sich bei der Laser-Nucleotomie um eine gleichwertige Methode mit wirtschaftlich vergleichbarem Aufwand handelt - dies wurde im bisherigen Verfahren noch nicht untersucht -, kann der Versicherte eine derartige Leistung auch dann fordern, wenn sie in den Gesamtverträgen (noch) nicht vorgesehen ist.

Da eine Kostenbeteiligung des Versicherten von Ausnahmefällen abgesehen (z.B. §60a BKUVG, Selbstbehalt gemäß §63

Abs4 BKUVG) im Gesetz nicht vorgesehen ist, und die Einschränkung auf bloße Kostenzuschüsse nur in §60a BKUVG, der aber nicht den Fall der Lückenhaftigkeit der Gesamtverträge betrifft, zugelassen wird, ist §43 Abs4 der Satzung iVm Punkt 10a der Krankenordnung nicht gesetzmäßig. Eine gesetzeskonforme Auslegung dieser Bestimmungen scheitert am klaren Wortlaut.

Zu diesen inhaltlichen Überlegungen kommt ein weiterer Aspekt der Gesetzwidrigkeit hinzu. Im Gegensatz zur anderweitigen Inanspruchnahme von Anstaltspflege sieht nämlich §59 Abs1 BKUVG für die Kostenerstattung bei ambulanter Krankenbehandlung keine Ermächti(g)ung der Satzung zur Festlegung des entsprechenden Betrages vor. Auch §62 BKUVG enthält keine Ermächtigung der Satzung, den Leistungsumfang der Krankenbehandlung zu bestimmen. Schon mangels entsprechender gesetzlicher Ermächtigung sind daher die angefochtenen Verordnungsregelungen als gesetzwidrig zu betrachten."

2. Die im Anlaßverfahren beklagte Versicherungsanstalt sowie der (damalige) Bundesminister für Arbeit und Soziales erstatteten im Verordnungsprüfungsverfahren jeweils eine schriftliche Äußerung, in der sie beantragen, den Antrag als unbegründet abzuweisen.

2.1. Die beklagte Versicherungsanstalt weist vorweg darauf hin, daß die in Rede stehende Satzung durch §31 Abs2 der Satzung 1995 (Soziale Sicherheit 1995, Amtliche Verlautbarung Nr. 112/1995) mit Ablauf des 31. Dezember 1995 aufgehoben worden sei; ihr §43 Abs4 sei nur mehr auf Sachverhalte anzuwenden, die sich vor dem 1. Jänner 1996 ereignet hätten. Punkt 10a der Krankenordnung sei nach Punkt 75 der Krankenordnung in der Fassung ihrer 20. Änderung (Soziale Sicherheit 1996, Amtliche Verlautbarung Nr. 42/1996) nur mehr auf Sachverhalte anzuwenden, die sich vor dem 21. März 1996 ereignet hätten.

Was die Zulässigkeit des Antrages betrifft, behauptet die Versicherungsanstalt, das Aufhebungsbegehren sei zum einen zu eng gefaßt, weil Punkt 10a der Krankenordnung an §43 Abs5 der Satzung angelehnt sei - diese Bestimmung sei jedoch vom Antrag nicht umfaßt; zum anderen sei das Begehren zu weit gefaßt, weil zumindest gegen den letzten Satz des Punktes 10a der Krankenordnung keine Bedenken bestünden.

In der Sache tritt die Versicherungsanstalt dem Antragsvorbringen wie folgt entgegen:

"§43 Abs4 der Satzung und Punkt 10a der Krankenordnung in der gegenständlichen Fassung stehen zeitlich und inhaltlich in Zusammenhang mit §60a B-KUVG in der Fassung der 21. Novelle, BGBl. Nr. 679/1991. Der Gesetzgeber hat mit dieser Bestimmung die Möglichkeit des §60 B-KUVG erweitert, Zuschüsse für vertraglich nicht geregelte Leistungen zu normieren. §§60 und 60a decken vom Wortlaut her nicht alle Konstellationen ab, in denen mangels vertraglicher Sicherstellung Leistungen nicht als Sachleistungen in Anspruch genommen werden können. Diese planwidrige Lücke im Gesetz (Kletter, Kostenerstattung und Sachleistungsvorsorge, SozSi. Nr. 1/1994, S. 27

ff) hat die BVA durch Satzung und Krankenordnung geschlossen.

Das OLG Linz stützt seine Anfechtung im wesentlichen auf die neuere Judikatur des OGH. Durch die Unvollständigkeit von Verträgen mit den Gesundheitsberufen dürfe der Leistungsanspruch nicht eingeschränkt werden. Es gebühre daher für Leistungen, die im 'kassenfreien Raum' angesiedelt sind, volle Kostenerstattung.

Die Sozialgerichte folgen dabei der deutschen Judikatur, ohne aber wesentliche Unterschiede im Leistungs- und Vertragspartnerrecht der deutschen sozialen Krankenversicherung zu berücksichtigen (Kletter a.a.O.). Das österreichische Recht legt den Krankenversicherungsträgern die Verpflichtung auf, durch Verträge die Ausgaben sowohl für Vertragspartner als auch für Kostenerstattungen zu begrenzen (§342 Abs2 ASVG). Es zwingt aber die potentiellen Vertragspartner nicht, Verträge über die Erbringung von Leistungen der Krankenversicherung abzuschließen. Es ist in Österreich systemimmanent, daß es Leistungen gibt, die vertraglich nicht geregelt sind und u.U. mangels Bereitschaft der Anbieter zum Vertragsabschluß niemals als Vertragsleistung angeboten werden können. Die jüngste Judikatur der Sozialgerichte nimmt von den Anbietern auch jeden ökonomischen Druck, neue Leistungen in die Vertragstarife aufzunehmen. Sie können vom Patienten jedes Honorar dafür verlangen, da ja Gewähr besteht, daß dieser zur Gänze von der Krankenversicherung entschädigt werden muß. Die Judikatur schränkt die Verpflichtung zur Kostenübernahme zwar fallweise auf den angemessenen Marktpreis ein. Bei Behandlungsmethoden, bei denen es - wie im Gegenstand - österreichweit nur eine geringe Anzahl von Anbietern gibt, müssen die Marktpreise aber als Monopolpreise bezeichnet werden. In einer solchen Situation sind die Gesetze des Marktes außer Kraft, den Krankenversicherungsträgern wäre(n) keinerlei Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung mehr möglich.

Die soziale Krankenversicherung kann in Österreich, im Gegensatz zu Deutschland, nicht autonom dafür sorgen, daß derartige unkalkulierbare Belastungen durch höhere Beiträge abgedeckt werden.

Das OLG argumentiert weiterhin, daß Kostenbeteiligungen des Versicherten nur in Ausnahmefällen vorgesehen seien (S. 5 des Beschlusses). Diese Behauptung trifft nicht zu. Das B-KUVG kennt eine Reihe von Pflichtleistungen der Krankenversicherung, in denen der Versicherte - jedenfalls oder unter bestimmten Umständen - einen Teil der Kosten selbst tragen muß:

Möglichkeit der Einschränkung der Kostenerstattung für Anstaltspflege außerhalb öffentlicher Spitäler (§59 Abs1),

Kostenerstattung nach seinerzeitigem Tarif bei vertragslosem Zustand (§60 B-KUVG),

Zuschüsse für Leistungen von Berufsgruppen, mit denen noch kein Vertrag bestanden hat (§60a),

Behandlungsbeitrag bei ärztlicher Hilfe (§63 Abs4) und bei Zahnbehandlung und Zahnersatz (§69 Abs5),

Rezeptgebühr für Heilmittel (§64 Abs3),

Kostenanteil und Höchstbetrag bei Heilbehelfen und Hilfsmitteln (§65 Abs2 und 5).

Die Argumentation der Sozialgerichte führte letztlich dazu, daß Leistungen im sogenannten 'vertragsfreien Raum' von der Krankenversicherung zur Gänze bezahlt werden müssen, während echte Sachleistungen in weitem Umfang mit Selbstbehalten belegt werden können. In den soeben angesprochenen Gesetzespassagen wird die finanzielle Leistungsfähigkeit der BVA wiederholt als Maßstab für das Ausmaß der Kostenbeteiligung des Versicherten oder die Höhe von Zuschüssen genannt. Warum die BVA gerade bei Leistungen, die in angebliche oder tatsächliche Lücken von Verträgen fallen, keinerlei Einfluß auf das Ausmaß ihrer Zahlungsverpflichtung haben sollte, ist nicht nachzuvollziehen.

Sollte eine extensive Interpretation der Satzungsermächtigung der §§60, 60a B-KUVG unter Berücksichtigung einer Gesamtsicht des Sozialversicherungsrechtes nicht gestattet sein, stellte sich die Frage, ob nicht diese beiden Bestimmungen eine unsachgerechte und damit verfassungsrechtlich bedenkliche Ungleichbehandlung jener Umstände beinhalten, die bewirken können, daß eine Leistung nicht vertraglich sichergestellt ist."

2.2. Der Bundesminister für Arbeit und Soziales bestreitet in seiner Äußerung die Präjudizialität der vom antragstellenden Gericht zur Prüfung gestellten Bestimmungen, weil das Gericht nicht diese, sondern jene des §43 Abs5 der Satzung anzuwenden hätte.

Aus inhaltlicher Sicht wird im wesentlichen folgendes ausgeführt (Hervorhebungen im Original):

"II. Zur Begründung des antragstellenden Gerichtes:

In seinen rechtlichen Ausführungen bezieht sich das antragstellende Gericht im wesentlichen auf eine inhaltliche Position, wie sie in der neueren Judikatur des OGH entwickelt wurde. Dieser hat bekanntlich erstmalig in seiner Entscheidung vom 14. April 1994, 10 Ob S 264/93, dezidiert einen sogenannten 'kassenfreien Raum' anerkannt. Unter dieser (mißverständlichen) Bezeichnung wird die Frage diskutiert, inwieweit die zwischen den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung und den Ärztekammern als Vertreter der Ärzte abgeschlossenen Gesamtverträge gemäß den Bestimmungen der §§338 ff ASVG (i.V. mit §128 B-KUVG) tatsächlich zu allen Leistungen verpflichten, auf die die Versicherten gesetzlich Anspruch haben (§66 Abs2 B-KUVG; §133 Abs2 ASVG). Angesprochen ist damit die Frage nach der Vollständigkeit der Gesamtverträge, inwieweit daher außervertragliche Leistungen möglich sind und von den Vertragspartnern zulässigerweise erbracht werden können.

Strittig ist dabei natürlich in erster Linie die Abgeltung dieser behaupteten außervertraglichen Leistungen. In diesem Bereich würde auch der Vertragsarzt als Wahlarzt im Sinne des §131 Abs1 ASVG (bzw. hier des §59 Abs1 B-KUVG) tätig werden können (dagegen noch VfGH vom 4.12.1992, G155/92, V54/92). Die Kosten wären vom Patienten/Versicherten direkt zu begleichen, dieser könnte beim Versicherungsträger um Kostenerstattung einkommen. Da diese Leistungen notwendige Krankenbehandlung im Sinne der Bestimmung des §133 Abs2 ASVG (bzw. der Bestimmung des §62 Abs2 B-KUVG) darstellen, der Versicherungsträger diese jedoch nicht sichergestellt habe, wären die Kosten im notwendigen Ausmaß (der OGH hat dieses in einer Entscheidung mit den marktüblichen Preisen für derartige Leistungen angenommen; OGH vom 13. Oktober 1992, 10 Ob S 226/92) zu erstatten.

III. Kritik an der neueren Judikatur zum 'kassenfreien Raum':

Die unter II. dargestellte Judikatur hat bekanntlich zu heftiger literarischer Diskussion und Kritik Anlaß gegeben. Nach

Auffassung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales ist diese Kritik (vgl. dazu vor allem Grillberger in Strasser (Hrsg) Arzt und gesetzliche Krankenversicherung (1995), Seiten 365 ff und 413 ff; derselbe in DRdA 1995, S 101 ff; weiters Kletter in ZAS 1994, S 43 ff, ebenso Kiesl, SoSi 1995, S 418 ff) berechtigt. Hier sollen - da nicht unmittelbar verfahrensgegenständlich - nur die wesentlichen vorgebrachter Kritikpunkte kurz wiederholt werden:

Die Argumentation, wie sie erstmals von der Bundesschiedskommission (in ihrer Entscheidung vom 27.11.1993, R 1-BSK/92; veröffentlicht in ZAS 1994, S 98 ff) vertreten wurde, stützte sich wesentlich auf eine sogenannte 'wertende Betrachtung' der Regelungen über Grundleistungen einer- und Sonderleistungspositionen in den Honorartarifen andererseits. Entgegen der von der BSK in dieser wertenden Beurteilung gefundenen Annahme, ergibt eine derartige Betrachtung jedoch keineswegs ein klares und eindeutiges Bild, wonach für alle wesentlichen ärztlichen Tätigkeiten eben Sonderleistungspositionen vereinbart seien.

Vielmehr sind die Leistungskataloge der einzelnen Honorarordnungen durchaus unterschiedlich gestaltet, wobei eine einleuchtende allgemein gültige Erklärung nicht sofort und einfach zu finden ist (vgl. Grillberger a.a.O. S 366 ff).

Die vorgenommene 'wertende Betrachtung' führt im Ergebnis zu einer einseitigen Verschiebung der Verhandlungslast hin zu den Sozialversicherungsträgern. Wenn nämlich - vereinfacht gesagt - für alle wesentlichen neuen Leistungen und Methoden freie Honorare verlangt werden können - mit der Gewißheit der Verpflichtung des Sozialversicherungsträgers zum (vollen) Kostenersatz (-) besteht klarerweise wenig Veranlassung(,) derartige Posit(i)onen in die Honorartarife aufzunehmen - oder wenigstens nur zu sehr guten 'Preisen'.

Eine historische Betrachtung zeigt ganz deutlich, daß die Honorartarife jedenfalls bei den Gebietskrankenkassen als die Leistungspflicht der Träger aber auch die Behandlungspflicht des Arztes umfassend regelnde Vereinbarungen gesehen wurden. So wurden sie auch bis vor kurzem von beiden Vertragspartnern verstanden (vgl. auch hiezu ausführlich Grillberger, a.a.O. S 367).

Das zentrale Argument gegen die These von der Existenz eines kassenfreien Raumes leitet sich aber aus der Betrachtung der ganz konkreten Rechtsgrundlagen selbst ab, also der Gesamtverträge und Honorartarife. Eine Durchsicht dieser Regelungsinstrumente zeigt, daß sich in den meisten Gesamtverträgen und Honorartarifen sogar ausdrückliche Regelungen (Vereinbarungen) hinsichtlich dieser Problematik finden. Diese widersprechen fast geschlossen der von der BSK und nunmehr auch dem OGH vertretenen These. Demnach sollen vom Fallpauschale sehr wohl alle nicht einzeln vergüteten Leistungen abgegolten sein. Auch diesbezüglich darf auf die grundlegende und ausführliche Darstellung von Grillberger (a.a.O.) verwiesen werden.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales teilt die im vorigen dargestellte Kritik an der neueren Judikatur zum sogenannten kassenfreien Raum und wird zunächst im folgenden auf Grundlage dieser Rechtsauffassung die Gesetzmäßigkeit der angefochtenen Bestimmungen darlegen.

IV. Verfassungskonforme Auslegung der angefochtenen Bestimmungen:

Da nach dieser Ansicht die Honorierung der Vertragsärzte in den Gesamtverträgen und Honorarordnungen abschließend geregelt ist, kann die Satzung für den Bereich der Wahlärzte Pauschbeträge für die Kostenerstattung im Sinne des und gestützt auf §131 Abs1 letzter Satz ASVG festlegen. Dies deshalb, da kein striktes Einzelleistungssystem vorliegt, sondern eine Mischung von Pauschal- und Einzelleistungsvergütung.

Für den Bereich des B-KUVG stößt diese Argumentation insoferne auf Schwierigkeiten, als gerade hier eine dem §131 Abs1 letzter Satz ASVG vergleichbare ausdrückliche Satzungsermächtigung zur Festsetzung von Pauschbeträgen nicht besteht - dies, obwohl die Regelung des §59 Abs1 erster Satz B-KUVG sonst durchaus jener des §131 Abs1 ASVG mit Ausnahme eben dessen letzten Satzes entspricht. Gerade der letzte Satz des §131 Abs1 ASVG ist aber zur Vollständigkeit der im ersten Satz dieser Bestimmung getroffenen Regelung notwendig. Die im ersten Satz getroffene Regelung ist eben alleine nicht ausreichend, da sie nicht alle relevanten Fälle erfassen kann.

Nun sind aber die Regelungssysteme des ASVG und des B-KUVG für die hier angesprochene Frage durchaus vergleichbar. Läßt man nämlich die dem Wesen des B-KUVG entsprechenden Sonderregelungen außer acht (Inanspruchnahme der anderweitigen Anstaltspflege; Berücksichtigung eines allfälligen Behandlungsbeitrages), können die Bestimmungen der §§59 bis 60a B-KUVG unmittelbar neben jene der §§131 bis 131b ASVG gestellt werden. Es handelt sich um identische Regelungen.

Das Fehlen einer der Regelung des letzten Satzes des §131 Abs1 ASVG entsprechenden Regelung im §59 B-KUVG stellt

daher eine echte Lücke dar, welche mittels Analogieschluß zur zuerst zitierten Regelung zu schließen wäre.

V. Verfassungskonforme Auslegung der angefochtenen Bestimmungen unter Beachtung der höchstgerichtlichen Judikatur zum genannten kassenfreien Raum:

Wenngleich das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, wie oben zu III. ausgeführt, grundsätzlich die Auffassung des OGH zu dieser Frage nicht teilt, ist diese höchstgerichtliche Judikatur dennoch zur Kenntnis zu nehmen und für den Fall, daß diese Auffassung auch vom VfGH geteilt würde, daher auch auf Basis dieser Rechtsauffassung die Gesetzmäßigkeit der angefochtenen Bestimmungen darzustellen.

Die Bedenken des antragstellenden Gerichtes gehen im wesentlichen dahin, daß für die vorliegenden Verordnungsbestimmungen keine entsprechende gesetzliche Grundlage vorhanden sei, bzw. daß die angefochtenen Bestimmungen sogar gesetzlichen Bestimmungen widersprechen. Der umfassende gesetzliche Leistungsanspruch, wie er in §62 Abs2 B-KUVG festgelegt sei, lasse (zu ergänzen: ohne diesbezüglich spezielle bzw. ausdrückliche gesetzliche Grundlage) eine Leistungsbeschränkung der Höhe nach nicht zu, wie sie aber mit den zu prüfenden Verordnungsbestimmungen vorgenommen worden sei.

Dieser Auffassung ist insoferne zuzustimmen, als eine unmittelbare gesetzliche Grundlage als Basis für die gegenständlichen Verordnungsbestimmungen tatsächlich auch nach ho. Dafürhalten nicht gegeben ist. Allerdings erscheinen die gesetzlichen Regelungen in diesem Bereich - unter Zugrundelegung jener neueren Auffassung zur Frage der Existenz der oben näher dargestellten außervertraglichen Leistungen ('kassenfreier Raum') - durchaus nicht vollständig. Diese Lücke ist nach Auffassung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, die im folgenden näher darzulegen sein wird, im Wege eines Analogieschlusses zu den Bestimmungen der §§59 bis 60a B-KUVG zu schließen (vgl. zu dieser Problematik Grillberger in Strasser (Hrsg) Arzt und gesetzliche Krankenversicherung (1995), Seiten 365 ff und 413 ff, insbesondere S 424; weiters Kletter in ZAS 1994, S 43 ff, insbesondere S 49, letzterer aufbauend auf einer Judikatur des OLG Wien; zustimmend zuletzt auch OLG Linz vom 20.4.1994, 13 Rs 131/93).

Analogie, als Anwendung bestimmter Rechtsvorschriften auf ähnlich gelagerte Sachverhalte, ist eine auch im im öffentlichen Recht grundsätzlich anerkannte, wenn auch nur unter sehr einschränkenden Bedingungen zulässige, Methode (vgl. dazu und zum folgenden: Walter/Mayer, Bundesverfassungsrecht, 8. Auflage, (1996), Rz 136; ebenso Walter, Österreichisches Bundesverfassungsrecht System, 1972, S 94 ff; Adamovich-Funk, Allgemeines Verwaltungsrecht,

3. Auflage, 1987, S 59).

Für zulässig wird die Analogie beim Vorliegen einer 'echten' (auch 'planwidrigen') Lücke erachtet. Eine solche liege etwa dann vor, 'wenn zwar eine anzuwendende Rechtsvorschrift vorhanden, diese aber in bestimmter Richtung nicht präzisiert (unvollständig) ist' (Walter Mayer a.a.O.). Allerdings dürfe 'im öffentlichen Recht im Zweifel aus dem Fehlen einer ausdrücklichen gesetzlichen Regelung nicht auf eine Lücke geschlossen werden' (VwSlg. 9677 A/1978, zitiert nach Adamovich Funk, a.a.O.). Wo die gesetzlichen Bestimmungen eindeutig sind, ist für die Anwendung der (Gesetzes)analogie kein Raum (VwGH 5.6.1985, 85/09/0006; zitiert wie oben).

Wie bereits oben unter III. festgehalten, widerspricht die Annahme von der Existenz eines sogenannten kassenfreien Raumes mit hoher Wahrscheinlichkeit den Intentionen des historischen Gesetzgebers (vgl. zu den Hintergründen dieser Regelungen als Interessenausgleich zwischen Sozialversicherung und Nichtvertragsärzten neuerlich Grillberger a.a.O. S 417).

Insbesondere vor dem Hintergrund jener Judikatur des OGH, welche als Kostenersatz einen marktüblichen Preis zuspricht, (OGH vom 13.10.1992, 10 Ob S 226/92, zur Frage der Zahnbehandlung und des Zahnersatzes) führte eine derartige Annahme mit Sicherheit zu einer Situation, welche den Absichten des Gesetzgebers nicht entspricht.

Zu zeigen ist dies an jenen Regeln, welche explizit die Kostenerstattung regeln (der Einfachheit halber wird hier auf die Rechtslage nach dem ASVG abgestellt). In jedem Fall einer ausdrück(l)ich geregelten Kostenerstattung ist eine entsprechende Begrenzung der Erstattungspflicht der Höhe nach vorgesehen. §131 (§59 Abs1 Satz 1 B-KUVG) sieht als Begrenzung die Kosten des entsprechenden Vertragspartners vor (vgl. weiters die Möglichkeit der Festsetzung von Pauschbeträgen im letzten Satz der zitierten Bestimmung). Für den vertragslosen Zustand verweist §131a (§60 B-KUVG)

auf die vorherigen Tarife. Und schließlich sieht §131b (§60a B-KUVG) die Zahlung von Zuschüssen in jenen Fällen vor, in denen es mit den entsprechenden (anderen als Ärzten) Vertragspartnern noch nicht zum Abschluß eines Vertrages gekommen ist.

Selbst für den Fall der sogenannten Erste-Hilfe-Leistung (§131 Abs3; §59 Abs3 B-KUVG) ist eine Begrenzung durch eine Satzungsermächtigung vorgesehen.

Der Gesetzgeber hat somit - wie gezeigt - überall entsprechende Begrenzungen eingezogen, um die finanzielle Belastung nicht ins Unüberschaubare steigen zu lassen. Es liegt daher nach ho. Auffassung ganz klar nicht in seinem Plan, das Tor für eine letztlich unkontrollierbare Kostenentwicklung zu öffnen. Neuerlich ist darauf hinzuweisen, daß die Problematik des sogenannten kassenfreien Raumes neuesten Datums ist und es in der Zeit davor völlig unstrittig war, daß ein derartiger Raum nicht gegeben sei (vgl. noch VfGH vom 4.12.1992, G155/92, V54/92).

Der Gesetzgeber hat mit dem von ihm geschaffenen Regelungssystem, wie es in den Bestimmungen der §§59 bis 60a B-KUVG (vgl. in diesem Zusammenhang auch neuerlich die §§131 bis 131b ASVG) seinen Niederschlag findet, ganz klar zum Ausdruck gebracht, daß eine unbegrenzte Kostenerstattung bzw. eine solche Zuschußleistung für vertraglich (noch!) nicht geregelte Leistungsfälle (ausdrücklich hier allerdings nur für den Bereich der der ärztlichen Hilfe gleichgestellten Leistungen) nicht gewünscht ist.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hält daher unter Annahme der Existenz eines kassenfreien Raumes das Vorliegen einer derartigen echten (planwidrigen) Lücke im gegenständlichen Zusammenhang für gegeben. Diese wäre im Wege einer Festlegung eines Zuschusses durch die Satzung analog der Bestimmung des §60a B-KUVG vorzunehmen.

Eine Gesetzwidrigkeit der angefochtenen Bestimmung liegt im Hinblick auf die obigen Ausführungen nach Ansicht des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales nicht vor."

II. Der Verfassungsgerichtshof hat über den Antrag erwogen:

1. Zur Zulässigkeit:

Der Verfassungsgerichtshof ist nicht berechtigt, durch seine Präjudizialitätsentscheidung das antragstellende Gericht an eine bestimmte Rechtsauslegung zu binden, weil er damit indirekt der Entscheidung dieses Gerichtes in der Hauptsache vorgreifen würde. Gemäß der ständigen Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofs dürfen daher Anträge iS des Art140 Abs1 B-VG bzw. des Art139 Abs1 B-VG nur dann mangels Präjudizialität zurückgewiesen werden, wenn es offenkundig unrichtig (denkunmöglich) ist, daß die - angefochtene - generelle Norm eine Voraussetzung der Entscheidung des antragstellenden Gerichtes im Anlaßfall bildet (zB VfSlg. 9811/1983, 10.296/1984, 11.565/1987, 12.189/1989).

Das antragstellende Gericht hat die Präjudizialitätsfrage denkmöglich bejaht: Gegenstand des gerichtlichen Verfahrens ist nach der Darstellung des Gerichtes der Anspruch eines bei der beklagten Versicherungsanstalt Versicherten gegen diese Versicherungsanstalt auf Kostenersatz für eine Leistung, die nicht in der Honorarordnung der Versicherungsanstalt und auch sonst nicht (gesamt)vertraglich vorgesehen ist. Die Ansicht des antragstellenden Gerichtes, es habe im vorliegenden Fall die Bestimmung des §43 Abs4 der Satzung anzuwenden, wonach die Kosten von Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit, die mangels vertraglicher oder anderer Regelung nicht gemäß §43 Abs1 ersetzt werden können, sofern nicht §60 B-KUVG anzuwenden ist, entsprechend der Krankenordnung zu erstatten sind, ist nicht denkunmöglich. Dies zumal §43 Abs1 davon ausgeht, daß die in Rede stehende ärztliche Leistung - anders als hier - vertraglich vorgesehen ist. Da die verwiesene Krankenordnung der Versicherungsanstalt in ihrem Punkt 10a ihrerseits darauf abstellt, daß bestimmte Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit vertraglich nicht sichergestellt sind, erscheint auch die Annahme der Anwendbarkeit dieses Punktes als nicht offenbar unrichtig. Daran kann auch nichts ändern, daß nach dem Verständnis des Bundesministers für Arbeit und Soziales Punkt 10a der Krankenordnung nicht anzuwenden sei.

Diesem Ergebnis steht nicht entgegen, daß, wie die Versicherungsanstalt in ihrer Äußerung ausführt, die Aufhebung der angefochtenen Bestimmungen keine "Veränderung der Rechtslage" (gemeint: kein anderes Ergebnis des gerichtlichen Verfahrens im Anlaßfall) herbeiführen würde. Die Wirkung eines Normenprüfungsverfahrens auf das Anlaßverfahren ist nämlich ohne Bedeutung für die Präjudizialität (vgl. VfSlg. 4469/1963).

2. In der Sache:

2.1.1. Die §§59, 60, 60a und 62 des Bundesgesetzes vom 31. Mai 1967 über die Kranken- und Unfallversicherung öffentlich Bediensteter (Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz - B-KUVG), BGBl. Nr. 200/1967 in der hier maßgeblichen Fassung des BGBl. Nr. 707/1976 (6. Novelle zum B-KUVG), sowie desBGBl. Nr. 679/1991 (21. Novelle zum B-KUVG), haben - soweit für den vorliegenden Fall relevant - samt Überschriften folgenden Wortlaut:

"Erstattung der Kosten der Krankenbehandlung

§59. (1) Nimmt der Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner (§128) oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) der Versicherungsanstalt zur Erbringung der Sachleistungen der Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel) in Anspruch, so gebührt ihm der Ersatz der Kosten einer anderweitigen Krankenbehandlung in der Höhe des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner aufzuwenden gewesen wäre. Die Kosten einer anderweitigen Inanspruchnahme der Anstaltspflege sind nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung zu ersetzen. Bei der Festsetzung dieses Ersatzes ist auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherungsanstalt Bedacht zu nehmen. Die Kostenerstattung ist um den Betrag zu vermindern, der vom Versicherten als Behandlungsbeitrag (§63 Abs4) bzw. als Rezeptgebühr (§64 Abs3) bei Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe bzw. von Heilmitteln als Sachleistung zu leisten gewesen wäre.

(2) Die Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung ist ausgeschlossen, wenn der Anspruchsberechtigte in demselben Versicherungsfall einen Vertragspartner oder eine eigene Einrichtung (Vertragseinrichtung) der Versicherungsanstalt in Anspruch nimmt.

(3) Stehen eigene Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) der Versicherungsanstalt nicht zur Verfügung, kann die nächstgelegene geeignete Einrichtung in Anspruch genommen werden. Das gleiche gilt bei im Inland eingetretenen Unfällen, plötzlichen Erkrankungen und ähnlichen Ereignissen. Die Versicherungsanstalt hat in solchen Fällen für die dem Versicherten tatsächlich erwachsenen Kosten (Arztkosten, Heilmittelkosten, Kosten der Anstaltspflege und Reise- (Fahrt-) und Transportkosten) den in der Satzung festgesetzten Ersatz zu leisten. Bei der Festsetzung des Ersatzes ist auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherungsanstalt Bedacht zu nehmen. Abs1 letzter Satz gilt entsprechend. Für die weitere Behandlung ist, sofern der Versicherte nicht eine anderweitige Krankenbehandlung im Sinne des Abs1 in Anspruch nimmt, so bald wie möglich ein Vertragspartner oder eine eigene Einrichtung (Vertragseinrichtung) der Versicherungsanstalt heranzuziehen, wenn der Zustand des Erkrankten (Verletzten) dies ohne Gefahr einer Verschlimmerung zuläßt.

(4) ...

Kostenerstattung bei Fehlen vertraglicher Regelungen mit den Ärzten

(Dentisten)

§60. Stehen Vertragsärzte (Vertragsdentisten) infolge des Fehlens einer Regelung durch Verträge nicht zur Verfügung, so hat die Versicherungsanstalt dem Versicherten für die außerhalb einer eigenen Einrichtung in Anspruch genommene Behandlung (den Zahnersatz) die Kostenerstattung in der Höhe des Betrages zu leisten, der vor Eintritt des vertragslosen Zustandes bei Inanspruchnahme eines Wahlarztes (Wahldentisten) zu leisten gewesen wäre. Die Kostenerstattung ist um den Betrag zu vermindern, der vom Versicherten als Behandlungsbeitrag (§63 Abs4) bei Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe als Sachleistung zu leisten gewesen wäre. Die Versicherungsanstalt kann diese Kostenerstattung durch die Satzung unter Bedachtnahme auf ihre finanzielle Leistungsfähigkeit erhöhen.

Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen

§60a. Stehen andere Vertragspartner infolge Fehlens von Verträgen nicht zur Verfügung, so gilt §60 mit der Maßgabe, daß in jenen Fällen, in denen noch keine Verträge für den Bereich einer Berufsgruppe bestehen, die Versicherungsanstalt den Versicherten die in der Satzung festgesetzten Kostenzuschüsse zu leisten hat. Die Versicherungsanstalt hat das Ausmaß dieser Zuschüsse unter Bedachtnahme auf ihre finanzielle Leistungsfähigkeit festzusetzen.

...

Krankenbehandlung

§62. (1) ...

(2) Die Krankenbehandlung muß ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Durch die Krankenbehandlung sollen die Gesundheit, die Dienstfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden. Die Leistungen der Krankenbehandlung werden, soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt wird, als Sachleistung erbracht.

..."

2.1.2. §43 der Satzung der BVA vom 13. Dezember 1974 (Soziale Sicherheit 1975, Amtliche Verlautbarung Nr. 70/1975) idF der

22. Änderung, Soziale Sicherheit 1992, Amtliche Verlautbarung Nr. 119/1992, lautet - soweit für den vorliegenden Fall relevant - samt Überschrift wie folgt:

"Ersatzleistungen

§43. (1) Nimmt der Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) der Versicherungsanstalt zur Erbringung der Sachleistungen der Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel) in Anspruch, so gebührt ihm der Ersatz der Kosten einer anderweitigen Krankenbehandlung in der Höhe des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner aufzuwenden gewesen wäre. Die Kostenerstattung ist um den Betrag zu vermindern, der vom Versicherten als Behandlungsbeitrag bzw. als Rezeptgebühr bei Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe bzw. von Heilmitteln als Sachleistung zu leisten gewesen wäre.

...

(4) Kosten von Leistungen aus den Versicherungsfällen der Krankheit und der Mutterschaft, die mangels vertraglicher oder anderer Regelung nicht gemäß Abs1 ersetzt werden können, sind, soweit nicht §60 B-KUVG zur Anwendung gelangt, nach Maßgabe der Bestimmungen der Krankenordnung zu erstatten.

(5) Im Falle der Inanspruchnahme neuer Behandlungs-, Untersuchungsmethoden und Leistungen, die vom chefärztlichen Dienst der Anstalt als zweckmäßig und das Maß des Notwendigen nicht überschreitend anerkannt werden und die weder vertraglich noch anderweitig sichergestellt bzw. geregelt sind, erstattet die BVA je Behandlung bzw. Untersuchung 60 % der nachgewiesenen Kosten, höchstens jedoch 50 % der jeweiligen Mindestbeitragsgrundlage.

..."

Die Punkte 10 und 10a der Krankenordnung der BVA vom 10. Juli 1976 (Soziale Sicherheit 1978, Amtliche Verlautbarung Nr. 13/1978) idF der 18. Änderung, Soziale Sicherheit 1992, Amtliche Verlautbarung Nr. 102/1992, lauten - soweit für den vorliegenden Fall relevant - wie folgt:

"10.

(1) Nimmt ein Anspruchsberechtigter nicht Vertragspartner oder eigene Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) der BVA zur Erbringung von Sachleistungen in Anspruch, hat er die Kosten hiefür zunächst aus eigenem zu tragen. Er kann sodann unter Überlassung der allfälligen ärztlichen Verordnung (Diagnose) und der saldierten, detaillierten Kostennachweise bei der für ihn zuständigen Landesgeschäftsstelle um den gebührenden Kostenersatz einkommen. Näheres wird im besonderen Teil bestimmt.

...

(3) Die Kostenerstattung gebührt in der Höhe des Betrages, den die BVA für einen entsprechenden Vertragspartner aufwenden hätte müssen. Bei Wegfall der vertraglichen Regelungen erfolgt der Kostenersatz in dem Ausmaß, das vor Eintritt des vertragslosen Zustandes zu leisten gewesen wäre, zuzüglich einer allenfalls in der Satzung vorgesehenen Erhöhung. Die Ersatzleistung wird um jenen Betrag vermindert, der bei Inanspruchnahme als Sachleistung als Selbstbehalt zu bezahlen wäre.

...

(6) Bei privater Inanspruchnahme eines Vertragspartners oder einer eigenen Einrichtung (Vertragseinrichtung) ist ein Kostenersatz ausgeschlossen.

10a.

Kann Punkt 10. (3) nicht zur Anwendung kommen, da bestimmte Leistungen aus den Versicherungsfällen der Krankheit und der Mutterschaft vertraglich nicht sichergestellt waren, leistet die BVA unter den festgelegten Voraussetzungen Kostenzuschüsse bis zu den im Anhang zur Krankenordnung genannten Beträgen. Sind solche Zuschüsse für bestimmte notwendige Leistungen nicht ausdrücklich vorgesehen, werden je Behandlung bzw. Untersuchung 60 % der nachgewiesenen Kosten, höchstens aber 50 % der Mindestbeitragsgrundlage im Monat der Inanspruchnahme der Leistung ersetzt. Punkt 10. (1) und (5) gilt sinngemäß."

2.2. Die Beziehungen der beklagten Versicherungsanstalt zu den Ärzten und anderen Vertragspartnern richten sich gemäß §128 B-KUVG grundsätzlich nach dem Sechsten Teil des ASVG und sind somit durch (privatrechtliche) Gesamt- und Einzelverträge zu regeln.

Die Krankenbehandlung nach dem B-KUVG umfaßt nach dessen §62 Abs1 die ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel. Nach §63 Abs1 wird ärztliche Hilfe durch Vertragsärzte, durch Wahlärzte oder durch Ärzte in Vertragseinrichtungen der Versicherungsanstalt gewährt, wobei der ärztlichen Hilfe im Rahmen der Krankenbehandlung zB Leistungen durch Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten sowie klinische Psychologen oder Psychotherapeuten unter bestimmten Voraussetzungen gleichgestellt sind. Die Krankenbehandlung muß nach §60 Abs2 B-KUVG ausreichend und zweckmäßig sein, ohne das Maß des Notwendigen zu überschreiten, und wird, soweit das B-KUVG nichts anderes bestimmt, als Sachleistung gewährt.

2.2.1. Nimmt der Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) der Versicherungsanstalt zur Leistungserbringung in Anspruch, so gebührt ihm der Ersatz der Kosten einer anderweitigen Krankenbehandlung in der Höhe jenes Betrages, den die Versicherungsanstalt bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner aufzuwenden gehabt hätte (§59 Abs1 erster Satz B-KUVG). Wie der Verfassungsgerichtshof zuletzt in seinem Erkenntnis vom 18. März 2000, G24/98 ua. Zlen, ausgesprochen hat, kann als "anderweitige Krankenbehandlung" (iS des - dem §59 Abs1 erster Satz B-KUVG korrespondierenden - §131 Abs1 erster Satz ASVG idF vor der Novelle BGBl. Nr. 411/1996) vor dem Hintergrund der §§135 Abs1 und 338 ff ASVG ausschließlich die Behandlung durch einen freiberuflich tätigen Arzt, der zum Krankenversicherungsträger in keinem Vertragsverhältnis steht, aufgefaßt werden (vgl. VfSlg. 13.286/1992). Die Höhe der Kostenerstattung nimmt am jeweiligen vertraglichen Tarif Maß; sie setzt daher notwendig voraus, daß die in Rede stehende ärztliche Leistung auch von Vertragspartnern der Versicherungsanstalt im Rahmen eines Vertragsverhältnisses erbracht und seitens der Versicherungsanstalt honoriert werden hätte können, daß also die Leistung Gegenstand des Vertragsverhältnisses ist.

2.2.2. Bestehen hingegen keine vertraglichen Regelungen, so kann sich - entgegen der Auffassung des antragstellenden Gerichts - der Kostenerstattungsanspruch des Versicherten schon deshalb nicht nach §59 B-KUVG richten, weil dieses - mitunter als "kassenfreier Raum" bezeichnete - Problem des Fehlens einer vertraglichen Regelung für bestimmte Leistungen bei Vertragsärzten und Nichtvertragsärzten (sog. Wahlärzten) in ganz gleicher Weise auftreten kann, weshalb die Beantwortung der Frage, ob und in welchem Umfang dem Krankenversicherten in solchen Fällen ein Kostenersatz zusteht, in beiden Konstellationen zum selben Ergebnis führen muß.

Fälle des Fehlens vertraglicher Regelungen werden in den §§60 und 60a B-KUVG geregelt. §60 B-KUVG betrifft dabei den Fall, daß ehemals eine vertragliche Regelung bestanden hat, diese aber (aus welchen Gründen immer) weggefallen ist, sodaß zur Zeit der Leistungserbringung ein "vertragsloser Zustand" herrscht. Nimmt der Anspruchsberechtigte außerhalb einer eigenen Einrichtung der Versicherungsanstalt eine Leistung in Anspruch, so ist ihm die Versicherungsanstalt zur Kostenerstattung in der Höhe jenes Betrages verpflichtet, der vor Eintritt des vertragslosen Zustandes bei Inanspruchnahme der wahlärztlichen Hilfe zu leisten gewesen wäre (§60 erster Satz B-KUVG). Die Kostenerstattung erfolgt somit nach denselben Grundsätzen wie jene nach §59 Abs1 B-KUVG, wobei die zu erstattenden Kosten freilich nach einem außer Kraft getretenen Vertragstarif auszumessen sind (vgl. hiezu auch das hg. Erkenntnis vom 29. September 2000, V106, 107/97, zur - dem §60 B-KUVG korrespondierenden - Bestimmung des §131a ASVG).

2.2.3. §60 B-KUVG enthält somit allein für den Fall eine Regelung, daß infolge des Wegfalls einer vertraglichen Regelung Vertragsärzte (Vertragsdentisten) nicht zur Verfügung stehen. Diese Bestimmung regelt hingegen nicht auch jene Fälle, in denen infolge des Fehlens einer vertraglichen Regelung andere Vertragspartner nicht zur Verfügung stehen oder aber eine vertragliche Regelung zu keiner Zeit bestanden hat.

In Fällen, in denen "andere" Vertragspartner - gemeint sind offenbar die in §63 Abs1 zweiter Satz B-KUVG genannten Berufsgruppen (vgl. auch die EB zu §60a B-KUVG, 287 BlgNR XVIII. GP 8 iVm 284 BlgNR XVIII. GP 29 f) - infolge des Fehlens von Verträgen nicht zur Verfügung stehen, ist nach §60a B-KUVG die Regelung des §60 B-KUVG anzuwenden, allerdings mit der Maßgabe, daß in jenen Fällen, in denen noch keine Verträge für den Bereich einer Berufsgruppe bestehen, die Versicherungsanstalt den Versicherten die in der Satzung - unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherungsanstalt - festgesetzten Kostenzuschüsse zu leisten hat.

§60a B-KUVG kennt somit zwei Anwendungsfälle bei Fehlen einer vertraglichen Regelung mit "anderen" Vertragspartnern: Haben Verträge bestanden, sind diese jedoch weggefallen, so gebührt dem Anspruchsberechtigten Kostenersatz entsprechend dem historischen Vertragstarif (vgl. §60 B-KUVG). Haben solche Verträge hingegen überhaupt nicht bestanden, so ist die Versicherungsanstalt ermächtigt, in ihrer Satzung Kostenzuschüsse festzusetzen.

Die im Anlaßfall gegebene Konstellation des Fehlens bloß einer vertraglichen Regelung für eine bestimmte (neuartige) ärztliche Behandlung ist somit weder in §59 noch in den §§60 und 60a B-KUVG ausdrücklich geregelt.

2.3. Das antragstellende Gericht kritisiert die zur Prüfung gestellten Regelungen unter zwei Gesichtspunkten als gesetzwidrig:

Einerseits sei es unzulässig, für "außervertragliche" Leistungen keine volle Kostenerstattung zu gewähren, sondern bloß Kostenzuschüsse vorzusehen; andererseits entbehrten die in Rede stehenden Regelungen der Satzung überhaupt der gesetzlichen Deckung, weil die - vom antragstellenden Gericht offenbar als einschlägig erachtete - Bestimmung des §59 Abs1 B-KUVG die Versicherungsanstalt nicht ermächtige, Kostenersatzbeträge bzw. Kostenzuschüsse festzusetzen.

Mit diesem Vorbringen ist das antragstellende Gericht nicht im Recht (wobei in Erinnerung zu rufen ist, daß der Verfassungsgerichtshof bei Verordnungsprüfungsanträgen gemäß Art139 Abs1 B-VG auf die vom antragstellenden Gericht geltend gemachten Bedenken beschränkt ist (zB VfSlg. 9287/1981, 11.576/1987)):

2.4. Zunächst ist darauf hinzuweisen, daß der Verfassungsgerichtshof mittlerweile in seinem Erkenntnis vom 18. März 2000, G24/98 ua. Zlen, ausgesprochen hat, daß keine Pflicht des Krankenversicherungsträgers erkennbar sei, alle erdenklichen und medizinisch möglichen Leistungen als Sachleistungen ohne Zuzahlungen des Versicherten zu erbringen; dem entspreche es, daß auch dem Versicherten - angesichts medizinisch durchführbarer Alternativen - ganz allgemein kein Rechtsanspruch auf die "jeweils weltbeste medizinische Versorgung" (OGH 15. Dezember 1992, 10 Ob S 136/92 = SZ 65/159), sondern bloß auf eine ausreichende und zweckmäßige, das Maß des Notwendigen nicht überschreitende Krankenbehandlung (§133 Abs2 ASVG, §62 Abs2 B-KUVG) zukomme.

Vor diesem Hintergrund trifft den Krankenversicherungsträger nicht die Pflicht, im Falle "außervertraglicher" Leistungen die dem Versicherten entstandenen Behandlungskosten zur Gänze zu tragen: Eine solche Pflicht ließe das - das sozialversicherungsrechtliche Leistungssystem beherrschende (vgl. VfSlg. 15.456/1999 (S 306 f)) - Sachleistungsprinzip nämlich von vornherein als überflüssig erscheinen und leerlaufen. Der Umstand, daß jene (vom Gesamtvertrag nicht umfaßte und daher nicht als Sachleistung in Betracht zu ziehende) Behandlung, der sich der Kläger des Anlaßverfahrens unterzogen hat, medizinisch notwendig und zweckmäßig, allenfalls auch mit niedrigeren Kosten als die sonst üblichen Behandlungsmethoden verbunden gewesen sei, kann an diesem Ergebnis nichts ändern, weil die medizinische Notwendigkeit einer ärztlichen Leistung stets Leistungsvoraussetzung für den Krankenversicherungsträger ist und daher - bei Fehlen einer den Träger treffenden Pflicht, die in Rede stehende Leistung als Sachleistung zu erbringen - über das Ausmaß der zu erbringenden Geldleistung nichts auszusagen vermag (vgl. neuerlich das bereits zitierte Erkenntnis vom 18. März 2000, G24/98 ua. Zlen).

2.5. Erweist sich nun, daß der bei vertraglich nicht geregelten ärztlichen Leistungen in Betracht kommende Leistungsanspruch im Gesetz nicht näher geregelt ist, wohl aber für andere Fälle der Lückenhaftigkeit von Verträgen in den §§60 und 60a B-KUVG Bestimmungen getroffen worden sind, so ist - gemessen am dargestellten Konzept des Gesetzgebers - das Vorliegen einer planwidrigen Lücke anzunehmen, wie der Bundesminister für Arbeit und Soziales und die beteiligte Versicherungsanstalt in ihren Äußerungen eingeräumt haben.

2.5.1. Nach der ständigen Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofs sind bei Ermittlung des Inhaltes einer gesetzlichen Regelung alle der Auslegung zur Verfügung stehenden Möglichkeiten auszuschöpfen. Erst wenn auch nach Heranziehung sämtlicher Interpretationsmethoden noch nicht beurteilt werden kann, wozu das Gesetz die

Verwaltungsbehörde ermächtigt, verletzt die Regelung die in Art18 B-VG enthaltenen rechtsstaatlichen Erfordernisse (vgl. VfSlg. 4139/1962, 5923/1969, 5993/1969, 7163/1973, 7521/1975, 8209/1977, 8395/1978, 11.499/1987, 14.466/1996).

2.5.2. Eine solche Nutzung aller Auslegungsmöglichkeiten ist auch bei Beurteilung der Gesetzmäßigkeit einer Verordnung geboten (vgl. VfSlg. 14.631/1996) und liegt hier umso näher, als die allein am Wortlaut orientierte Auslegung des im Hinblick auf den hier zu beurteilenden Problemkreis in erster Linie heranzuziehenden §60a B-KUVG diese Bestimmung als unsachlich und somit im Sinne des Art7 Abs1 B-VG iVm Art2 StGG als gleichheitswidrig erscheinen ließe. Es wäre nämlich kein sachlicher Grund dafür zu finden, bei ansonsten völlig gleichem Sachverhalt die Ansprüche des Versicherten davon abhängig zu machen, ob eine Leistung deshalb nicht als Sachleistung zur Verfügung steht, weil mangels geeigneter Vertragspartner Verträge noch nicht bestehen, oder ob letzteres deshalb der Fall ist, weil die in Rede stehende Behandlungsmethode neu und noch nicht allgemein in Gebrauch ist. In beiden Fällen handelt es sich nämlich um Leistungen, die an sich vom Begriff der Krankenbehandlung umfaßt sind und hinsichtlich derer noch nie ein Vertrag bestanden hat. Aus welchem der in Betracht kommenden Gründe eine vertragliche Regelung nicht besteht, kann aus dem Blickwinkel des Sachlichkeitsgebots im allgemeinen keinen Unterschied machen. Auch wäre nicht einzusehen, warum die Versicherungsanstalt bloß ermächtigt wäre, bei "außervertraglichen" Leistungen, die von "nichtärztlichen" Berufsgruppen erbracht worden sind, Kostenzuschüsse festzusetzen, nicht aber auch bei solchen, die zwar unzweifelhaft als ärztliche Heilbehandlung zu werten, jedoch bloß (noch) nicht vom geltenden Gesamtvertrag umfaßt sind.

2.5.3. Hinzugefügt sei, daß auch im Schrifttum - soweit überblickbar - die Auffassung vertreten wird, die dem §

Quelle: Verfassungsgerichtshof VfGH, http://www.vfgh.gv.at

© 2025 JUSLINE
JUSLINE® ist eine Marke der ADVOKAT Unternehmensberatung Greiter & Greiter GmbH.
www.jusline.at