jusline®
»» Recht. Schnell

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

TE OGH 2018/1/23 10ObS147/17s

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 23.01.2018

Kopf

Der Oberste Gerichtshof hat als Revisionsgericht in Arbeits- und Sozialrechtssachen durch den Senatspräsidenten Univ.-Prof. Dr. Neumayr als Vorsitzenden, den Senatspräsidenten Dr. Schramm, den Hofrat Mag. Ziegelbauer sowie die fachkundigen Laienrichter Ing. Christian Stangl-Brachnik MA BA (aus dem Kreis der Arbeitgeber) und Ing. Karl Melichar (aus dem Kreis der Arbeitnehmer) als weitere Richter in der Sozialrechtssache der klagenden Partei Dr. J*****, Rechtsanwalt, *****, gegen die beklagte Partei Vorarlberger Gebietskrankenkasse, 6850 Dornbirn, Jahngasse 4, vertreten durch Thurnher Wittwer Pfefferkorn & Partner Rechtsanwälte GmbH in Dornbirn, wegen Kostenerstattung, über die Revision der klagenden Partei gegen das Urteil des Oberlandesgerichts Innsbruck als Berufungsgericht in Arbeits- und Sozialrechtssachen vom 19. September 2017, GZ 25 Rs 87/16d-52, womit infolge Berufung der klagenden Partei das Urteil des Landesgerichts Feldkirch als Arbeits- und Sozialgericht vom 27. April 2016, GZ 33 Cgs 105/14i, 33 Cgs 157/14m und 34 Cgs 301/14w-41, in der Hauptsache bestätigt wurde, in nichtöffentlicher Sitzung den

Beschluss

gefasst:

Spruch

Die Revision wird zurückgewiesen.

Die klagende Partei und die beklagte Partei haben die Kosten des Revisionsverfahrens jeweils selbst zu tragen.

Text

Begründung:

Der Kläger litt an einer Entzündung des Zahnfleisches und insbesondere des Zahnhalteapparats im Zahnhalsbereich in allen vier Quadranten. Er suchte zur Behandlung einen Wahlzahnarzt auf.

33 Cgs 105/14i des Erstgerichts:

Für die am 23. 1. 2014 erbrachten Leistungen stellte der Wahlarzt mit der Honorarnote vom 27. 1. 2014 folgende Positionen in Rechnung:

1 Parodontalbefund 69,90 EUR

1 MBU-Test 99,60 EUR

gesamt 169,50 EUR

Diese Leistungen waren ausreichend und zweckmäßig, der MBU-Test überschritt jedoch das Maß des Notwendigen.

Die Beklagte ersetzte dem Kläger mit dem angefochtenen Bescheid vom 10. 4. 2014 die Position „Parodontalbefund“ als Beratung/Untersuchung entsprechend Position 1 der Honorarordnung für die Vertragszahnärzte und -ärztinnen (Bundeshonorarordnung 2014, BHO 2014) mit 9,52 EUR (das sind 80 % von 11,90 EUR).

33 Cgs 157/14m des Erstgerichts:

Für die zwischen 24. 3. 2014 und 28. 4. 2014 erbrachten Leistungen stellte der Wahlarzt mit der Honorarnote vom 7. 5. 2014 folgende Positionen in Rechnung:

1 Mundhygienesitzung 60 min 105 EUR

2 Parodontalbehandlung 60 min 280 EUR

1 Parodontalbehandlung 90 min 187,50 EUR

1 Curettage 60 min 145,40 EUR

1 Full Mouth Desinfektion 57,50 EUR

1 Interdentalhalter Duo 16,50 EUR

2 Nachfüllpackung[en] Interdentalbürsten 13,60 EUR

gesamt 805,50 EUR

Diese Leistungen waren ausreichend und zweckmäßig. Die Full Mouth Desinfektion überschritt das Maß des Notwendigen. Für die Positionen „Interdentalhalter Duo“ und „Nachfüllpackung Interdentalbürsten“ begehrt der Kläger keinen Kostenersatz von der Beklagten.

Die Beklagte ersetzte dem Kläger mit dem angefochtenen Bescheid vom 27. 6. 2014 für diese Leistungen gemäß Anhang 2 Punkt 1 Z 4 ihrer Satzung („Parodontale Initialtherapie zur Vor- oder Nachbehandlung einer Zahnfleischerkrankung bei Grad 3 oder 4 der Parodontalen Grunduntersuchung (PGU) laut Österreichischer Gesellschaft für Parodontologie, pro Sextant 54 EUR“) den Betrag von 270 EUR (5 x 54 EUR).

34 Cgs 301/14w des Erstgerichts:

Am 23. 9. 2014 erstellte der Wahlarzt einen neuerlichen Parodontalbefund beim Kläger. Dafür stellte der Wahlarzt mit Honorarnote vom 30. 9. 2014 folgende Position in Rechnung:

1 Kontrolle nach Parodontitisbehandlung und

Endbefund 111,30 EUR

Die Beklagte ersetzte dem Kläger dafür mit dem angefochtenen Bescheid vom 2. 12. 2014 die Kosten einer Beratung/Untersuchung gemäß Position 1 der BHO 2014 mit 9,52 EUR (das sind 80 % von 11,90 EUR).

Der Kläger begehrt von der Beklagten die Erstattung sämtlicher in den angeführten Honorarnoten genannten Positionen – mit den bereits genannten
Ausnahmen – als Kosten einer zweckmäßigen und notwendigen Heilbehandlung. Er sei seit Jahren bei der Beklagten in der Krankenversicherung selbstversichert und habe im Jahr 2012 Zahlungen in Höhe von 4.315,68 EUR an die Beklagte geleistet. In den kommenden Jahren sei es zu Tariferhöhungen gekommen, sodass die Beklagte zur Kostentragung verpflichtet sei.

Die Beklagte wandte dagegen zusammengefasst ein, dass sie zur Kostenerstattung nur nach Maßgabe ihrer Satzung verpflichtet sei. Der danach dem Kläger zustehende Kostenersatz sei ihm bereits überwiesen worden.

Das Erstgericht gab dem Klagebegehren mit 54 EUR statt und wies das Mehrbegehren von 713,16 EUR ab. Im Umfang der Stattgebung des Klagebegehrens und der Abweisung eines Mehrbegehrens von 57,50 EUR erwuchs diese Entscheidung mangels Anfechtung in Rechtskraft.

Erstattungsfähig seien als freiwillige Leistung die von der Beklagten ohnehin bereits zuerkannten Kosten von jeweils 9,52 EUR (80 % von 11,90 EUR) für die mit den Honorarnoten vom 27. 1. 2014 und 30. 9. 2014 abgerechneten Leistungen. Für die mit der Honorarnote vom 7. 5. 2014 erbrachten Leistungen des Wahlarztes gebühre dem Kläger

gemäß Anhang 2 Punkt I Z 4 zur Satzung der Beklagten ein Kostenzuschuss von 50 % der Kosten, höchstens jedoch von 54 EUR pro Sextant. Da der Kläger in allen sechs Sextanten von Parodontitis betroffen gewesen sei, gebühre ihm ein Kostenersatz von 324 EUR (6 x 54 EUR). Dem Kläger seien daher weitere 54 EUR an Kostenerstattung zuzuerkennen.

Das vom Kläger nur mehr im Umfang des Zuspruchs von weiteren 655,66 EUR angerufeneBerufungsgericht bestätigte die Entscheidung des Erstgerichts über Berufung des Klägers in der Hauptsache mit der Maßgabe, dass es aussprach, dass die Beklagte schuldig sei, dem Kläger für die Inanspruchnahme der zahnärztlichen Behandlung durch seinen Wahlarzt laut Honorarnoten vom 27. 1. 2014, 7. 5. 2014 und 30. 9. 2014 verrechneten und bezahlten Gesamtbetrag von 1.086,30 EUR binnen 14 Tagen insgesamt 343,04 EUR zu erstatten. Das Mehrbegehren wies das Berufungsgericht ab.

Auch wenn man davon ausginge, dass die vom Kläger in Anspruch genommenen ärztlichen Leistungen zweckmäßig, notwendig und solche der konservierenden Zahnbehandlung, daher Pflichtleistungen, seien, sei die Beklagte lediglich verpflichtet die dafür entstandenen Kosten nach Maßgabe ihrer Satzung zu erstatten, weil es sich dabei jedenfalls um außervertragliche Leistungen handle. Denn die vom Wahlarzt des Klägers erbrachten Leistungen schienen weder in der verbindlichen BHO 2014, noch im Sachleistungskatalog des Anhangs 1 der Satzung der Beklagten auf. Für den Fall des Fehlens einer vertraglichen Regelung könne die Satzung für eine bestimmte zahnärztliche Behandlung einen Kostenersatz in Form von Kostenzuschüssen vorsehen. Die dem Versicherten entstandenen Kosten müssten dabei nicht vollständig, sondern nur innerhalb der satzungsmäßigen Grenzen erstattet werden.

In der Satzung der Beklagten seien die Kostenzuschüsse für außervertragliche Leistungen im Bereich der Zahnbehandlung in ihrem als Sonderregelung zum Anhang 7 aufzufassenden Anhang 2 Punkt 1 geregelt; sie seien demnach auf besondere medizinische Fälle beschränkt. Gemäß Anhang 2 Punkt I Z 4 der Satzung der Beklagten gelte eine „Parodontale Initialtherapie zur Vor- oder Akutbehandlung einer Zahnfleischerkrankung" als konservierende Zahnbehandlung, soweit Grad 3 oder 4 der Parodontalen Grunduntersuchung (PGU) laut Österreichischer Gesellschaft für Parodontologie vorliege. Dafür habe die Beklagte nach der hier maßgeblichen, mit 1. 5. 2013 in Kraft getretenen Fassung pro Sextant einen Zuschuss in Höhe von 50 % der Kosten, höchstens aber von 54 EUR pro Sextant zu erbringen. Im Gegensatz zu vielen anderen in den Satzungsanhängen aufscheinenden Positionen beziehe sich diese Zuschussregelung nicht auf Einzelsitzungen, das Behandlungsquartal oä, sondern auf die jeweilige Gesamttherapie. Bei sämtlichen Leistungen aufgrund einer konkreten Parodontalerkrankung handle es sich um zusammenhängende Leistungen aus ein- und demselben Versicherungsfall. Eine Mehrfacherstattung der genannten Beträge (etwa nach Einzelsitzung) komme daher nicht in Betracht.

Für die vom Kläger bei seinem Wahlarzt in Anspruch genommene Parodontalbehandlung aller sechs Sextanten, die dem Krankheitsgrad 3 entsprochen habe, und die – von wenigen Ausnahmen abgesehen – zweckmäßig und notwendig gewesen sei, seien von der Beklagten daher gesamt 324 EUR an Kostenzuschuss zu erstatten (6 x 54 EUR), wobei dem Kläger aber ohnedies 343,04 EUR zuerkannt worden seien. Das Urteil des Erstgerichts sei daher unter Wiederherstellung des Bescheids zu bestätigen gewesen; das Mehrbegehren sei hingegen nicht berechtigt.

Das Berufungsgericht sprach aus, dass die Revision zulässig sei, weil höchstgerichtliche Rechtsprechung zu den hier relevanten Fragen der Kostenerstattung
– insbesondere zu dem im Anhang 2 Punkt 1 Z 4 zur Satzung der Beklagten geregelten Kostenzuschuss – fehle.

Gegen diese Entscheidung richtet sich die von der Beklagten beantworteteRevision des Klägers, mit der er den Zuspruch eines weiteren Betrags von 655,66 EUR anstrebt.

Rechtliche Beurteilung

Die Revision ist entgegen dem den Obersten Gerichtshof nicht bindenden Zulassungsausspruch unzulässig. Die Zurückweisung der Revision kann sich auf die Ausführung der Zurückweisungsgründe beschränken (§ 510 Abs 3 ZPO).

1. Selbst wenn das Rechtsmittelgericht zu Recht ausgesprochen hat, die Revision sei zulässig, im Rechtsmittel aber nur solche Gründe geltend gemacht werden, deren Erledigung nicht von der Lösung erheblicher Rechtsfragen abhängt, ist die Revision trotz der Zulässigerklärung durch das Gericht zweiter Instanz zurückzuweisen (RIS-Justiz RS0102059).

2. Die Versicherungsträger haben die Möglichkeit, die Erstattung von Kosten für außervertragliche Leistungen betragsmäßig zu begrenzen, wodurch der sozialversicherungsrechtliche Leistungsanspruch – für die Versicherten voraussehbar – modifiziert wird, was um so mehr für den Bereich der Zahnbehandlung gilt, für den gemäß § 153 Abs 1

ASVG die Eingrenzung und Konkretisierung des Leistungsanspruchs selbst ausdrücklich der Satzung übertragen ist (RIS-Justiz RS0114698). Der Verfassungsgerichtshof hegt gegen § 153 Abs 1 ASVG keine verfassungsrechtlichen Bedenken (RIS-Justiz RS0108529). Das Berufungsgericht hat diese Rechtsprechung bei seiner Entscheidung beachtet, der Revisionswerber stellt sie nicht in Frage.

3.1 Der Revisionswerber vertritt die Ansicht, dass die bei ihm durchgeführten Leistungen „sowohl im Anhang 1 als auch im Anhang 2" der Satzung der Beklagten geregelt sind. Er zeigt allerdings nicht auf, welche Folgerungen sich aus dieser Behauptung ergeben.

3.2 Der Revisionswerber führt aus, dass der Wahlarzt die Leistungen „Zahnsteinentfernung" (Anhang 1 Punkt I Pos 20), „Stomatitisbehandlung (pro Sitzung)" (Anhang 1 Punkt I Pos 26) und „Chirurgische Taschenabtragung" (Anhang 1 Punkt I Pos 34) durchgeführt habe. Er legt aber in der Revision nicht dar, welche Kosten nach der BHO 2014, auf die Anhang 1 verweist, anstelle der ihm zuerkannten Kosten diesfalls zu erstatten wären. Es ergibt sich bereits aus § 153 Abs 1 ASVG, dass – worauf das Berufungsgericht auch hingewiesen hat – der Krankenversicherungsträger selbst für außervertragliche Leistungen nicht die üblichen Marktpreise zu ersetzen, sondern nur Zuschüsse nach Maßgabe der Satzung zu leisten hat (Windisch-Graetz in SV-Komm [156. Lfg] § 153 Rz 10 mwH).

3.3 Der vom Revisionswerber geforderte Ersatz von Kosten für die Position 1 in Anhang 1 Punkt I. der Satzung der Beklagten („Beratung") wurde ihm bereits von der Beklagten nach der BHO 2014 zuerkannt. Soweit der Revisionswerber weiters die Einordnung der von seinem Wahlarzt erbrachten Leistungen als „a) Behandlungsplanung", „b) klinische Inspektion der Mundhöhle", „c) Panoramaröntgen" und „h) Analysen zur Sicherstellung des Behandlungserfolgs" gemäß Anhang 1, Punkt III der Satzung der Beklagten wünscht, ist ihm entgegenzuhalten, dass sich diese Positionen erst in der erst mit 1. 7. 2015 in Kraft getretenen Satzung der Beklagten (avsv 2015/120) finden, die auf den vorliegenden Fall nicht anwendbar ist (10 ObS 64/01m, SSV-NF 17/1; RIS-Justiz RS0108528).

3.4 Dem gegenüber wünscht der Revisionswerber aber auch die Einordnung der von seinem Wahlarzt erbrachten Leistungen unter Anhang 2 Punkt I Pos 4 (Parodontale Initialtherapie zur Vor- oder Nachbehandlung einer Zahnfleischerkrankung bei Grad 3 oder 4 der Parodontalen Grunduntersuchung [PGU] laut Österreichischer Gesellschaft für Parodontologie, pro Sextant). Dies entspricht ohnehin der Rechtsansicht der Vorinstanzen und den Feststellungen, wonach auch die nach Ansicht des Revisionswerbers unter Anhang 1 Punkt I der Satzung zu subsumierenden Leistungen des Wahlarztes Teil der bei ihm insgesamt durchgeführten Parodontalbehandlung waren. Auch mit seinem Argument, dass die Beklagte „daher jedenfalls nach Anhang 2 für den Ersatz dieser Leistungen verpflichtet" sei, zeigt der Revisionswerber keine Korrekturbedürftigkeit der Rechtsansicht des Berufungsgerichts im konkreten Fall auf.

4. Der Revisionswerber behauptet weiters, dass sich aus den beiden Anhängen der Satzung der Beklagten nicht ergebe, dass „die Behandlungen" nur „einmal im Leben eines Versicherten" bezahlt werden. Ein Patient, der an einer chronischen Parodontitis litte, müsste die Behandlung ein Leben lang – mit Ausnahme der Erstbehandlung – selbst zahlen. Diese Aussage lässt sich der angefochtenen Entscheidung des Berufungsgerichts nicht entnehmen. Das Berufungsgericht geht vielmehr in Übereinstimmung mit dem Text des Anhangs 2 Punkt I Z 4 der Satzung der Beklagten davon aus, dass der danach gebührende Kostenzuschuss für eine (jede erforderliche) Gesamttherapie im Sinn dieser Bestimmung erfolgt. Eine Korrekturbedürftigkeit dieser Rechtsansicht zeigt der Revisionswerber nicht auf.

5. Auch in der Revision hält der Revisionswerber schließlich daran fest, dass er gemäß § 16 ASVG freiwillig versichert sei, sodass die „allgemeinen Grundsätze des Vertragsrechts" anwendbar seien und auch hier die „Unklarheitenregel" gelte. Dem ist entgegenzuhalten, dass sich die Einrichtung der freiwilligen Selbstversicherung in der Krankenversicherung nach § 16 ASVG als eine solche des öffentlichen Rechts darstellt, der kein privatrechtlich zu beurteilender Versicherungsvertrag zugrunde liegt (Zehetner in Sonntag, ASVG8 § 16 Rz 1; Pfeil in SV-Komm [133. Lfg] § 16 ASVG Rz 2 mwH).

6. Mangels Aufzeigens einer erheblichen Rechtsfrage im Sinn des § 502 Abs 1 ZPO war die Revision daher zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 77 Abs 1 Z 2 lit b ASGG. Gründe für einen Kostenzuspruch an den Kläger nach Billigkeit wurden nicht geltend gemacht und ergeben sich auch nicht aus der Aktenlage (RIS-Justiz RS0085829 [T1]). Die Beklagte hat die Kosten des Verfahrens ohne Rücksicht auf dessen Ausgang gemäß § 77 Abs 1 Z 1 ASGG selbst zu tragen.

Textnummer

E120713

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:OGH0002:2018:010OBS00147.17S.0123.000

Im RIS seit

26.02.2018

Zuletzt aktualisiert am

22.06.2020

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

© 2026 JUSLINE

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

www.jusline.at