jusline®
»» Recht. Schnell

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

TE Vfgh Erkenntnis 2021/9/28 V148/2021 (V148/2021-12)

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 28.09.2021

Index

L2400 Gemeindebedienstete

Norm

B-VG Art139 Abs1 Z1
Stmk Dienst- und GehaltsO 1956 §37, §144a
B-KUVG §56, §63
KFA-Satzung 2012 §35 Abs1, §35 Abs2
BVA-Satzung 1995 §16
BVA-Satzung 2011 §16, §34
BVAEB-Satzung 2020 §16
VfGG §7 Abs1

Leitsatz

Verletzung des Günstigkeitsprinzips durch eine Bestimmung der KFA-Satzung 2012 betreffend Behandlungsbeiträge zur Krankenfürsorge von Beamten der Stadt Graz; Verstoß der Behandlungsbeiträge für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und infolge Krankheit oder Gebrechen erwerbsunfähig sind, gegen eine Bestimmung des B-KUVG; Verbot der Schlechterstellung von Beamten der Stadt Graz gegenüber Beamten des Bundes

Spruch

I. §35b Abs1 und 2 der Verordnung des Gemeinderates vom 9. Februar 2012 über die Krankenfürsorge für die Anspruchsberechtigten bei der Krankenfürsorgeanstalt für die Beamten der Landeshauptstadt Graz (Z KFA-K 35/2001-8), kundgemacht im Amtsblatt der Landeshauptstadt Graz Nr 2/2012, wird ab dem 1. Mai 2013 als gesetzwidrig aufgehoben.

II. Die Steiermärkische Landesregierung ist zur unverzüglichen Kundmachung dieses Ausspruches im Landesgesetzblatt für die Steiermark verpflichtet.

III. Im Übrigen wird der Antrag abgewiesen.

Begründung

Entscheidungsgründe

I. Antrag

Mit dem vorliegenden, auf Art139 B-VG gestützten Antrag begehrt das Landesverwaltungsgericht Steiermark wörtlich,

"§35b Abs1 und Abs2 der Verordnung des Gemeinderates der Stadt Graz, Nr 9/2012 vom 09.02.2012 über die

Krankenfürsorge für die Anspruchsberechtigten bei der Krankenfürsorgeanstalt für die Beamten der Landeshauptstadt Graz, KFA-Satzung 2012, GZ: KFA-K 000035/2001/0010 idF der Verordnung des Gemeinderates der Landeshauptstadt Graz, Nr 9/2016 vom 29.06.2016, GZ: KFA-K 35/2001-12", in eventu

"§35b der Verordnung des Gemeinderates der Stadt Graz, Nr 9/2012 vom 09.02.2012 über die Krankenfürsorge für die Anspruchsberechtigten bei der Krankenfürsorgeanstalt für die Beamten der Landeshauptstadt Graz, KFA-Satzung 2012, GZ: KFA-K 000035/2001/0010 idF der Verordnung des Gemeinderates der Landeshauptstadt Graz, Nr 9/2016 vom 29.06.2016, GZ: KFA-K 35/2001-12", als gesetzwidrig aufzuheben.

II. Rechtslage

Die maßgebliche Rechtslage stellt sich wie folgt dar:

1. §35b der Verordnung des Gemeinderates vom 9. Februar 2012 über die Krankenfürsorge für die Anspruchsberechtigten bei der Krankenfürsorgeanstalt für die Beamten der Landeshauptstadt Graz (Z KFA-K 35/2001-8), kundgemacht im Amtsblatt der Landeshauptstadt Graz Nr 2/2012 am 22. Februar 2012 (im Folgenden: KFA-Satzung 2012), lautet wie folgt (die mit dem Hauptantrag angefochtenen Bestimmungen sind hervorgehoben):

"§35 b

Behandlungsbeitrag

(1) Ein Behandlungsbeitrag ist bei der Inanspruchnahme von VertragspartnerInnen im Rahmen der ärztlichen Hilfe oder gleichgestellter Leistungen vom Mitglied zu entrichten:

1. für ein mit der Konsultation der/des Vertragspartnerin/Vertragspartners verbundenes, von konkreten Verrichtungen unabhängiges Grundhonorar;

2. für ärztliche Diagnose- und Therapiegespräche;

3. für bildgebende Diagnoseverfahren (zB Röntgen, Sonographie, Computertomographie);

4. für Laboruntersuchungen;

5. für Physiotherapie;

6. für Psychotherapie;

7. für elektrokardiographische Untersuchungen (EKG);

8. für ergometrische Untersuchungen.

(2) Von der Anwendung des Abs1 ausgenommen sind

1. Leistungen in Zusammenhang mit der Behandlung anzeigepflichtiger übertragbarer Krankheiten;

2. Leistungen für Anspruchsberechtigte, die das 18. Lebensjahr zu Beginn des Abrechnungszeitraumes noch nicht vollendet haben.

(3) Der Behandlungsbeitrag beträgt 15 v.H. des jeweiligen Vertragstarifes.

(4) Der Behandlungsbeitrag wird im Regelfall dem Mitglied von der KFA im Nachhinein vorgeschrieben bzw sodann im Abzugswege einbehalten.

(5) Bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit kann die KFA von der Einhebung des Behandlungsbeitrages (nach Maßgabe der beschlossenen Richtlinien über die Nachsicht und Abschreibung von Behandlungsbeiträgen) ganz oder zum Teil absehen, oder einen bereits einbehaltenen Behandlungsbeitrag rückerstatten.

(3) [...]"

Mit der im Amtsblatt der Landeshauptstadt Graz Nr 9/2016 am 29. Juni 2016 kundgemachten angefochtenen "Novelle" der KFA-Satzung 2012 (Z KFA-K35/2001-12), wurde im – hier nicht präjudiziellen – §35b Abs3 der Ausdruck "15 v.H." durch den Ausdruck "10 v.H." ersetzt.

2. Die §§37 und 144a der Stmk Dienst- und Gehaltsordnung der Beamten der Gemeinde Graz 1956, LGBl 30/1957 (im Folgenden: DGO 1956) in der zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der KFA-Satzung 2012 (somit am 1. April 2012)

geltenden Fassung (nunmehr bezeichnet als Stmk Dienst- und Gehaltsordnung der Beamten der Landeshauptstadt Graz 1956), das war die Fassung LGBl 97/2005 in Bezug auf §37 und die Fassung LGBl 65/2000 in Bezug auf §144a, lauten – auszugsweise – wie folgt:

"§37

Krankenfürsorge

(1) Die Stadt hat durch eine eigene Einrichtung mindestens jene Krankenfürsorge sicherzustellen, die für Bundesbeamte und ihre Hinterbliebenen vorgesehen ist. Im Zusammenhang mit dieser Leistungsverpflichtung gelten die Bestimmungen des Abschnittes II des Dritten Teiles des Beamten-, Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes, BGBl Nr 200/1967, [in der Fassung BGBl I Nr 2/2000,] sinngemäß.

(2) Zur Krankenfürsorgeeinrichtung der Stadt haben die Beamten laufende Beiträge bis zum Höchstausmaß von 4,3 v. H., die Ruhe- und Versorgungsgenussempfänger bis zum Höchstausmaß von 4,5 v. H. ihrer Bezüge (Gehalt bzw Ruhe- oder Versorgungsgenuss, Kinderzulage, Dienstalterszulage, Dienstzulagen, Ergänzungszulage, für die Bemessung des Ruhegenusses anrechenbare Zulagen, Sonderzahlungen, Teuerungszulagen, für die Ruhe- bzw Versorgungsgenusszulage anrechenbare Nebengebühren, Ruhe- und Versorgungsgenusszulage) zu entrichten; die Stadt hat Zuschüsse in Höhe von 3,2 v. H. dieser Bemessungsgrundlage zu leisten. Den Beamten sowie den Ruhe- und Versorgungsgenussempfängern können überdies all jene Kostenbeiträge, wie Rezeptgebühr, Behandlungsbeitrag und Kostenanteil, bis zum Höchstausmaß jener Kostenbeiträge, die von den Beamten nach dem Beamten-, Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, B-KUVG, BGBl Nr 200/1967, [in der Fassung BGBl I Nr 2/2000,] zu den Leistungen der Krankenversicherung zu zahlen sind, auferlegt werden. Die Höhe der Kostenbeiträge ist in der Verordnung gemäß Abs4 festzusetzen. Für Leistungen, die über solche der Krankenversicherung der Bundesangestellten hinausgehen, können besondere Beiträge festgesetzt werden.

(2a) Für Angehörige kann ein Zusatzbeitrag bis zum Höchstausmaß der Kostenbeiträge nach dem Beamten-, Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, B-KUVG, BGBl Nr 200/1967, in der Fassung BGBl I Nr 4/2002, eingehoben werden. Die Beitragshöhe und die Beitragspflichtigen sind in der Verordnung gemäß Abs4 festzusetzen.

(3) [...]

(4) Das Nähere über die Krankenfürsorgeeinrichtung und ihre Verwaltung, den anspruchsberechtigten Personenkreis, die Leistungen und ihre Inanspruchnahme hat der Gemeinderat durch Verordnung zu regeln. In der Verordnung ist auch zu bestimmen, welche Angelegenheiten der Ausschuß in Sitzungen mit gemeinsamer Beratung zu entscheiden hat und welche Angelegenheiten den bei der Krankenfürsorgeeinrichtung verwendeten Bediensteten der Stadt zur Erledigung überlassen werden können. Ferner sind in der Verordnung die gemäß Abs2 zu leistenden Beiträge unter Bedachtnahme auf die Kosten der zu erbringenden Leistungen festzusetzen."

"§144 a

Verweise in diesem Gesetz auf Bundesgesetze gelten – soweit nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist – als Verweise auf jene Fassung, die zum Zeitpunkt der Beschlussfassung des Landtages in Kraft stehen."

2.1. Mit der Novelle zur DGO 1956, LGBl 43/2013 wurden §144a und (auf Grund der darin enthaltenen Anordnung für Verweise auf Bundesgesetze und Verordnungen des Bundes auch) die Verweise in §37 geändert (die Verweise lauten somit auf das B-KUVG idF BGBl I 3/2013), sodass diese – auszugsweise – wie folgt lauten:

"§37

Krankenfürsorge

(1) Die Stadt hat durch eine eigene Einrichtung mindestens jene Krankenfürsorge sicherzustellen, die für Bundesbeamte und ihre Hinterbliebenen vorgesehen ist. Im Zusammenhang mit dieser Leistungsverpflichtung gelten die Bestimmungen des Abschnittes II des Dritten Teiles des Beamten-, Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes, BGBl Nr 200/1967, [in der Fassung BGBl I Nr 3/2013,] sinngemäß.

(2) Zur Krankenfürsorgeeinrichtung der Stadt haben die Beamten laufende Beiträge bis zum Höchstausmaß von 4,3 v. H., die Ruhe- und Versorgungsgenussempfänger bis zum Höchstausmaß von 4,5 v. H. ihrer Bezüge (Gehalt bzw Ruhe- oder Versorgungsgenuss, Kinderzulage, Dienstalterszulage, Dienstzulagen, Ergänzungszulage, für die Bemessung des Ruhegenusses anrechenbare Zulagen, Sonderzahlungen, Teuerungszulagen, für die Ruhe- bzw

Versorgungsgenusszulage anrechenbare Nebengebühren, Ruhe- und Versorgungsgenusszulage) zu entrichten; die Stadt hat Zuschüsse in Höhe von 3,2 v. H. dieser Bemessungsgrundlage zu leisten. Den Beamten sowie den Ruhe- und Versorgungsgenussempfängern können überdies all jene Kostenbeiträge, wie Rezeptgebühr, Behandlungsbeitrag und Kostenanteil, bis zum Höchstausmaß jener Kostenbeiträge, die von den Beamten nach dem Beamten-, Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, B-KUVG, BGBl Nr 200/1967, [in der Fassung BGBl I Nr 3/2013,] zu den Leistungen der Krankenversicherung zu zahlen sind, auferlegt werden. Die Höhe der Kostenbeiträge ist in der Verordnung gemäß Abs4 festzusetzen. Für Leistungen, die über solche der Krankenversicherung der Bundesangestellten hinausgehen, können besondere Beiträge festgesetzt werden.

(2a) Für Angehörige kann ein Zusatzbeitrag bis zum Höchstausmaß der Kostenbeiträge nach dem Beamten-, Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, B-KUVG, BGBl Nr 200/1967, in der Fassung BGBl I Nr 4/2002, eingehoben werden. Die Beitragshöhe und die Beitragspflichtigen sind in der Verordnung gemäß Abs4 festzusetzen.

(3) [...]

(4) Das Nähere über die Krankenfürsorgeeinrichtung und ihre Verwaltung, den anspruchsberechtigten Personenkreis, die Leistungen und ihre Inanspruchnahme hat der Gemeinderat durch Verordnung zu regeln. In der Verordnung ist auch zu bestimmen, welche Angelegenheiten der Ausschuss in Sitzungen mit gemeinsamer Beratung zu entscheiden hat und welche Angelegenheiten den bei der Krankenfürsorgeeinrichtung verwendeten Bediensteten der Stadt zur Erledigung überlassen werden können. Ferner sind in der Verordnung die gemäß Abs2 zu leistenden Beiträge unter Bedachtnahme auf die Kosten der zu erbringenden Leistungen festzusetzen."

"§144a

Verweise

Alle Verweise auf Bundesgesetze in diesem Gesetz beziehen sich auf die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes maßgebliche Fassung."

2.2. Mit der Novelle zur DGO 1956, LGBl 90/2020, wurden §144a und (auf Grund der darin enthaltenen Anordnung für Verweise auf Bundesgesetze und Verordnungen des Bundes auch) die Verweise in §37 erneut geändert (die Verweise lauten somit auf das B-KUVG idF BGBl I 52/2020), sodass diese – auszugsweise – wie folgt lauten:

"§37

Krankenfürsorge

(1) Die Stadt hat durch eine eigene Einrichtung mindestens jene Krankenfürsorge sicherzustellen, die für Bundesbeamte und ihre Hinterbliebenen vorgesehen ist. Im Zusammenhang mit dieser Leistungsverpflichtung gelten die Bestimmungen des Abschnittes II des Dritten Teiles des Beamten-, Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes, BGBl Nr 200/1967, [in der Fassung BGBl I Nr 52/2020,] sinngemäß.

(2) Zur Krankenfürsorgeeinrichtung der Stadt haben die Beamten laufende Beiträge bis zum Höchstausmaß von 4,3 v. H., die Ruhe- und Versorgungsgenussempfänger bis zum Höchstausmaß von 4,5 v. H. ihrer Bezüge (Gehalt bzw Ruhe- oder Versorgungsgenuss, Kinderzulage, Dienstalterszulage, Dienstzulagen, Ergänzungszulage, für die Bemessung des Ruhegenusses anrechenbare Zulagen, Sonderzahlungen, Teuerungszulagen, für die Ruhe- bzw Versorgungsgenusszulage anrechenbare Nebengebühren, Ruhe- und Versorgungsgenusszulage) zu entrichten; die Stadt hat Zuschüsse in Höhe von 3,2 v. H. dieser Bemessungsgrundlage zu leisten. Den Beamten sowie den Ruhe- und Versorgungsgenussempfängern können überdies all jene Kostenbeiträge, wie Rezeptgebühr, Behandlungsbeitrag und Kostenanteil, bis zum Höchstausmaß jener Kostenbeiträge, die von den Beamten nach dem Beamten-, Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, B-KUVG, BGBl Nr 200/1967, [in der Fassung BGBl I Nr 52/2020,] zu den Leistungen der Krankenversicherung zu zahlen sind, auferlegt werden. Die Höhe der Kostenbeiträge ist in der Verordnung gemäß Abs4 festzusetzen. Für Leistungen, die über solche der Krankenversicherung der Bundesangestellten hinausgehen, können besondere Beiträge festgesetzt werden.

(2a) Für Angehörige kann ein Zusatzbeitrag bis zum Höchstausmaß der Kostenbeiträge nach dem Beamten-, Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, B-KUVG, BGBl Nr 200/1967, in der Fassung BGBl I Nr 4/2002, eingehoben werden. Die Beitragshöhe und die Beitragspflichtigen sind in der Verordnung gemäß Abs4 festzusetzen.

(3) [...]

(4) Das Nähere über die Krankenfürsorgeeinrichtung und ihre Verwaltung, den anspruchsberechtigten Personenkreis, die Leistungen und ihre Inanspruchnahme hat der Gemeinderat durch Verordnung zu regeln. In der Verordnung ist auch zu bestimmen, welche Angelegenheiten der Ausschuss in Sitzungen mit gemeinsamer Beratung zu entscheiden hat und welche Angelegenheiten den bei der Krankenfürsorgeeinrichtung verwendeten Bediensteten der Stadt zur Erledigung überlassen werden können. Ferner sind in der Verordnung die gemäß Abs2 zu leistenden Beiträge unter Bedachtnahme auf die Kosten der zu erbringenden Leistungen festzusetzen."

"§144a

Verweisungen auf andere Gesetze und auf Richtlinien der Europäischen Union

(1) Soweit in diesem Gesetz auf andere Landesgesetze verwiesen wird, sind diese in der jeweils geltenden Fassung anzuwenden.

(2) Soweit dieses Gesetz auf Bundesgesetze oder Verordnungen des Bundes verweist, sind diese in der am 1. Juli 2020 geltenden Fassung anzuwenden.

(3) Soweit dieses Gesetz auf Richtlinien der Europäischen Union verweist, ist darunter die Fassung dieser Richtlinie am 1. Juli 2020 zu verstehen."

3. Die §§56 und 63 des Bundesgesetzes vom 31. Mai 1967 über die Kranken- und Unfallversicherung öffentlich Bediensteter (Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz – B-KUVG.), BGBl 200/1967, in der zum Zeitpunkt der Beschlussfassung des §144a DGO 1956 idF LGBl 65/2000 (somit am 4. Juli 2000) geltenden Fassung, das war die Fassung BGBl I 142/1998 in Bezug auf §56 und die FassungBGBl 764/1996 in Bezug auf §63, lauten – auszugsweise – wie folgt:

"Anspruchsberechtigung der Angehörigen

§56. (1) Angehörige haben Anspruch auf die Leistungen, wenn sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben und weder nach den Vorschriften dieses Bundesgesetzes noch nach anderer gesetzlicher Vorschrift krankenversichert sind und für sie auch seitens einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers, Krankenfürsorge nicht vorgesehen ist. Der gewöhnliche Aufenthalt im Inland ist auch dann anzunehmen, wenn sich der (die) Angehörige

1. im Zusammenhang mit einem auf einem Dienstauftrag beruhenden Auslandsaufenthalt des Versicherten im Ausland oder

2. an dem in einem Grenzort (§1 Abs4) befindlichen Wohnsitz des Versicherten aufhält.

(2) Als Angehörige gelten:

1. der Ehegatte;

2. die ehelichen Kinder, die legitimierten Kinder und Wahlkinder;

3. die unehelichen Kinder einer weiblichen Versicherten;

4. die unehelichen Kinder eines männlichen Versicherten, wenn seine Vaterschaft durch Urteil oder durch Anerkenntnis festgestellt ist (§163b ABGB);

5. die Stiefkinder und Enkel, wenn sie mit dem Versicherten ständig in Hausgemeinschaft leben;

6. die Pflegekinder, wenn sie vom Versicherten unentgeltlich verpflegt werden oder das Pflegeverhältnis auf einer behördlichen Bewilligung beruht.

Die ständige Hausgemeinschaft im Sinne der Z5 besteht weiter, wenn sich das Kind nur vorübergehend oder wegen schulmäßiger (beruflicher) Ausbildung oder zeitweilig wegen Heilbehandlung außerhalb der Hausgemeinschaft aufhält; das gleiche gilt, wenn sich das Kind auf Veranlassung des Versicherten und überwiegend auf dessen Kosten oder auf Anordnung der Jugendfürsorge oder des Vormundschafts(Pflegschafts)gerichtes in Pflege eines Dritten befindet.

(3) Kinder und Enkel (Abs2 Z2 bis 6) gelten als Angehörige bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Nach diesem Zeitpunkt gelten sie als Angehörige, wenn und solange sie

1. sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden, die ihre Arbeitskraft überwiegend beansprucht, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres; die Angehörigeneigenschaft von Kindern, die eine im §3 des

Studienförderungsgesetzes 1992, BGBl Nr 305, genannte Einrichtung besuchen, verlängert sich nur dann, wenn sie ein ordentliches Studium ernsthaft und zielstrebig im Sinne des §2 Abs1 litb des Familienlastenausgleichsgesetzes 1967, BGBl Nr 376, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl Nr 311/1992, betreiben;

2. seit der Vollendung des 18. Lebensjahres oder seit dem Ablauf des in Z1 genannten Zeitraumes

a) infolge Krankheit oder Gebrechen erwerbsunfähig sind oder

b) erwerbslos sind.

Die Angehörigeneigenschaft bleibt in den Fällen der Z2 litb längstens für die Dauer von 24 Monaten ab den in Z2 genannten Zeitpunkten gewahrt.

(4) Kinder und Enkel (Abs2 Z2 bis 6) gelten im Rahmen der Altersgrenzen des Abs3 Z1 auch dann als Angehörige, wenn sie sich im Ausland in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden; dies gilt auch bei nur vorübergehendem Aufenthalt im Inland.

(5) bis (11) [...]"

"Ärztliche Hilfe

§63. (1) Die ärztliche Hilfe wird durch Vertragsärzte, durch Wahlärzte (§59 Abs1) oder durch Ärzte in eigenen hiefür ausgestatteten Einrichtungen der Versicherungsanstalt (Vertragseinrichtungen) gewährt. Im Rahmen der Krankenbehandlung (§62 Abs2) ist der ärztlichen Hilfe gleichgestellt:

1. eine auf Grund ärztlicher Verschreibung erforderliche

a) physiotherapeutische,

b) logopädisch-phoniatrisch-audiologische oder

c) ergotherapeutische

Behandlung durch Personen, die gemäß §7 des Bundesgesetzes über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste, BGBl Nr 460/1992, zur freiberuflichen Ausübung des physiotherapeutischen Dienstes, des logopädisch-phoniatrisch-audiologischen Dienstes bzw des ergotherapeutischen Dienstes berechtigt sind;

2. eine auf Grund ärztlicher Verschreibung oder psychotherapeutischer Zuweisung erforderliche diagnostische Leistung eines klinischen Psychologen (einer klinischen Psychologin) gemäß §12 Abs1 Z2 des Psychologengesetzes, BGBl Nr 360/1990, der (die) zur selbständigen Ausübung des psychologischen Berufes gemäß §10 Abs1 des Psychologengesetzes berechtigt ist;

3. eine psychotherapeutische Behandlung durch Personen, die gemäß §11 des Psychotherapiegesetzes, BGBl Nr 361/1990, zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt sind, wenn nachweislich vor oder nach der ersten, jedenfalls vor der zweiten psychotherapeutischen Behandlung innerhalb desselben Abrechnungszeitraumes eine ärztliche Untersuchung (§1 Abs2 Z1 des Ärztegesetzes 1984, BGBl Nr 373) stattgefunden hat.

(2) und (3) [...]

(4) In den durch die Satzung unter Bedachtnahme auf eine ökonomische Beistellung der ärztlichen Hilfe und auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherungsanstalt festzusetzenden Fällen der Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe hat der Versicherte einen Behandlungsbeitrag in der Höhe von 20 v.H. des jeweiligen Vertragshonorares zu entrichten. §22 Abs5 gilt entsprechend. Für jene Leistungen, die durch Zahlungen der Landesfonds abgegolten werden oder die die Versicherungsanstalt mit einem Pauschale abgilt, kann die Höhe des Behandlungsbeitrages in der Satzung bestimmt werden. Diese Behandlungsbeiträge haben sich an jenen Beträgen zu orientieren, die bei Inanspruchnahme eines Vertragspartners mit Einzelleistungshonorierung vorgeschrieben werden. Der Behandlungsbeitrag ist in der Regel nachträglich vorzuschreiben. Er ist längstens innerhalb eines Monates nach erfolgter Vorschreibung einzuzahlen. Erfolgt die Einzahlung nicht innerhalb dieser Zeit, erhöht sich der Behandlungsbeitrag um 10 v.H. Zur Eintreibung des Behandlungsbeitrages wird der Versicherungsanstalt die Einbringung im Verwaltungswege gewährt (§3 Abs3 des Verwaltungsvollstreckungsgesetzes 1950). Die Versicherungsanstalt kann bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des Versicherten von der Einhebung des Behandlungsbeitrages absehen oder einen bereits entrichteten Behandlungsbeitrag rückerstatten."

3.1. Die §§56 und 63 des B-KUVG in der zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des §144a DGO 1956 idF LGBl 43/2013 (somit am 1. Mai 2013) geltenden Fassung, das war die Fassung BGBl I 86/2013 in Bezug auf §56 und die Fassung BGBl I 35/2012 in Bezug auf §63, lauten – auszugsweise – wie folgt (für den vorliegenden Fall relevante Änderungen gegenüber der unter Punkt II.3. dargestellten Rechtslage ergeben sich im Hinblick auf §56 lediglich insoweit, als in Abs3 Z2 lita das Wort "Gebrechen" durch das Wort "Gebrechens" ersetzt wurde und im Hinblick auf §63 insoweit, als in Abs4 die durch Verordnung festzusetzende Höhe des Behandlungsbeitrages näher präzisiert wurde):

"Anspruchsberechtigung der Angehörigen

§56. (1) Angehörige haben Anspruch auf die Leistungen, wenn sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben und weder nach den Vorschriften dieses Bundesgesetzes noch nach anderer gesetzlicher Vorschrift krankenversichert sind und für sie auch seitens einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers, Krankenfürsorge nicht vorgesehen ist. Der gewöhnliche Aufenthalt im Inland ist auch dann anzunehmen, wenn sich der (die) Angehörige

1. im Zusammenhang mit einem auf einem Dienstauftrag beruhenden Auslandsaufenthalt des Versicherten im Ausland oder

2. an dem in einem Grenzort (§1 Abs4) befindlichen Wohnsitz des Versicherten aufhält.

(2) Als Angehörige gelten:

1. der/die Ehegatte/Ehegattin oder eingetragene Partner/Partnerin;

2. die Kinder und die Wahlkinder;

[Z3 und 4 aufgehoben durch BGBl I 86/2013]

5. die Stiefkinder und Enkel, wenn sie mit dem Versicherten ständig in Hausgemeinschaft leben;

6. die Pflegekinder, wenn sie vom Versicherten unentgeltlich verpflegt werden oder das Pflegeverhältnis auf einer behördlichen Bewilligung beruht.

Die ständige Hausgemeinschaft im Sinne der Z5 besteht weiter, wenn sich das Kind nur vorübergehend oder wegen schulmäßiger (beruflicher) Ausbildung oder zeitweilig wegen Heilbehandlung außerhalb der Hausgemeinschaft aufhält; das gleiche gilt, wenn sich das Kind auf Veranlassung des Versicherten und überwiegend auf dessen Kosten oder auf Anordnung der Jugendfürsorge oder des Pflegschaftsgerichtes in Obsorge eines Dritten befindet.

(3) Kinder und Enkel (Abs2 Z2 bis 6) gelten als Angehörige bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Nach diesem Zeitpunkt gelten sie als Angehörige, wenn und solange sie

1. sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden, die ihre Arbeitskraft überwiegend beansprucht, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres; die Angehörigeneigenschaft von Kindern, die eine im §3 des Studienförderungsgesetzes 1992 genannte Einrichtung besuchen, verlängert sich nur dann, wenn für sie

a) entweder Familienbeihilfe nach dem Familienlastenausgleichsgesetz 1967 bezogen wird oder

b) zwar keine Familienbeihilfe bezogen wird, sie jedoch ein ordentliches Studium ernsthaft und zielstrebig im Sinne des §2 Abs1 litb des Familienlastenausgleichsgesetzes 1967 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl Nr 311/1992 betreiben;

2. seit der Vollendung des 18. Lebensjahres oder seit dem Ablauf des in Z1 genannten Zeitraumes

a) infolge Krankheit oder Gebrechens erwerbsunfähig sind oder

b) erwerbslos sind;

3. an einem Programm der Europäischen Gemeinschaften zur Förderung der Mobilität junger Menschen teilnehmen, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres.

Die Angehörigeneigenschaft bleibt in den Fällen der Z2 litb längstens für die Dauer von 24 Monaten ab den in Z2 genannten Zeitpunkten gewahrt.

(4) Kinder und Enkel (Abs2 Z2 bis 6) gelten im Rahmen der Altersgrenzen des Abs3 Z1 auch dann als Angehörige, wenn sie sich im Ausland in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden; dies gilt auch bei nur vorübergehendem Aufenthalt im Inland.

(5) bis (11) [...]"

"Ärztliche Hilfe

§63. (1) Die ärztliche Hilfe wird durch Vertragsärzte und Vertrags-Gruppenpraxen, durch Wahlärzte und Wahl-Gruppenpraxen (§59 Abs1) sowie durch Ärzte in eigenen Einrichtungen (oder Vertragseinrichtungen) der Versicherungsanstalt gewährt. Im Rahmen der Krankenbehandlung (§62 Abs2) ist der ärztlichen Hilfe gleichgestellt:

1. eine auf Grund ärztlicher Verschreibung erforderliche

a) physiotherapeutische,

b) logopädisch-phoniatrisch-audiologische oder

c) ergotherapeutische

Behandlung durch Personen, die gemäß §7 des Bundesgesetzes über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste, BGBl Nr 460/1992, zur freiberuflichen Ausübung des physiotherapeutischen Dienstes, des logopädisch-phoniatrisch-audiologischen Dienstes bzw des ergotherapeutischen Dienstes berechtigt sind;

2. eine auf Grund ärztlicher Verschreibung oder psychotherapeutischer Zuweisung erforderliche diagnostische Leistung eines klinischen Psychologen (einer klinischen Psychologin) gemäß §12 Abs1 Z2 des Psychologengesetzes, BGBl Nr 360/1990, der (die) zur selbständigen Ausübung des psychologischen Berufes gemäß §10 Abs1 des Psychologengesetzes berechtigt ist;

3. eine psychotherapeutische Behandlung durch Personen, die gemäß §11 des Psychotherapiegesetzes, BGBl Nr 361/1990, zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt sind, wenn nachweislich vor oder nach der ersten, jedenfalls vor der zweiten psychotherapeutischen Behandlung innerhalb desselben Abrechnungszeitraumes eine ärztliche Untersuchung (§2 Abs2 Z1 des Ärztegesetzes 1998) stattgefunden hat;

4. eine auf Grund ärztlicher Verschreibung erforderliche Leistung eines Heilmasseurs, der nach §46 des Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetzes, BGBl I Nr 169/2002, zur freiberuflichen Berufsausübung berechtigt ist.

(2) In der Regel soll die Auswahl zwischen mindestens zwei zur Behandlung berufenen, für den Erkrankten in angemessener Zeit erreichbaren Ärzten oder Gruppenpraxen freigestellt sein. Bestehen bei der Versicherungsanstalt eigene Einrichtungen für die Gewährung der ärztlichen Hilfe oder wird diese durch Vertragseinrichtungen gewährt, muß die Wahl der Behandlung zwischen einer dieser Einrichtungen und einem oder mehreren Vertragsärzten (Wahlärzten) bzw einer oder mehreren Vertrags-Gruppenpraxen (Wahl-Gruppenpraxen) unter gleichen Bedingungen freigestellt sein. Insoweit Zuzahlungen zu den Leistungen vorgesehen sind, müssen diese in den Ambulatorien, bei den freiberuflich tätigen Vertragsärzten und in den Vertrags-Gruppenpraxen gleich hoch sein.

[(3) aufgehoben durch BGBl I 171/2004]

(4) In den durch die Satzung unter Bedachtnahme auf eine ökonomische Beistellung der ärztlichen Hilfe und auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherungsanstalt festzusetzenden Fällen der Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe hat der Versicherte einen Behandlungsbeitrag zu entrichten. Die Höhe des Behandlungsbeitrags ist durch die Satzung unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherungsanstalt festzusetzen, wobei der Kostenanteil 20 % der dem Versicherungsträger erwachsenden Kosten nicht überschreiten darf. §22 Abs6 erster Satz gilt entsprechend. Für jene Leistungen, die durch Zahlungen der Landesgesundheitsfonds abgegolten werden oder die die Versicherungsanstalt mit einem Pauschale abgilt, kann die Höhe des Behandlungsbeitrages in der Satzung bestimmt werden. Diese Behandlungsbeiträge haben sich an jenen Beträgen zu orientieren, die bei Inanspruchnahme eines Vertragspartners mit Einzelleistungshonorierung vorgeschrieben werden. Der Behandlungsbeitrag ist in der Regel nachträglich vorzuschreiben. Er ist längstens innerhalb eines Monates nach erfolgter Vorschreibung einzuzahlen. Erfolgt die Einzahlung nicht innerhalb dieser Zeit, erhöht sich der Behandlungsbeitrag um 10 v.H. Zur Eintreibung des Behandlungsbeitrages wird der Versicherungsanstalt die Einbringung im Verwaltungswege gewährt (§3 Abs3 des Verwaltungsvollstreckungsgesetzes 1950). Die Versicherungsanstalt kann bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des Versicherten von der Einhebung des Behandlungsbeitrages absehen oder einen bereits entrichteten Behandlungsbeitrag rückerstatten."

3.2. Die §§56 und 63 des B-KUVG in der am 1. Juli 2020 geltenden Fassung, das war die Fassung BGBl I 100/2018 in Bezug auf §56 und die Fassung BGBl I 162/2015 in Bezug auf §63, lauten – auszugsweise – wie folgt (und beinhalten für den vorliegenden Fall keine relevanten Änderungen gegenüber der unter Punkt II.3.1. dargestellten Rechtslage):

"Anspruchsberechtigung der Angehörigen

§56. (1) Angehörige haben Anspruch auf die Leistungen, wenn sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben und weder nach den Vorschriften dieses Bundesgesetzes noch nach anderer gesetzlicher Vorschrift krankenversichert sind und für sie auch seitens einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers, Krankenfürsorge nicht vorgesehen ist. Der gewöhnliche Aufenthalt im Inland ist auch dann anzunehmen, wenn sich der (die) Angehörige

1. im Zusammenhang mit einem auf einem Dienstauftrag beruhenden Auslandsaufenthalt des Versicherten im Ausland oder

2. an dem in einem Grenzort (§1 Abs4) befindlichen Wohnsitz des Versicherten aufhält.

(2) Als Angehörige gelten:

1. der/die Ehegatte/Ehegattin oder eingetragene Partner/Partnerin;

2. die Kinder und die Wahlkinder;

[Z3 und 4 aufgehoben durch BGBl I 86/2013]

5. die Stiefkinder und Enkel, wenn sie mit dem Versicherten ständig in Hausgemeinschaft leben;

6. die Pflegekinder, wenn sie vom Versicherten unentgeltlich verpflegt werden oder das Pflegeverhältnis auf einer behördlichen Bewilligung beruht.

Die ständige Hausgemeinschaft im Sinne der Z5 besteht weiter, wenn sich das Kind nur vorübergehend oder wegen schulmäßiger (beruflicher) Ausbildung oder zeitweilig wegen Heilbehandlung außerhalb der Hausgemeinschaft aufhält; das gleiche gilt, wenn sich das Kind auf Veranlassung des Versicherten und überwiegend auf dessen Kosten oder auf Anordnung der Jugendfürsorge oder des Pflegschaftsgerichtes in Obsorge eines Dritten befindet.

(2a) Stiefkinder einer Person sind die nicht von ihr abstammenden leiblichen Kinder ihrer Ehegattin/ihres Ehegatten oder ihrer eingetragenen Partnerin/ihres eingetragenen Partners, und zwar auch dann, wenn der andere leibliche Elternteil des Kindes noch lebt. Die Stiefkindschaft besteht nach Auflösung oder Nichtigerklärung der sie begründenden Ehe oder der eingetragenen Partnerschaft weiter.

(3) Kinder und Enkel (Abs2 Z2 bis 6) gelten als Angehörige bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Nach diesem Zeitpunkt gelten sie als Angehörige, wenn und solange sie

1. sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden, die ihre Arbeitskraft überwiegend beansprucht, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres; die Angehörigeneigenschaft von Kindern, die eine im §3 des Studienförderungsgesetzes 1992 genannte Einrichtung besuchen, verlängert sich nur dann, wenn für sie

a) entweder Familienbeihilfe nach dem Familienlastenausgleichsgesetz 1967 bezogen wird oder

b) zwar keine Familienbeihilfe bezogen wird, sie jedoch ein ordentliches Studium ernsthaft und zielstrebig im Sinne des §2 Abs1 litb des Familienlastenausgleichsgesetzes 1967 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl Nr 311/1992 betreiben;

2. seit der Vollendung des 18. Lebensjahres oder seit dem Ablauf des in Z1 genannten Zeitraumes

a) infolge Krankheit oder Gebrechens erwerbsunfähig sind oder

b) erwerbslos sind;

3. an einem Programm der Europäischen Union zur Förderung der Mobilität junger Menschen teilnehmen, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres.

Die Angehörigeneigenschaft bleibt in den Fällen der Z2 litb längstens für die Dauer von 24 Monaten ab den in Z2 genannten Zeitpunkten gewahrt.

(4) Kinder und Enkel (Abs2 Z2 bis 6) gelten im Rahmen der Altersgrenzen des Abs3 Z1 auch dann als Angehörige, wenn sie sich im Ausland in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden; dies gilt auch bei nur vorübergehendem Aufenthalt im Inland.

(5) bis (11) [...]"

"Ärztliche Hilfe

§63. (1) Die ärztliche Hilfe wird durch Vertragsärzte und Vertrags-Gruppenpraxen, durch Wahlärzte und Wahl-Gruppenpraxen (§59 Abs1) sowie durch Ärzte in eigenen Einrichtungen (oder Vertragseinrichtungen) der Versicherungsanstalt gewährt. Im Rahmen der Krankenbehandlung (§62 Abs2) ist der ärztlichen Hilfe gleichgestellt:

1. eine auf Grund ärztlicher Verschreibung erforderliche

a) physiotherapeutische,

b) logopädisch-phoniatrisch-audiologische oder

c) ergotherapeutische

Behandlung durch Personen, die gemäß §7 des Bundesgesetzes über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste, BGBl Nr 460/1992, zur freiberuflichen Ausübung des physiotherapeutischen Dienstes, des logopädisch-phoniatrisch-audiologischen Dienstes bzw des ergotherapeutischen Dienstes berechtigt sind;

2. eine auf Grund ärztlicher Verschreibung oder psychotherapeutischer Zuweisung erforderliche diagnostische Leistung eines klinischen Psychologen oder einer klinischen Psychologin nach §29 Abs1 des Psychologengesetzes 2013, BGBl I Nr 182/2013;

3. eine psychotherapeutische Behandlung durch Personen, die gemäß §11 des Psychotherapiegesetzes, BGBl Nr 361/1990, zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt sind, wenn nachweislich vor oder nach der ersten, jedenfalls vor der zweiten psychotherapeutischen Behandlung innerhalb desselben Abrechnungszeitraumes eine ärztliche Untersuchung (§2 Abs2 Z1 des Ärztegesetzes 1998) stattgefunden hat;

4. eine auf Grund ärztlicher Verschreibung erforderliche Leistung eines Heilmasseurs, der nach §46 des Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetzes, BGBl I Nr 169/2002, zur freiberuflichen Berufsausübung berechtigt ist.

(2) In der Regel soll die Auswahl zwischen mindestens zwei zur Behandlung berufenen, für den Erkrankten in angemessener Zeit erreichbaren Ärzten oder Gruppenpraxen freigestellt sein. Bestehen bei der Versicherungsanstalt eigene Einrichtungen für die Gewährung der ärztlichen Hilfe oder wird diese durch Vertragseinrichtungen gewährt, muß die Wahl der Behandlung zwischen einer dieser Einrichtungen und einem oder mehreren Vertragsärzten (Wahlärzten) bzw einer oder mehreren Vertrags-Gruppenpraxen (Wahl-Gruppenpraxen) unter gleichen Bedingungen freigestellt sein. Insoweit Zuzahlungen zu den Leistungen vorgesehen sind, müssen diese in den Ambulatorien, bei den freiberuflich tätigen Vertragsärzten und in den Vertrags-Gruppenpraxen gleich hoch sein.

[(3) aufgehoben durch BGBl I 171/2004]

(4) In den durch die Satzung unter Bedachtnahme auf eine ökonomische Beistellung der ärztlichen Hilfe und auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherungsanstalt festzusetzenden Fällen der Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe hat der Versicherte einen Behandlungsbeitrag zu entrichten. Die Höhe des Behandlungsbeitrags ist durch die Satzung unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherungsanstalt festzusetzen, wobei der Kostenanteil 20 % der dem Versicherungsträger erwachsenden Kosten nicht überschreiten darf. §22 Abs6 gilt entsprechend. Für jene Leistungen, die durch Zahlungen der Landesgesundheitsfonds abgegolten werden oder die die Versicherungsanstalt mit einem Pauschale abgilt, kann die Höhe des Behandlungsbeitrages in der Satzung bestimmt werden. Diese Behandlungsbeiträge haben sich an jenen Beträgen zu orientieren, die bei Inanspruchnahme eines Vertragspartners mit Einzelleistungshonorierung vorgeschrieben werden. Der Behandlungsbeitrag ist in der Regel nachträglich vorzuschreiben. Er ist längstens innerhalb eines Monates nach erfolgter Vorschreibung einzuzahlen. Erfolgt die Einzahlung nicht innerhalb dieser Zeit, erhöht sich der Behandlungsbeitrag um 10 v.H. Zur Eintreibung des Behandlungsbeitrages wird der Versicherungsanstalt die Einbringung im Verwaltungswege gewährt (§3 Abs3 des

Verwaltungsvollstreckungsgesetzes 1950). Die Versicherungsanstalt kann bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des Versicherten von der Einhebung des Behandlungsbeitrages absehen oder einen bereits entrichteten Behandlungsbeitrag rückerstatten."

4. §16 der Satzung 1995 der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA), Nr 112/1995, (im Folgenden: BVA-Satzung 1995) in der zum Zeitpunkt der Beschlussfassung des §144a DGO 1956 idF LGBl 65/2000 (somit am 4. Juli 2000) geltenden Fassung, das war die Fassung Nr 38/2000, lautet wie folgt:

"Behandlungsbeitrag bei ärztlicher Hilfe

§16. (1) Ein Behandlungsbeitrag ist bei der Inanspruchnahme von Vertragspartnern im Rahmen der ärztlichen Hilfe oder gleichgestellter Leistungen vom Versicherten zu entrichten:

1. für ein mit der Konsultation des Vertragspartners verbundenes, von konkreten Verrichtungen unabhängiges Grundhonorar;

2. für ärztliche Diagnose- und Therapiegespräche;

3. für bildgebende Diagnoseverfahren (z. B. Röntgen, Sonographie, Computertomographie);

4. für Laboruntersuchungen;

5. für Physiotherapie;

6. für Ergotherapie;

7. für klinisch-psychologische Diagnostik;

8. für Psychotherapie;

9. für elektrokardiografische Untersuchungen (EKG);

10. für ergometrische Untersuchungen.

(2) Die BVA schreibt den Behandlungsbeitrag im Regelfall im nachhinein vor. Sie kann jedoch aus Gründen der Zweckmäßigkeit den Vertragspartner oder die eigene Einrichtung damit betrauen, den Behandlungsbeitrag anläßlich der Inanspruchnahme der Leistung einzuheben.

(3) Die BVA schreibt den Behandlungsbeitrag in derselben Höhe vor wie bei Inanspruchnahme derselben Leistung bei einem niedergelassenen Vertragsarzt, wenn sie Leistungen nach Abs1 pauschal honoriert. Ist die Leistung im Tarif der niedergelassenen Ärzte nicht enthalten, wohl aber im Tarif eines anderen Vertragspartners der BVA, bemißt die BVA den Behandlungsbeitrag nach dem Tarif dieses Vertragspartners. Läßt sich im Fall einer Pauschalhonorierung die tatsächlich konsumierte Leistung nicht oder nur mit unvertretbar hohem Aufwand ermitteln, schreibt die BVA einen Behandlungsbeitrag von 80 S je Versicherungsfall, Kalendervierteljahr und in Anspruch genommener Einrichtung des Vertragspartners vor."

4.1. Die §§16 und 34 der Satzung 2011 der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Nr 86/2011, (im Folgenden: BVA-Satzung 2011) in der zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des §144a DGO 1956 idF LGBl 43/2013 (somit am 1. Mai 2013) geltenden Fassung, das war die Fassung Nr 41/2012, lauten wie folgt (gegenüber der unter Punkt II.4. dargestellten Rechtslage ist nunmehr in Abs2 Z2 litb eine Ausnahme von der Anwendung des Abs1 für die in §56 Abs2 Z2 bis 6, Abs3 und 4 B-KUVG genannten Angehörigen normiert, die gemäß §34 Abs1 Z3 am 1. Juli 2012 in Kraft trat):

"Behandlungsbeitrag bei ärztlicher Hilfe

§16. (1) Ein Behandlungsbeitrag im Ausmaß von 20 % des Vertragshonorars ist bei der Inanspruchnahme von Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen im Rahmen der ärztlichen Hilfe oder gleichgestellter Leistungen vom Versicherten/von der Versicherten zu entrichten:

1. für ein mit der Konsultation des Vertragspartners/der Vertragspartnerin verbundenes, von konkreten Verrichtungen unabhängiges Grundhonorar;

2. für ärztliche Diagnose- und Therapiegespräche;

3. für bildgebende Diagnoseverfahren (zB Röntgen, Sonographie, Computertomographie);

4. für Laboruntersuchungen;

5. für Physiotherapie;

6. für Psychotherapie;

7. für elektrokardiografische Untersuchungen (EKG);

8. für ergometrische Untersuchungen.

(2) Von der Anwendung des Abs1 ausgenommen sind

1. Leistungen in Zusammenhang mit der Behandlung anzeigepflichtiger übertragbarer Krankheiten;

2. Leistungen für

a) Bezieher einer Waisenpension oder eines Waisenversorgungsgenusses;

b) die in §56 Abs2 Z2 bis 6, Abs3 und 4 B-KUVG genannten Angehörigen.

(3) Die BVA schreibt den Behandlungsbeitrag im Regelfall im Nachhinein vor. Sie kann jedoch aus Gründen der Zweckmäßigkeit den Vertragspartner/die Vertragspartnerin oder die eigene Einrichtung damit betrauen, den Behandlungsbeitrag anlässlich der Inanspruchnahme der Leistung einzuheben.

(4) Die BVA schreibt den Behandlungsbeitrag in derselben Höhe vor wie bei Inanspruchnahme derselben Leistung bei einem/einer niedergelassenen Vertragsarzt/Vertragsärztin, wenn sie Leistungen nach Abs1 pauschal honoriert. Ist die Leistung im Tarif der niedergelassenen Ärzte/Ärztinnen nicht enthalten, wohl aber im Tarif eines/einer anderen Vertragspartners/Vertragspartnerin der BVA, bemisst die BVA den Behandlungsbeitrag nach dem Tarif dieses/dieser Vertragspartners/Vertragspartnerin. Lässt sich im Fall einer Pauschalhonorierung die tatsächlich konsumierte Leistung nicht oder nur mit unvertretbar hohem Aufwand ermitteln, schreibt die BVA einen Behandlungsbeitrag von 6,40 Euro je Versicherungsfall, Kalendervierteljahr und in Anspruch genommener Einrichtung des/der Vertragspartners/Vertragspartnerin vor."

"Wirksamkeitsbeginn der 1. Änderung

§34. (1) Es treten in Kraft:

1. §11 Abs2 Z1 in der Fassung der 1. Änderung mit dem auf die Verlautbarung folgenden Monatsersten;

2. §16 Abs1 und §19 Abs2 in der Fassung der 1. Änderung am 1. Mai 2012;

3. §16 Abs2 Z2 und Abs4 in der Fassung der 1. Änderung mit dem auf die Verlautbarung folgenden Quartalsbeginn.

(2) Weiterhin anzuwenden sind:

1. §11 Abs2 Z1 in der Stammfassung auf Tage der Anstaltspflege vor dem der Verlautbarung der 1. Änderung folgenden Monatsersten;

2. §16 Abs1 und §19 Abs2 in der Stammfassung auf Leistungen vor dem 1. Mai 2012;

3. §16 Abs2 und 4 in der Stammfassung auf Leistungen vor dem der Verlautbarung der 1. Änderung folgenden Quartalsbeginn."

4.2. §16 der Satzung 2020 der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau, Nr 18/2020 (im Folgenden: BVAEB-Satzung 2020), das ist die am 1. Juli 2020 geltende Fassung, lautet wie folgt (für den vorliegenden Fall ergeben sich keine relevanten Änderungen gegenüber der unter Punkt II.4.1. dargestellten Rechtslage, zumal in Abs2 Z2 litb lediglich der Verweis auf die aufgehobenen Z3 und 4 des §56 Abs2 B-KUVG gestrichen wurde):

"Behandlungsbeitrag bei ärztlicher Hilfe

§16. (1) Der/Die Versicherte hat bei der Inanspruchnahme von Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen im Rahmen der ärztlichen Hilfe oder gleichgestellter Leistungen einen Behandlungsbeitrag im Ausmaß von 10 % des Vertragshonorars zu entrichten:

1. für ein mit der Konsultation des Vertragspartners/der Vertragspartnerin verbundenes, von konkreten Verrichtungen unabhängiges Grundhonorar;

2. für ärztliche Diagnose- und Therapiegespräche;

3. für bildgebende Diagnoseverfahren (z. B. Röntgen, Sonographie, Computertomographie);

4. für Laboruntersuchungen;

5. für Physiotherapie;

6. für Psychotherapie;

7. für elektrokardiografische Untersuchungen (EKG);

8. für ergometrische Untersuchungen.

(2) Von der Anwendung des Abs1 ausgenommen sind

1. Leistungen in Zusammenhang mit der Behandlung anzeigepflichtiger übertragbarer Krankheiten;

2. Leistungen für

a) Bezieher/Bezieherinnen einer Waisenpension oder eines Waisenversorgungsgenusses,

b) die in §56 Abs2 Z2, Z5 und Z6, Abs3 und 4 B-KUVG genannten Angehörigen;

3. Leistungen im Sinn des §53a Abs1 B-KUVG.

(3) Die BVAEB schreibt den Behandlungsbeitrag im Regelfall im Nachhinein vor. Sie kann jedoch aus Gründen der Zweckmäßigkeit den Vertragspartner/die Vertragspartnerin oder die eigene Einrichtung damit betrauen, den Behandlungsbeitrag anlässlich der Inanspruchnahme der Leistung einzuheben.

(4) Die BVAEB schreibt den Behandlungsbeitrag in derselben Höhe vor wie bei Inanspruchnahme derselben Leistung bei einem/einer niedergelassenen Vertragsarzt/Vertragsärztin, wenn sie Leistungen nach Abs1 pauschal honoriert. Ist die Leistung im Tarif der niedergelassenen Ärzte/Ärztinnen nicht enthalten, wohl aber im Tarif eines/einer anderen Vertragspartners/Vertragspartnerin der BVAEB, bemisst die BVAEB den Behandlungsbeitrag nach dem Tarif dieses/dieser Vertragspartners/Vertragspartnerin. Lässt sich im Fall einer Pauschalhonorierung die tatsächlich konsumierte Leistung nicht oder nur mit unvertretbar hohem Aufwand ermitteln, schreibt die BVAEB einen Behandlungsbeitrag von 3,20 Euro je Versicherungsfall, Kalendervierteljahr und in Anspruch genommener Einrichtung des/der Vertragspartners/Vertragspartnerin vor."

III. Antragsvorbringen und Vorverfahren

1. Dem Antrag liegt folgender Sachverhalt zugrunde:

Die Versicherte steht in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis zur Landeshauptstadt Graz. Am 10. April 2019 brachte sie bei der Krankenfürsorgeanstalt für die Beamten der Landeshauptstadt Graz einen Antrag auf Rückerstattung von Behandlungsbeiträgen für ihre (in weiterer Folge am 24. Mai 2019 verstorbene) behinderte Tochter, rückwirkend per 1. Juli 2012 ein. Für den Fall einer Abweisung ihres Antrages beantragte sie eine schriftliche Bescheidausfertigung. Begründend führte die Versiche

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

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