jusline®
»» Recht. Schnell

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

TE Vfgh Erkenntnis 2000/3/18 G24/98 ua, V38/98 ua

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 18.03.2000

Index

66 Sozialversicherung
66/01 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

Norm

B-VG Art7 Abs1 / Gesetz
B-VG Art18 Abs2
B-VG Art139 Abs1 / Präjudizialität
B-VG Art140 Abs1 / Präjudizialität
ASVG §131 Abs1
ASVG §131 Abs6
ASVG §153
ASVG §131b
Satzung 1995 der Stmk Gebietskrankenkasse idF Nr 85/1996 §25 Abs1
Satzung 1995 der Tir Gebietskrankenkasse idF Nr 6/1997 §25 Abs1
Satzung 1995 der Tir Gebietskrankenkasse Nr 63/1995 §32 Abs1, §33 Abs2
Satzung 1995 der Wr Gebietskrankenkasse idF Nr 99/1996 §25 Abs1
VfGG §57 Abs1

Leitsatz

Keine Verfassungswidrigkeit der Regelungen über die Kostenrückerstattung nach Inanspruchnahme eines Wahlarztes; keine Gleichheitswidrigkeit der Beschränkung der Erstattungsbeträge auf 80% des Vertragsarzttarifs; Zulässigkeit der Verteilung der durch die Inanspruchnahme eines Wahlarztes entstehenden Mehraufwendungen auf die Verursacher in pauschalierter Form; keine Gesetzwidrigkeit einer Regelung der Satzung der Tir Gebietskrankenkasse betreffend die Gewährung von Zuschüssen für den Fall medizinischer Notwendigkeit von vertraglich nicht vorgesehenen Leistungen; Gesetzwidrigkeit einer Bestimmung der Satzung der Stmk Gebietskrankenkasse betreffend die Berechnung des Kostenersatzes bei Inanspruchnahme eines Wahlarztes; teilweise Zurückweisung der Anträge mangels Präjudizialität bzw mangels ausreichender Bezeichnung der aufzuhebenden Gesetzesstelle

Spruch

I. Die Anträge

a) des OLG Wien vom 27. November 1998, 7 Rs 166/98b (G9/99, V3/99) und

b) des OLG Innsbruck vom 18. März 1998, 23 Rs 12/98f (G72/98, V38/98), soweit darin die Aufhebung der Wortfolge ‚von 80 %' in §25 Abs1 der Satzung der Tiroler Gebietskrankenkasse 1995, Amtliche Verlautbarung Nr. 63/1995, SoSi 1995, in der Fassung ihrer dritten Änderung, Amtliche Verlautbarung Nr. 6/1997, SoSi 1997, beantragt wird,

werden zurückgewiesen.

II. Die Wortfolge:

"Bei der Berücksichtigung von quantitativen Verrechnungsbeschränkungen wird die Höhe der Kosten pro Leistung durch die Anwendung der Verrechnungsbeschränkung auf die von allen entsprechenden Leistungserbringern (Wahlärzte, Wahleinrichtungen, Wahlbehandler) über Kostenerstattungsanträge verrechneten Leistungen ermittelt. Als Bezugsgröße dient die Summe der in dem jeweils vorangegangenen Kalenderjahr über Kostenerstattung verrechneten Leistungen. Die daraus errechneten Durchschnittstarife für limitierte Leistungen werden in jährlichen Abständen jeweils im II. Quartal angepaßt."

in §25 Abs1 der Satzung der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse 1995, Amtliche Verlautbarung Nr. 49/1995, SoSi 1995, in der Fassung ihrer dritten Änderung, Amtliche Verlautbarung Nr. 85/1996, SoSi 1996,

wird als gesetzwidrig aufgehoben.

Die Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales ist zur unverzüglichen Kundmachung dieses Ausspruchs im Bundesgesetzblatt II verpflichtet.

III. Im übrigen werden die Anträge abgewiesen.

Begründung

Entscheidungsgründe:

I. 1. Beim Verfassungsgerichtshof sind Gesetzes- und Verordnungsprüfungsverfahren anhängig, welche aufgrund von Anträgen des Obersten Gerichtshofes und der Oberlandesgerichte Graz, Innsbruck, Linz und Wien gemäß Art89 Abs2. iVm Art139 Abs1 bzw. Art140 Abs1 B-VG eingeleitet wurden. Es handelt sich bei diesen Anträgen um die Beschlüsse

a) des OLG Wien

vom 24. Oktober 1997, 9 Rs 255/97d (protokolliert zuG24/98);

vom 27. November 1998, 7 Rs 166/98b (G9/99, V3/99);

vom 27. Jänner 1999, 7 Rs 336/98b (G41/99, V14/99);

b) des OLG Innsbruck

vom 18 März 1998, 23 Rs 12/98f (G72/98,V38/98)

vom 2. Dezember 1997, 25 Rs 122/97w (G98/98, V45/98),

vom 16. September 1998, 25 Rs 96/98y (G207/98, V84/98)

vom 16. September 1998, 25 Rs 99/98i (G208/98, V85/98),

vom 1. Dezember 1998, 25 Rs 132/98t (G260/98, V105/98) und

vom 16. Dezember 1998, 23 Rs 77/98i (G266/98, V106/98),

c) des OLG Graz

vom 23. April 1998, 7 Rs 272/97t (G92/98, V44/98),

d) des OLG Linz

vom 22. September 1998, 11 Rs 87/98p (G209/98, V86/98) und

e) des OGH

vom 1. September 1998, 10 ObS 84/98w (G203/98, V80/98),

vom 1. September 1998, 10 ObS 100/98y (G204/98, V81/98) und vom 16. März 1999, 10 ObS 51/99v (G71/99, V25/99).

2. In allen den vorliegenden Anträgen zugrunde liegenden Ausgangsfällen geht es um die Erstattung von Kosten für ärztliche Leistungen (im Antrag zu G209/98, V86/98 um physikotherapeutische Behandlungen) iSd §131 Abs1 ASVG idF BGBl. Nr. 411/1996 nach Inanspruchnahme eine Wahlarztes.

Die Oberlandesgerichte haben in diesen Rechtsstreitigkeiten nach Bescheiderlassung durch den Krankenversicherungsträger und Klageabweisung durch das jeweilige Landesgericht als Arbeits- und Sozialgericht (in Wien durch das Arbeits- und Sozialgericht Wien) jeweils als Berufungsgerichte, der OGH - nach Erfolglosigkeit der jeweiligen Berufung vor dem Oberlandesgericht - als Revisionsgericht zu entscheiden.

2.1. In den Rechtssachen der Anträge zu G24/98; G203/98, V80/98; G204/98, V81/92; G207/98, V84/98; G208/98, V85/98; G209/98, V86/98; G260/98, V105/98; G266/98, V106/98; G41/99, V14/99; G71/99, V25/99 geht es jeweils um die Inanspruchnahme ärztlicher Heilbehandlung durch Fachärzte, die nicht Vertragsärzte der jeweiligen Gebietskrankenkasse sind, sondern als "Wahlärzte" (im zuletzt genannten Fall als "Wahlzahnarzt") iSd §131 Abs1 ASVG in Anspruch genommen wurden: Die beklagten Gebietskrankenkassen hatten unter Anwendung des §131 Abs1 ASVG jeweils nur 80 % (im "Zahnarztfall" unter Anrechnung einer Zuzahlung des Versicherten von 50 % gem. §34 Abs1 iVm Anhang 4 der Satzung der Wiener Gebietskrankenkasse) des jeweiligen, für Vertragsärzte geltenden Honorartarifs ersetzt.

2.2. Die Besonderheit der Rechtssache des Antrages zu G9/99, V3/99 liegt darin, daß die klagenden Parteien den Zuspruch des Kostenersatzes für chefärztlich genehmigte Magnetresonanztomographien (MRT) begehren, die durch eine Fachärztin für Radiologie durchgeführt wurden, die zwar Vertragsärztin der beklagten Gebietskrankenkasse ist, deren (Einzel)Vertragsverhältnis die Vornahme solcher Untersuchungen jedoch nicht umfaßt. Die GKK hatte die beantragte Kostenerstattung mit der Begründung zur Gänze abgelehnt, daß gemäß §338 Abs2a ASVG Untersuchungen mittels Großgeräten außerhalb von Krankenanstalten auf Kosten der Sozialversicherung nur bei Vertragseinrichtungen in Anspruch genommen werden dürften.

2.3 Die dem Antrag G72/98, V38/98 zugrundeliegende Rechtssache hat einen Fall von Kostenerstattung für zum Teil gesamtvertraglich nicht geregelte Akupunkturleistungen zum Gegenstand. Die beklagte Tiroler Gebietskrankenkasse gewährte für gesamtvertraglich geregelte Leistungen unter Anwendung des §131 Abs1 ASVG nur 80 % des in der Honorarordnung vorgesehenen Tarifs; hinsichtlich der gesamtvertraglich nicht geregelten Nadelakupunkturen gewährte sie einen Kostenzuschuß von S 175,-.

2.4. In den Fällen der Anträge G98/98, V45/98 geht es um den durch eine Amalgamallergie der klagenden Partei notwendig gewordenen Austausch von Amalgam- durch Goldfüllungen durch eine Wahlzahnärztin. Diese hatte der klagenden Partei für Anästhesien, Röntgen sowie (Gold-)Inlays und Onlays insgesamt S 28.500.- in Rechnung gestellt. Darauf hatte die beklagte Tiroler Gebietskrankenkasse zunächst 2.345,20, nach Anerkennung einer Quecksilberamidchloridallergie bei der klagenden Partei insgesamt S 11.330.- (unter Anwendung der in Anhang 2 der Satzung vorgesehenen Kostenzuschüssen für außervertragliche Leistungen sowie der für Röntgenuntersuchungen maßgeblichen Pos. 24 des Anhanges 1 der Satzung) zuerkannt. Die Anästhesien wurden nicht honoriert, weil eine Vitalexstirpation oder Vitalamputation (als in der Satzung der Tiroler Gebietskrankenkasse für die Honorierung von Anästhesien vorgesehene Voraussetzungen) nicht vorlag.

2.5. Die Besonderheit des dem Antrag G92/98, V44/98 zugrunde liegenden Rechtsstreits liegt darin, daß die Steiermärkische Gebietskrankenkasse bei Erstattung der Kosten Verrechnungsbeschränkungen angewendet hat, deren Ermittlung bei Inanspruchnahme von Wahlärzten in §25 Abs1 der Satzung der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse näher geregelt ist und die sich auf die Pauschalierungsanordnung des §131 Abs1 letzter Satz ASVG stützen.

3.1. In jedem der Schriftsätze wird der Antrag gestellt, gemäß Art140 B-VG die Wortfolge "von 80 vH" in §131 Abs1 ASVG idF BGBl. 411/1996 und §131 Abs6 ASVG idF BGBl. 764/1996 zur Gänze als verfassungswidrig aufzuheben.

3.2. Das OLG Innsbruck beantragt in dem zu G72/98, V38/98 protokollierten Antrag (vgl. oben 2.3.) zudem die Aufhebung des §131b ASVG idF BGBl. Nr. 676/1991.

3.3. Mit Ausnahme des OLG Wien im führenden Verfahren G24/98 beantragen die antragstellenden Gerichte auch die Aufhebung der zur angefochtenen Bestimmung des §131 Abs1 ASVG korrespondierenden Bestimmung der Satzung der jeweiligen Gebietskrankenkasse. Das sind:

a) der Ausdruck "80 %" in §25 Abs1 der Satzung der Wiener Gebietskrankenkasse 1995, Amtliche Verlautbarung Nr. 59/1995, SoSi 1995, in der Fassung ihrer ersten Änderung, Amtliche Verlautbarung Nr. 99/1996, SoSi 1996 (offenbar unrichtig hingegen die Fundstellenbezeichnung des diese Bestimmung anfechtenden OLG Wien zu G9/99, V3/99, welches auf die Satzung in der Fassung ihrer dritten Änderung, Amtliche Verlautbarung Nr. 83/1996, SoSi 1996 abstellt - an dieser Fundstelle findet sich aber die dritte Änderung der Satzung der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse); in §25 Abs1 erster Satz der Satzung der Salzburger Gebietskrankenkasse 1995, Amtliche Verlautbarung Nr. 66/1995, SoSi 1995, in der Fassung ihrer zweiten Änderung, Amtliche Verlautbarung Nr. 87/1996, SoSi 1996; in §25 Abs1 der Satzung der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse 1995, Amtliche Verlautbarung Nr. 9/1995, SoSi 1995, in der Fassung ihrer dritten Änderung, Amtliche Verlautbarung Nr. 83/1996, SoSi 1996; in §32 Abs7 der Satzung der Wiener Gebietskrankenkasse 1995, Amtliche Verlautbarung Nr. 59/1995, SoSi 1995, in der Fassung ihrer zweiten Änderung, Amtliche Verlautbarung Nr. 121/1996, SoSi 1996;

b) die Wortfolge "80 % aller ermittelten Kosten, jedenfalls aber" in §25 Abs1 der Satzung der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse 1995, Amtliche Verlautbarung Nr. 49/1995, SoSi 1995, in der Fassung ihrer dritten Änderung, Amtliche Verlautbarung Nr. 85/1996, SoSi 1996;

c) der Ausdruck "von 80%" in §25 Abs1 der Satzung der Tiroler Gebietskrankenkasse 1995, Amtliche Verlautbarung Nr. 63/1995, SoSi 1995, in der Fassung ihrer dritten Änderung, Amtliche Verlautbarung Nr. 6/1997, SoSi 1997, und zwar in zwei Fällen; in §32 Abs7 der Satzung der Tiroler Gebietskrankenkasse 1995, Amtliche Verlautbarung Nr. 63/1995, SoSi 1995, in der Fassung ihrer dritten Änderung, Amtliche Verlautbarungen Nr. 6/1997, SoSi 1997; in §32 Abs7 der Satzung der Kärntner Gebietskrankenkasse 1995, Amtliche Verlautbarung Nr. 53/1995, SoSi 1995, in der Fassung ihrer dritten Änderung, Amtliche Verlautbarung Nr. 94/1997, SoSi 1997.

3.4. Das OLG Innsbruck beantragt ferner

a) im Antrag G72/98, V38/98 (vgl. oben 2.3.) die Aufhebung der Wortfolgen "die der ärztlichen Hilfe gleichgestellten Leistungen (§135 Abs1 Z1 bis 3 ASVG)" und "auf Rechnung der Kasse nicht zur Verfügung, weil Verträge nicht zustande gekommen sind, leistet die Kasse Kostenzuschüsse nach der Regelung im Anhang 5 zur Satzung" in der Stammfassung des §37 der Satzung der Tiroler Gebietskrankenkasse 1995, Amtliche Verlautbarung Nr. 63/1995, Soziale Sicherheit 1995;

b) in dem zu G98/98, V45/98 protokollierten Antrag (vgl. oben 2.4.) die Aufhebung des §32 Abs7 der Satzung der Tiroler Gebietskrankenkasse 1995, Amtliche Verlautbarung Nr. 63/1995, SoSi 1995 (Stammfassung), in der Fassung ihrer dritten Änderung, Amtliche Verlautbarungen Nr. 6/1997, SoSi 1997; sowie in der der Stammfassung der genannten Satzung in §32 Abs1 die Wortfolge: ", 2 und 3"; in §33 Abs2 die Wortfolge:

"nach Anhang 2. Die Kasse hat bei der Festsetzung der Höhe der Zuschüsse auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Kasse und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten Bedacht zu nehmen.",

sowie im Anhang 2 die Wortfolge:

"1. Inlays aus Gold oder Keramik

a) Einflächenfüllung S 1.200,-

b) Zweiflächenfüllung S 1.600,-

c) Dreiflächen- oder Mehrflächenfüllung S 1.760,-

2. Onlay aus Gold oder Keramik (Höckerdeckung) S 2.400,-".

3.5. Das Oberlandesgericht Graz beantragt zu G92/98, V44/98 (vgl. oben 2.6.) zusätzlich die Aufhebung der Wortfolge

"Bei der Berücksichtigung von quantitativen Verrechnungsbeschränkungen wird die Höhe der Kosten pro Leistung durch die Anwendung der Verrechnungsbeschränkung auf die von allen entsprechenden Leistungserbringern (Wahlärzte, Wahleinrichtungen, Wahlbehandler) über Kostenerstattungsanträge verrechneten Leistungen ermittelt. Als Bezugsgröße dient die Summe der in dem jeweils vorangegangenen Kalenderjahr über Kostenerstattung verrechneten Leistungen. Die daraus errechneten Durchschnittstarife für limitierte Leistungen werden in jährlichen Abständen jeweils im II. Quartal angepaßt."

in §25 Abs1 der Satzung der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse 1995, Amtliche Verlautbarung Nr. 49/1995, SoSi 1995, idF ihrer dritten Änderung, Amtliche Verlautbarung Nr. 85/1996, SoSi 1996.

4.1. §131 Abs1 und 6 ASVG, BGBl. Nr. 189/1955 idF BGBl. 411/1996 und 764/1996 lauten (die angefochtenen Teile sind hervorgehoben:

"(1) Nimmt der Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner (§338) oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) des Versicherungsträgers zur Erbringung der Sachleistungen der Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe) in Anspruch, so gebührt ihm der Ersatz der Kosten dieser Krankenbehandlung im Ausmaß von 80 vH des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre. Wird die Vergütung für die Tätigkeit des entsprechenden Vertragspartners nicht nach den erbrachten Einzelleistungen bestimmt, hat die Satzung des Versicherungsträgers Pauschbeträge für die Kostenerstattung festzusetzen.

...

(6) Wenn die flächendeckende Versorgung der Versicherten durch Verträge nicht in ausreichendem Maße gesichert ist, so kann in der Satzung des Versicherungsträgers das Ausmaß des Ersatzes der Kosten der Krankenbehandlung gemäß Abs1 mit mehr als 80 vH, höchstens jedoch mit 100 vH des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre, festgesetzt werden. Die flächendeckende Versorgung ist im Regelfall dann anzunehmen, wenn Gesamtverträge nach dem Sechsten Teil bestehen."

4.2. Die von den antragstellenden Gerichten im Zusammenhang mit §131 Abs1 ASVG angefochtenen relevanten Satzungsbestimmungen lauten (wobei die angefochtenen Wendungen und Wortfolgen hervorgehoben sind):

a) §32 Abs7 der Satzung der Wiener Gebietskrankenkasse 1995, Amtliche Verlautbarung Nr. 59/1995, SoSi 1995, in der Fassung ihrer zweiten Änderung, Amtliche Verlautbarung Nr. 121/1996, SoSi 1996:

"Kosten für die Behandlung durch Wahlzahnärzte (Wahldentisten, Wahleinrichtungen) werden in der Höhe von 80 % des Betrages erstattet, der bei Inanspruchnahme des entsprechenden Vertragspartners von der Kasse aufzuwenden gewesen wäre. Soweit zu einzelnen Leistungen lediglich Zuschüsse vorgesehen sind, werden für die Behandlung durch einen Wahlzahnarzt (einen Wahldentisten, eine Wahleinrichtung) die Zuschüsse in der im Anhang 2 zur Satzung bestimmten Höhe geleistet, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten."

b) §25 Abs1 der Satzung der Tiroler Gebietskrankenkasse 1995, Amtliche Verlautbarung Nr. 63/1995, SoSi 1995, in der Fassung ihrer dritten Änderung, Amtliche Verlautbarung Nr. 6/1997, SoSi 1997:

"Bei Inanspruchnahme eines Nichtvertragsarztes (Wahlarztes) werden die Kosten in Höhe von 80 % des Betrages erstattet, der bei Inanspruchnahme des entsprechenden Vertragspartners von der Kasse aufzuwenden gewesen wäre; soweit in der Honorarordnung Verrechnungsbeschränkungen (zB Limitierungen, Fallbegrenzungen, Pauschalien) vorgesehen sind, erfolgt die Kostenerstattung in Höhe von 80 % der im Anhang 6 festgesetzten Punkt- und Schillingwerte. Die Kostenerstattung darf jedenfalls aber das Honorar, das dem Wahlarzt tatsächlich entrichtet wurde, nicht übersteigen."

c) §32 Abs7 der Satzung der Tiroler Gebietskrankenkasse 1995, Amtliche Verlautbarung Nr. 63/1995, SoSi 1995, in der Fassung ihrer dritten Änderung, Amtliche Verlautbarungen Nr. 6/1997, SoSi 1997:

"Kosten für die Behandlung durch Wahlzahnärzte (Wahldentisten, Wahleinrichtungen) werden in der Höhe von 80 % des Betrages erstattet, der bei Inanspruchnahme des entsprechenden Vertragspartners von der Kasse aufzuwenden gewesen wäre. Soweit zu einzelnen Leistungen lediglich Zuschüsse vorgesehen sind, werden für die Behandlung eines Wahlzahnarztes (eines Wahldentisten, einer Wahleinrichtung) die Zuschüsse in der im Anhang 2 zur Satzung bestimmten Höhe geleistet, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten."

d) §25 Abs1 der Satzung der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse 1995, Amtliche Verlautbarung Nr. 49/1995, SoSi 1995, idF ihrer dritten Änderung, Amtliche Verlautbarung Nr. 85/1996, SoSi 1996:

"Bei Inanspruchnahme eines Nichtvertragsarztes (Wahlarztes) werden als Kosten für die erste Ordination in einem Kalendervierteljahr S 160,00, für die 1. weitere Ordination S 72,00, die 2. weitere Ordination S 50,00 und ab der 3. weiteren Ordination S 40,00, zuzüglich allfälliger in der Honorarordnung für entsprechende Vertragsärzte vorgesehene

Zuschläge bestimmt. Für die Ermittlung der Kosten für Einzelleistungen und Visiten sind die in den Honorarordnungen vertraglich vorgesehenen Verrechnungsbeschränkungen in qualitativer (z. B. Ausbildungs- und Ausrüstungserfordernisse, Fachgebietsbeschränkungen) und quantitativer (z. B. Limitierungen) Hinsicht entsprechend anzuwenden. Bei der Berücksichtigung von quantitativen Verrechnungsbeschränkungen wird die Höhe der Kosten pro Leistung durch die Anwendung der Verrechnungsbeschränkung auf die von allen entsprechenden Leistungserbringern (Wahlärzte, Wahleinrichtungen, Wahlbehandler) über Kostenerstattungsanträge verrechneten Leistungen ermittelt. Als Bezugsgröße dient die Summe der in dem jeweils vorangegangenen Kalenderjahr über Kostenerstattung verrechneten Leistungen. Die daraus errechneten Durchschnittstarife für limitierte Leistungen werden in jährlichen Abständen jeweils im II. Quartal angepaßt. Wegegebühren werden hiebei mit dem Ausmaß berücksichtigt, das die Kasse bei Inanspruchnahme des nächstgelegenen Vertragsarztes (Vertragsfacharztes) aufzuwenden gehabt hätte. Der Erstattungsbetrag darf 80 % aller ermittelten Kosten, jedenfalls aber das Honorar, das dem Wahlarzt tatsächlich entrichtet wurde, nicht übersteigen."

e) §25 Abs1 erster Satz der Satzung der Salzburger Gebietskrankenkasse 1995, Amtliche Verlautbarung Nr. 66/1995, SoSi 1995, in der Fassung ihrer zweiten Änderung, Amtliche Verlautbarung Nr. 87/1996, SoSi 1996:

"Bei Inanspruchnahme eines Nichtvertragsarztes (Wahlarztes) werden die Kosten für die erste Ordination in einem Kalendervierteljahr mit S 118,- (darin enthalten ein pauschalierter Anteil für eine ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache), jede weitere Ordination mit S 55,- erstattet, zuzüglich 80 % allfälliger, in der Honorarordnung für entsprechende Vertragsärzte vorgesehener Zuschläge und Honorare für Einzelleistungen und Visiten. Der Erstattungsbetrag darf das Honorar, das dem Wahlarzt tatsächlich entrichtet wurde, keinesfalls übersteigen. Bei der Ermittlung der Kostenerstattung sind die in den Honorarordnungen vertraglich vorgesehenen Verrechnungsbeschränkungen in qualitativer (z. B. Ausbildungs- und Ausrüstungserfordernisse, Fachgebietsbeschränkungen) und quantitativer (z. B. Limitierungen) Hinsicht entsprechend anzuwenden. Bei Berücksichtigung von quantitativen Verrechnungsbeschränkungen wird die Höhe der Kostenerstattung pro Leistung durch die Anwendung der Verrechnungsbeschränkungen auf die von allen entsprechenden Leistungserbringern (Wahlärzte, Wahleinrichtungen, Wahlbehandler) erbrachten Leistungen dieser Art im Verhältnis zu den von diesen Leistungserbringern verrechneten Fällen ermittelt. Diese Durchschnittstarife für limitierte Leistungen werden in halbjährlichen Abständen anhand der zurückliegenden Abrechnungen errechnet und bis zur Neuanpassung angewendet."

f) §25 Abs1 der Satzung der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse 1995, Amtliche Verlautbarung Nr. 9/1995, SoSi 1995, in der Fassung ihrer dritten Änderung, Amtliche Verlautbarung Nr. 83/1996, SoSi 1996:

"Bei Inanspruchnahme eines Nichtvertragsarztes (Wahlarztes) werden die Kosten für eine Ordination mit zwei Fünfteln der in Betracht kommenden pauschalierten Grundvergütung (Fallpauschale u.a.) herangezogen. Die Kostenerstattung darf

1.

im Kalendervierteljahr 80 % der in der Honorarordnung für einen vergleichbaren Vertragsarzt vorgesehenen Grundvergütung (Fallpauschale u.a.) zuzüglich der in der Honorarordnung vorgesehenen Zuschläge und Honorare für Einzelleistungen und Visiten,

2.

jedenfalls aber das Honorar, das dem Wahlarzt tatsächlich entrichtet wurde,

nicht übersteigen. Insoweit in der Honorarordnung für Vertragsärzte Verrechnungsbeschränkungen (z. B. Limitierungen, degressive Honorare, Mengenrabattregelungen usw.) vorgesehen sind, gelten für die Rückvergütung von Wahlarztrechnungen die im Anhang 6 festgelegten Punkt- und Schillingwerte."

g) §32 Abs7 der Satzung der Kärntner Gebietskrankenkasse 1995, Amtliche Verlautbarung Nr. 53/1995, SoSi 1995, in der Fassung ihrer ersten Änderung, Amtliche Verlautbarung Nr. 86/1996, SoSi 1996:

"(7) Kosten für die Behandlung durch Wahlzahnärzte (Wahldentisten, Wahleinrichtungen) werden in Höhe von 80 % des Betrages erstattet, der bei Inanspruchnahme des entsprechenden Vertragspartners von der Kasse aufzuwenden gewesen wäre."

h) §32 Abs7 der Satzung der Kärntner Gebietskrankenkasse 1995, Amtliche Verlautbarung Nr. 53/1995, SoSi 1995, in der Fassung ihrer dritten Änderung, Amtliche Verlautbarung Nr. 94/1997, SoSi 1997:

"(7) Kosten für die Behandlung durch Wahlzahnärzte (Wahldentisten, Wahleinrichtungen) werden in der Höhe von 80 % des Betrages erstattet, der bei Inanspruchnahme des entsprechenden Vertragspartners von der Kasse aufzuwenden gewesen wäre, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Soweit zu einzelnen Leistungen lediglich Zuschüsse vorgesehen sind, werden für die Behandlung durch einen Wahlzahnarzt (einen Wahldentisten, eine Wahleinrichtung) die Zuschüsse in der im Anhang 2 zur Satzung bestimmten Höhe geleistet, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten."

5. Die Bedenken zu §131 Abs1 und 6 ASVG (Begrenzung der Kostenerstattung mit 80 vH) und zu den korrespondierenden Bestimmungen der Satzungen:

Die Begründung der Anträge der antragstellenden Gerichtshöfe auf Aufhebung der angefochtenen Wortfolge in §131 Abs1 ASVG (sowie der korrespondierenden Regelungen in der Satzung der jeweils beklagten Gebietskrankenkasse) stützt sich ausnahmslos auf gleichheitsrechtliche Erwägungen. Die antragstellenden Gerichtshöfe weisen darauf hin, daß §131 Abs6 ASVG mit Abs1 leg. cit. in normativem Sachzusammenhang stehe und die Gesetzesmaterialien als Begründung für die Gewährung weiterer Wahlarztkosten (im Fall des Abs6) nur die mangelnde ärztliche Versorgung überhaupt anführten, jedoch keine weiteren Aufschlüsse über die bekämpfte Beschränkung auf 80 % der Vertragsarztkosten schlechthin gäben.

5.1. Das OLG Wien führt in seinem Antrag zu G24/98 (dem führenden Verfahren) - nach eingehender Darlegung des Systems der Leistungserbringung der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem ASVG - im wesentlichen folgendes aus:

" ...Die konkreten Bedenken des Berufungsgerichtes gehen nunmehr dahin, daß die angefochtenen Bestimmungen gegen den in Art7 Abs1 B-VG und Art2 Staatsgrundgesetz verfassungsrechtlich verankerten Gleichheitsgrundsatz verstoßen könnten.

Der Gleichheitssatz erfordert es, an gleiche Tatbestände gleiche Rechtsfolgen zu knüpfen und nur sachlich gerechtfertigte Differenzierungen vorzunehmen (vgl. VfSlg. 12.333 u.a.). Hier sieht der Gesetzgeber zwei gleichwertige Formen der Sachleistungserbringung der ärztlichen Hilfe vor, und zwar einerseits durch Vertragsärzte und andererseits durch Wahlärzte (§135 ASVG). Wenngleich es ihm nicht versagt ist, von einem selbstgeschaffenen Ordnungssystem abzugehen (vgl. VfSlg. 8806), so geschieht dies im Ergebnis hier nicht, da an der Gleichwertigkeit der Sachleistungserbringung festgehalten wird und jene durch freiberufliche Ärzte sogar insgesamt gegenüber der Sachleistungserbringung durch Ambulatorien geschützt wird (vgl. §23 Abs6 ASVG).

Die Gleichwertigkeit der Leistungserbringung zeigt sich auch daran besonders deutlich, daß hinsichtlich jener Leistungen, die auch von den Verträgen der Vertragsärzte nicht erfaßt sind (vgl. etwa SSV-NF 7/A7, SSV-NF 9/100, SSV-NF 8/33) eine Bezugnahme auf vergleichbare Leistungen der Vertragspartner des Versicherungsträgers nicht möglich ist. Hier wäre wohl ausgehend vom Wortlaut der Regelung des §131 Abs1 ASVG bei Vertragsärzten der volle Marktpreis und bei Wahlärzten 80 % davon als Kostenersatz zu erstatten sein. Aber auch wenn man insoweit mangels 'Vertragspartner' vom gleichen Kostenerstattungsanspruch ausginge, ist eine sachliche Rechtfertigung dafür, daß sobald eine vertragliche Einigung mit dem Vertragsärzten auch über diese Leistung erzielt wurde, deren Honorierung um 2,5 % über jener der Wahlärzte liegen soll, vorweg unmittelbar aus dem System der gesetzlichen Sozialversicherung nicht ersichtlich.

Maßgeblich könnte hier das von der Beklagten geltend gemachte Argument des höheren Verwaltungsaufwandes sein, wobei jedoch offensichtlich auch mit der Organisation der Vertragsärzte ein bestimmter Aufwand verbunden ist (vgl. §§338 ff ASVG). ... Vorweg ist nur zu den Argumenten der Beklagten zu bemerken, daß wohl auch bei Vertragsärzten immer wieder die Überprüfung von Rezepten oder anderen Leistungen vorgenommen werden. Daß die Inanspruchnahme von Wahlärzten nach dem gesetzlichen System die Ausnahme bilden soll, ist dem ASVG nicht zu entnehmen. Im Hinblick auf die besondere Bedeutung des berufsrechtlichen Verständnisses der Ärzte selbst für den Umfang des Krankheitsbegriffes und des Anspruches auf Krankenbehandlung kann vorweg auch nicht davon ausgegangen werden, daß durch die Auswahl der Vertragsärzte hier den Krankversicherungsträgern ein wesentliches Gestaltungsmittel eingeräumt werden soll.

..."

5.2. Diesen Bedenken entsprechen - in der Sache, nicht im Wortlaut - jene des Oberlandesgerichtes Innsbruck zu G72/98, V38/98:

"Auszugehen ist vom Grundsatz der freien Arztwahl, die nicht die Verpflichtung des Versicherten mit sich bringt, in erster Linie vom System der Vertragseinrichtungen und der Vertragsärzte der Versicherungsträger Gebrauch zu machen (vgl. SZ 65/159 und SZ 67/76 je mwN). Vielmehr ist dem Versicherten (Anspruchsberechtigten) auch bezogen auf die Zahnbehandlung, die der ärztlichen Hilfe insoweit gleichzustellen ist, eine völlig freie Wahl zuzugestehen, welche der im §135 Abs1 ASVG genannten Behandlungsmöglichkeiten er in Anspruch nehmen will. Wird ärztliche Hilfe durch eigene oder durch Vertragseinrichtungen gewährt, muß nach §135 Abs2 zweiter Satz ASVG die Wahl der Behandlung zwischen einer dieser Einrichtungen und einem oder mehreren Vertragsärzten bzw. Wahlärzten unter den gleichen Bedingungen freigestellt sein. Das Vertrauen des Patienten in den Arzt ist eines der Fundamente der Heilbehandlung, dem auch im Rahmen der Sachleistungsvorsorge Rechnung zu tragen ist. Der Anspruchsberechtigte 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 durch das ASVG auf den Kostenersatz verwiesen wird, ist der Preis für diese Wahl. Der Anspruchsberechtigte nimmt dabei auch in Kauf, daß ihm nur die Kostenerstattung im Ausmaß des Honorares eines Vertragsarztes gewährt wurde, wie dies nach der früheren Rechtslage vor dem Sozialrechtsänderungsgesetz BGBl Nr. 411/1996 der Fall war.

Durch die im Sinne des BGBl Nr. 411/1996 novellierten Bestimmungen des §135 Abs1 und 6 ASVG wird aber nunmehr entgegen dieser vom Gesetz selbst gewährten freien Arztwahl der Anspruchsberechtigte, der einen Wahlarzt aufsucht, gegenüber einem Versicherten schlechtergestellt, der einen Vertragsarzt (eine Vertragseinrichtung) in Anspruch nimmt. Letzterer hat (ausgenommen die Krankenscheingebühr) aus eigenen Mitteln weder dem Vertragsarzt noch dem Sozialversicherungsträger irgendeine Geldleistung zu erbringen; in diesem Sinne ist die Behandlung durch den Vertragsarzt für den Patienten 'kostenlos' (ausgenommen die Krankenscheingebühr). Demgegenüber hat der Anspruchsberechtigte, der einen Wahlarzt aufsucht, nicht nur die diesbezüglichen Kosten zu bevorschussen (vgl. §25 der Satzung der beklagten Partei), er muß vielmehr auch noch einen Eigenanteil von 20 % jener Kosten tragen, die die Patienten, die einen Vertragsarzt in Anspruch nehmen, überhaupt wirtschaftlich nicht belasten. In diesem Sinne leistet ein Wahlarztpatient eine Aufzahlung auf die Arztkosten, die den Patienten eines Vertragsarztes nach der derzeitigen Gesetzes- und Verordnungslage nicht treffen können. Als Begründung für diese Neuregelung ist den Gesetzesmaterialien (vgl. GP XX, RV 214, 41) lediglich folgendes zu entnehmen:

'Von den Krankenversicherungsträgern wurde in jüngster Zeit immer wieder festgestellt, daß wahlärztliche Hilfe mehr und mehr in Anspruch genommen wird und dadurch die Ausgaben für die Kostenerstattung stark ansteigen. Zur Abdeckung der höheren Verwaltungskosten soll in Hinkunft der Kostenersatz für wahlärztliche Behandlung nur mehr in Höhe von 80 % des Betrages, der bei Inanspruchnahme eines Vertragsarztes aufzuwenden gewesen wäre, gebühren. Dies führt im Bereich des ASVG zu folgenden Einsparungen.

Zu dieser Regelung tritt noch jene des §135 Abs3 letzter Satz ASVG hinzu, gemäß der im Ergebnis der Patient, der einen Wahlarzt in Anspruch nimmt, einer weiteren Kostenbelastung von pauschal S 50,-- ausgesetzt ist, die für Rechnung des Versicherungsträgers vom Anspruchsberechtigten zu bezahlen ist. Daraus erhellt - näheres ist auch aus den Gesetzesmaterialien nicht zu entnehmen -, daß diese Gebühr dem Sozialversicherungsträger zukommen soll ('... für Rechnung ...') und daß mit dieser Zahlung im weitesten Sinn wohl auch zur Deckung des Verwaltungsaufwandes des Sozialversicherungsträgers beigetragen werden soll. Wie immer man diese Gebühr, die der Wahlarztpatient zu tragen hat, auch nennt, bleibt für ihn bei Inanspruchnahme eines Wahlarztes eine Doppelbelastung bestehen, nämlich der erwähnte 20 %ige Abzug zuzüglich der Krankenscheingebühr von S 50,--.

Diese Regelung erscheint mit dem in Art7 B-VG normierten Gleichheitsgrundsatz nicht vereinbar. Die Absicht des Gesetzgebers einer Gleichstellung von Vertragsarzt- und Wahlarztpatienten wird nicht verwirklicht."

5.3. Wörtlich entsprechende Bedenken äußert das OLG Innsbruck auch in den anderen von ihm angestrengten Verfahren, sowie der OGH - nach eingehender Darstellung der Rechtslage (samt einschlägiger Gesetzesmaterialien) - in den von ihm gestellten Gesetzes- und Verordnungsprüfungsanträgen, (G203/98, V80/98; G204/98, V81/98;

G71/99, V25/99), wobei der OGH zusätzlich folgendes hervorhebt:

"Der Oberste Gerichtshof übersieht nicht, daß Vertragsärzte - anders als Wahlärzte - in einem organisatorischen Naheverhältnis zum Krankenversicherungsträger stehen und sich ihre Honorierung aus der Honorarordnung des Gesamtvertrages ergibt, wonach das Gesamthonorar auch durch Deckelungen und Punktwertdegressionen beeinflußt wird, daß aber weiters den Vertragsärzten aus den Einzelverträgen nicht nur Rechte zukommen, sondern ihnen auch bestimmte Verpflichtungen auferlegt sind (Residenzpflicht, Mindestordinationszeiten, Behandlungspflicht unter Umständen ohne Honorar bei Überschreitung der Deckelung usw).

Diese an sich zur Begründung der unterschiedlichen Behandlung von Vertrags- und Wahlärzten tauglichen Gesichtspunkte wurden aber in den oben zitierten Gesetzesmaterialien gar nicht angesprochen. ... Ob die(se) in den zitierten Materialien dargelegten Gesichtspunkte sachlich überhaupt zutreffen, vermag der Oberste Gerichtshof jedoch nicht zu beurteilen: Die Fragen des angeblich starken Ansteigens der Inanspruchnahme von Wahlärzten und der damit angeblich verbundenen höheren Verwaltungskosten sowie des angeblichen Einsparungseffektes sind durchwegs solche Fragen, die mit dem Entscheidungsgegenstand der vorliegenden Sozialrechtssache überhaupt nichts zu tun haben, die nicht Prozeßgegenstand sind, über die den Parteien dieses Verfahrens keine Disposition zukommt und deren Beantwortung auch dem Obersten Gerichtshof mangels entsprechender Sachverhaltsunterlagen nicht möglich ist. ..."

5.4. Das OLG Wien übernimmt in den Anträgen zu G9/99, V3/99 und zu G41/99, V14/99, das OLG Linz im Antrag zu G209/98, V86/98 die (wie erwähnt: ihrerseits zT vom OLG Innsbruck stammenden) Bedenken des OGH.

5.5. Das OLG Graz wieder übernimmt in seinem Antrag zu G92/98, V44/98 ausdrücklich die Bedenken der OLG Wien und Innsbruck und ergänzt deren Begründung wie folgt:

"Das Erfordernis der freien Arztwahl, das, wie von der Berufungswerberin aufgezeigt, in den Gesetzesmaterialien zur Stammfassung des §135 ASVG ausdrücklich angesprochen wird, kann für die beklagte Partei nur bedeuten, daß sie die Frequentierung von Wahlärzten und von Vertragsärzten in möglichst gleicher Weise gewährleisten muß. Das bedeutet, daß sie nicht Hindernisse errichten darf, die Teile der Versichertengemeinschaft von der Inanspruchnahme eines Wahlarztes ausschließen und sie auf die vertragsärztliche Hilfe auch dort verweisen, wo zwischen dem Patienten und dem Arzt eine Vertrauensbasis überhaupt nicht oder nicht in ausreichendem Maß besteht. Wird die Forderung, keine derartigen Hindernisse zu schaffen, als Ausfluß des in Art7 B-VG und Art2 StGG ausgedrückten Prinzips der Gleichheit aller Bundesbürger vor dem Gesetz verstanden, dann - allerdings nur dann - ist eine Regelung verfassungswidrig, die weniger Begüterte von der Inanspruchnahme eines Wahlarztes abschrecken kann. Die vor der 53. ASVG-Novelle bestehende Notwendigkeit für Wahlarztpatienten, den Wahlarzt zunächst bezahlen zu müssen und dann erst eine Kostenerstattung fordern zu können, kann ein entscheidendes Hindernis noch nicht bilden, weil eine Mittellosigkeit im erforderlichen Ausmaß auch im Kreditwege überbrückt werden kann. Die durch die 53. ASVG-Novelle eingeführte generelle Beschränkung der Kostenerstattung für Wahlärzte auf lediglich 80 % des Honorars für Vertragsärzte ist dagegen sehr wohl eine ins Gewicht fallende Schranke für weniger Begüterte, deren Errichtung verboten wäre, wenn dem Prinzip der freien Arztwahl über den Gleichheitsgrundsatz verfassungsrechtlicher Rang zukäme. Die Beschränkung könnte dann nicht, wie die beklagte Partei es in ihrer Berufungsbeantwortung versucht, damit gerechtfertigt werden, daß Wahlarztpatienten höher Kosten verursachen als solche von Vertragsärzten, weil die Abgeltung medizinischer Leistungen im Wege der Kostenerstattung einen höheren Verwaltungsaufwand erfordert als die Honorierung von Vertragsärzten. Der durch Wahlarztpatienten verursachte höhere Verwaltungsaufwand wäre von der gesamten Versichertengemeinschaft zu tragen und dürfte nicht durch eine Kostenerstattungsbeschränkung pauschal nur den Wahlarztpatienten angelastet werden.

Tatsächlich bestehen gewichtige Argumente dafür, die Möglichkeit der freien Arztwahl verfassungsrechtlich zu schützen und in der Diskriminierung von Wahlarztpatienten eine Unsachlichkeit zu erblicken, die einen Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz darstellt (VfSlg 12.333 ua). Die Leistungen aus der Krankenversicherung sind vom Grundsatz des §133 Abs2 ASVG beherrscht: Die durch den Versicherungsträger zu gewährleistende Krankenbehandlung muß ausreichend und zweckmäßig sein; sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Es gibt Behandlungsmaßnahmen, die eine ausreichende, zweckmäßige und das Maß des Notwendigen nicht übersteigende Wirkung nur dann entfalten können, wenn zwischen Arzt und Patient ein hinreichendes Vertrauensverhältnis besteht. Eingriffe chemischer oder chirurgischer Art etwa sind nur zumutbar, wenn zwischen dem eingreifenden Arzt und dem Patienten ein hinreichendes Vertrauensverhältnis besteht. Die Benachteiligung von Patienten, die sich ihren Arzt im

Interesse ihrer notwendigen Gesunderhaltung frei wählen, wird daher als unsachlich bezeichnet werden müssen. Der höhere Verwaltungsaufwand, den ein frei wählender Patient allenfalls verursacht, kann nicht dazu führen, ihm die Wahlmöglichkeit zunehmen oder sie gravierend einzuschränken."

6.

Die Bedenken des OLG Innsbruck gegen §131b ASVG (und korrespondierende Satzungsbestimmungen):

Das OLG Innsbruck trägt gegen die (nur) von ihm zu G72/98, V38/98 angefochtene Bestimmung des §131b ASVG sowie die angefochtenen Wortfolgen "die der ärztlichen Hilfe gleichgestellten Leistungen (§135 Abs1 Z1 bis 3 ASVG)" und "auf Rechnung der Kasse nicht zur Verfügung, weil Verträge nicht zustande gekommen sind, leistet die Kasse Kostenzuschüsse nach der Regelung im Anhang 5 zur Satzung" in der Stammfassung des §37 der Satzung der Tiroler GKK, Amtliche Verlautbarung Nr. 63/1995, SoSi 1995 (vgl. oben 3.4. lita) im wesentlichen folgende verfassungsrechtliche Bedenken vor:

"...

Nach Ansicht des Berufungsgerichtes widerspricht die Bestimmung des §131 b dem Determinierungsgebot des Art18 Abs2 B-VG. Denn darin wird dem Versicherungsträger die Ermächtigung erteilt, die Höhe der zu leistenden Kostenzuschüsse in der Satzung festzusetzen, wobei der Versicherungsträger auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit und das wirtschaftliche Bedürfnis des Versicherten Bedacht zu nehmen hat. Woran sich die 'finanzielle Leistungsfähigkeit' des Versicherungsträgers und das 'wirtschaftliche Bedürfnis' des Versicherten zu orientieren hat, also welche Kriterien der Versicherungsträger der Beurteilung seiner Leistungsfähigkeit bzw. des wirtschaftlichen Bedürfnisses des Versicherten zugrundezulegen hat, läßt sich aus dieser Bestimmung nicht ableiten. Es bleibt sohin dem Gutdünken des Versicherungsträgers überlassen, was er unter seiner 'finanziellen Leistungsfähigkeit' bzw. dem 'wirtschaftlichen Bedürfnis der Versicherten' versteht.

§131 b ASVG widerspricht sohin dem verfassungsrechtlichen Verbot einer lediglich formal-gesetzlichen Delegation von Verordnungsbefugnissen gemäß Art18 Abs2 B-VG.

Ausgehend von der Verfassungswidrigkeit der Bestimmung des §131 b ASVG ergibt sich als weitere Folge, daß §37 der Satzung der Beklagten keine gesetzliche Grundlage mehr hat und sich daher der Anfechtungsantrag auch auf diese Regelung, soweit sie im gegenständlichen Fall anzuwenden ist, zu erstrecken hat."

7.

Die Bedenken zu den weiteren Verordungsprüfungsanträgen:

7.1. Die zu G98/98, V45/98 protokollierte Anfechtung von Wortfolgen in §32 Abs1, in §33 Abs2 und im Anhang 2 der Stammfassung der Satzung der Tiroler GKK, Amtliche Verlautbarung Nr. 63/1995, SoSi 1995 (Ersetzung von Amalgamplomben - siehe oben Pkt. 2.4. und Pkt. 3.4. litb) begründet das OLG Innsbruck im wesentlichen wie folgt:

"... Bezogen auf die Verordnungsprüfung ist zunächst festzuhalten, daß in seinem Erkenntnis vom 25.6.1992, G245/91, V189/91 (VfSlg 13133) der Verfassungsgerichtshof die Bestimmung des §153 Abs1 erster Satz ASVG als hinreichend determinierende Bestimmung bezogen auf die Ermächtigung des Satzunggebers qualifiziert hat. Bei unveränderter Rechtslage bestand für das Berufungsgericht daher kein Anlaß, neuerlich den Verfassungsgerichtshof mit der Prüfung der Verfassungsmäßigkeit dieser Bestimmung zu befassen.

...

Wenn nunmehr die beklagte Partei im Rahmen ihrer Satzung in den vom Berufungsgericht für bedenklich gehaltenen Bestimmungen Einschränkungen insoweit vorsieht, als jedenfalls (auch bei offenbarer medizinischer Notwendigkeit) nicht die vollen Zahnbehandlungskosten, sondern nur Zuschüsse gewährt werden, widersprechen diese Satzungsbestimmungen den zugrunde liegenden gesetzlichen Bestimmungen und sind daher ... gesetzwidrig.

Zu prüfen war allerdings noch, ob auf Grund der Möglichkeit der gesetzeskonformen Auslegung der Satzung eine Verpflichtung des Berufungsgerichtes deswegen nicht bestünde. Der Umstand, daß das Erstgericht die Satzung als Verordnung bereits angewendet hatte, kann ohnehin die Anfechtungsbefugnis des Berufungsgerichtes nicht beseitigen (Mayer a.a.O., 328). Diese Auslegung hatte im Zusammenhang mit den in Frage stehenden Leistungen anzusetzen, und zwar in der Blickrichtung, ob aus dem Sinnzusammenhang der einschlägigen Satzungsbestimmungen nicht doch eine gesetzeskonforme Leistungspflicht der beklagten Partei abgeleitet werden könnte (vgl VfSlg 13.571).

Dies scheint aber infolge der imperativen Formulierung des §32 Abs1 bezogen auf die Zahnbehandlung und den abschließenden Verweis auf die Anhänge 1 und 2 nicht möglich. Zu beachten ist hiebei auch die Bestimmung des §33 Abs2 der Satzung, die ausdrücklich den Ausdruck 'Zuschüsse' erwähnt. Solche Zuschüsse, die nicht die vollen notwendigen Kosten abdecken, sind aber - wie bereits ausgeführt - für den Bereich der Zahnbehandlung unzulässig. Der Begriff Zuschuß kann sowohl nach dem eigentlichen Wortsinn als auch im Zusammenhang seiner Verwendung in der Satzung nach Ansicht des Berufungsgerichtes eben nur so aufgefaßt werden, daß unter Ausschluß darüberhinausgehender Leistungen und ohne Rücksichtnahme auf deren allfällige medizinische Notwendigkeit nur diese (Zuschuß-)Leistungen, nicht aber andere Leistungen von der beklagten Partei (auch) dem Wahlarztpatienten ersetzt werden. Der zweite Satz im §33 Abs2 der Satzung erhärtet diese Überlegungen, wird in ihm bezogen auf die Höhe der Zuschüsse in keiner Weise auf medizinische Gesichtpunkte Bezug genommen, sondern ausschließlich auf wirtschaftliche Gegebenheiten der beklagten Partei bzw. ihrer Versicherten.

Zumal also eine verfassungs- bzw. gesetzeskonforme Auslegung der im Spruch zitierten Bestimmungen nicht in der Richtung möglich scheint, daß ungeachtet ihres Bestandes ausschließlich auf die in §153 Abs1 erster Satz iVm §133 Abs2 ASVG hervorleuchtenden Kriterien ohne betragliche Einschränkungen Bedacht genommen werden könnte, übernimmt das Berufungsgericht die vom Verfassungsgerichtshof im Erkenntnis VfSlg 13.133 zum Ausdruck gebrachten Überlegungen als Bedenken gegenüber den im Spruch zitierten Bestimmungen der Satzung der beklagten Partei. Dies mußte zu einer Anfechtung jener Teile der Satzung führen, die zu einer dem Gesetz nicht entsprechenden Einschränkung der Zahnbehandlung führen."

7.2. Das OLG Graz wendet sich in dem zu G92/98, V44/98 protokollierten Verfahren auch gegen den ersten Satz des §25 Abs1 der Satzung der Steiermärkischen GKK 1995 idF der dritten Satzungsänderung, Amtliche Verlautbarung Nr. 85/1996, SoSi 1996, (siehe oben Pkt. 2.4.) betreffend die Modalitäten der Pauschbetragsfestsetzung und begründet diesen Verordnungsprüfungsantrag wie folgt:

"§25 Abs1 der Satzung steht mit §131 Abs1 ASVG insoferne nicht im Widerspruch, als die erstgenannte Bestimmung für die Erstattung von Wahlarztkosten Pauschbeträge einführen soll. Gegen eine derartige Pauschalbetragsfestsetzung, insofern also zu einem Abgehen von dem nach §342 Abs2 ASVG nur 'grundsätzlich' angeordneten Einzelleistungssystem besteht kein Einwand. Voraussetzung für die Zulässigkeit einer derartigen Festsetzung ist, daß (auch) die Tätigkeit eines 'entsprechenden Vertragspartners', also eines dem Wahlarzt vergleichbaren Vertragsarztes, nicht - oder nicht nur (SSV-NF 8/72) - nach erbrachten Einzelleistungen bestimmt wird. Diese Voraussetzung erfüllt der Gesamtvertrag beklagten Partei mit den Vertragsärzten und die dort vorgesehene Honorarordnung in den hier umstrittenen Rechnungsposten. Nicht nur die für einen bestimmten Patienten erbrachte Einzelleistung ist für die Honorierung eines Vertragsarztes maßgeblich, sondern auch die aller anderen in der betreffenden Ordination in einem bestimmten Quartal anfallenden gleichartigen Behandlungsfälle oder Behandlungsnotwendigkeiten.

Anders als durch Festsetzung solcher Pauschbeträge kann die beklagte Partei ihr Ziel nicht errechnen, für alle Patienten wenigstens eines bestimmten Facharztes in einem bestimmten Zeitraum für gleichartige Leistungen gleiche Erstattungsbeträge einzuführen; es sei denn, sie nimmt - wie bis zum ersten Quartal 1996 - bei Wahlärzten Überhaupt keine Kürzungen vor. Das aber würde dann, wenn die Ordinationsauslastung vergleichbarer Vertragsärzte Kürzungen rechtfertigen würde, nicht einmal jener Rechtslage entsprechen, die vor der 53. ASVG-Novelle durch die damalige Fassung des §131 Abs1 ASVG gegeben war; es stünde überdies im Widerspruch zur gebotenen weitestgehenden Gleichstellung zwischen Wahl- und Vertragsärzten, weil Wahlärzte in einem solchen Fall bevorzugt wären.

Daß die Pauschbeträge bei Vertragsärzten und Wahlärzten gleich sein müssen, wird vom Gesetz nicht gefordert. Die Zweckmäßigkeit - wenn nicht Notwendigkeit - von Unterschieden wird schon durch die Verschiedenheiten verursacht, mit denen die beklagte Partei Wahlarztrechnungen einerseits und Vertragsarztrechnungen andererseits zur Abdeckung präsentiert bekommt. Während Vertragsärzte für jedes Kalendervierteljahr ihre Abrechnungsunterlagen einzureichen haben (Honorarordnung Teil A, Abschnitt VII), gibt es keine derartige vierteljährliche Sammlung von Kostenersattungsanträgen (vgl §31 Abs1 der Krankenordnung 1996 iVm §19 Abs1 der Krankenordnung 1996). Dadurch erscheint es geboten, bei Wahlärzten ein ganzes Kalenderjahr als Beobachtungszeitraum heranzuziehen. Das Ergebnis, daß eine Kürzung der Kostenerstattung auch bei Wahlärzten stattfindet, bei denen - wären sie Vertragsärzte - zufolge geringer Ordinationsauslastung eine Kürzung nicht gerechtfertigt wäre, muß im Interesse einer gleichen Kostenerstattung bei allen Wahlärzten eines Fachgebietes hingenommen werden.

Ein Widerspruch zu §131 Abs1 ASVG besteht jedoch insofern, als diese Bestimmung der Satzung - und nur dieser - die Pauschbetragsfestsetzung aufträgt ('... hat die Satzung ...'). Die Satzung hat daher nicht nur die Grundsätze zu enthalten, die nach einer aufwendigen Tatsachenermittlung eine rechnerische Fest setzung der Pauschbeträge ermöglicht; sie hat diese Beträge zu nennen oder wenigstens die Größen anzuführen aus denen sich die Beträge errechnen lassen. Ein an die Satzung ergangener Auftrag zur Pauschbetragsfestsetzung beinhaltet das Gebot, die Betragsfestsetzung nicht den rechtsanwendenden Organen der beklagten Partei zu überlassen. An diese Organe wird die Betragsfestsetzung durch die vorliegende Fassung der Satzung aber überantwortet; sie erfolgt in einem Verfahren, das den Zusammenhang zwischen dem Willensentschluß der satzunggebenden Generalversammlung und den letztlich zur Auszahlung kommenden Erstattungsbeträgen nicht transparent macht. So ist weder gewährleistet, daß die Beträge im einzelnen von einem Willensentschluß der Dienstgeber und Dienstnehmer in der Zusammensetzung des §426 Abs1 Z3 ASVG getragen werden noch daß die Beträge iSd§455 Abs1 ASVG in der gebotenen Form - in der Zeitschrift 'Soziale Sicherheit' - verlautbart werden, noch daß sie vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit genehmigt werden. Die im Spruch ersichtliche Wortfolge, die die Pauschbetragsfestsetzungsmodalitäten regelt und die sich auch nicht auf die verbindliche Mustersatzung des §455 Abs2 ASVG stützen kann, erscheint damit nicht mit dem Gesetz vereinbar, was zur Antragstellung an den Verfassungsgerichtshof führt." (Unterstreichung im Original)

I I . Die Bundesregierung, die Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales, die beteiligten Gebietskrankenkassen und zT auch die klagenden Parteien der Ausgangsverfahren haben im verfassu

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

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