

Gericht

Verfassungsgerichtshof

Entscheidungsdatum

18.03.2000

Geschäftszahl

G24/98 ua, V38/98 ua

Sammlungsnummer

15787

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 zu G24/98);

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 physiotherapeutische Behandlungen) iSd §131 Abs1 ASVG idF BGBl. Nr. 411/1996 nach Inanspruchnahme eines 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 Honorar tarifs 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 chefürztlich 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 I 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, Wahlrichtungen, 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 (Wahlarzte, 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 Kostenersatzanspruch 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 Kostenersatzung 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 Krankenscheinegebühr) 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 Krankenscheinegebühr). 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 angestregten 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 Anstiegs 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 Berufsbeantwortung 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 zuzunehmen 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 zugrunde zu legen 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 Verordnungsprüfungsanträgen:

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 Satzungsgebers 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 offenkundiger 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 Gesichtspunkte 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 betragsliche 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 insofern nicht im Widerspruch, als die erstgenannte Bestimmung für die Erstattung von Wahlarztekosten 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 Kostenersatzungsanträgen (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 Kostenersatzung auch bei Wahlärzten stattfindet, bei denen - wären sie Vertragsärzte - zufolge geringer Ordinationsauslastung eine Kürzung nicht gerechtfertigt wäre, muß im Interesse einer gleichen Kostenersatzung 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 Festsetzung 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' - verlaublichbar 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." (Unterstreichungen im Original)

II. Die Bundesregierung, die Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales, die beteiligten Gebietskrankenkassen und zT auch die klagenden Parteien der Ausgangsverfahren haben im verfassungsgerichtlichen Verfahren Stellungnahmen erstattet.

1. Gegenäußerungen betreffend §131 Abs1 und 6 ASVG:

1.1. Die Bundesregierung (Bundeskanzleramt-Verfassungsdienst) hat mit Schriftsatz vom 15. April 1998 zur Zahl G24/98 eine für alle gegenständlichen Verfahren entsprechend geltende Äußerung (bzw. in anderen Verfahren gleichlautende Äußerungen) folgenden Wortlauts erstattet:

"1. Zur behaupteten Verletzung des Gleichheitsgrundsatzes:

Das Oberlandesgericht Wien stützt seine verfassungsrechtlichen Bedenken gegen die Kostenersatzbeschränkung bei Inanspruchnahme eines Wahlarztes auf das aus dem Gleichheitssatz erfließende Sachlichkeitsgebot.

Das OLG Wien geht dabei in seinem Gesetzesprüfungsantrag davon aus, daß die Erbringung von Sachleistungen durch Wahlärzte einerseits und durch Vertragsärzte andererseits vom Gesetzgeber als zwei gleichwertige Arten der Leistungserbringung vorgesehen seien.

Dem ist folgendes entgegenzuhalten:

§135 Abs1 ASVG normiert, daß die ärztliche Hilfe 'durch Vertragsärzte, durch Wahlärzte (§131 Abs1) und durch Ärzte in eigenen hierfür ausgestatteten Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) der Versicherungsträger' gewährt wird. Eine Gleichstellung dieser drei Gruppen kann aus dieser Gesetzesbestimmung allerdings nicht

abgeleitet werden, zumal bei der Anführung der Wahlärzte ausdrücklich auf §131 Abs1 ASVG verwiesen wird, der gerade wegen seiner Differenzierung zwischen Wahlärzten und Vertragsärzten angefochten wird. Vielmehr enthält §135 Abs1 ASVG eine wertungsfreie Aufzählung der Möglichkeiten der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe, womit aber noch keine Gleichwertigkeit der Erbringung dieser Leistung durch Vertragsärzte einerseits und durch Wahlärzte andererseits festgelegt ist. Aus anderen Bestimmungen geht hingegen klar hervor, daß nach dem System des ASVG eine Versorgungssicherung in erster Linie durch Vertragsärzte gewährleistet werden soll. So enthält §338 Abs2 ASVG einen gesetzlichen Auftrag, wonach die Sozialversicherungsträger durch den Aufbau eines Vertragsarztsystems die ausreichende Versorgung der Versicherten und ihrer anspruchsberechtigten Angehörigen mit den gesetzlich und satzungsmäßig vorgesehenen Leistungen sicherzustellen haben. Auch normiert §342 Abs1 Z1 ASVG als Inhalt der zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und den Ärztekammern abzuschließenden Gesamtverträge unter anderem die Festsetzung der Zahl und der örtlichen Verteilung der Vertragsärzte mit dem Ziel, daß unter Berücksichtigung der örtlichen und Verkehrsverhältnisse sowie der Bevölkerungsdichte und -struktur eine ausreichende ärztliche Versorgung im Sinne des §338 Abs2 erster Satz der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten und deren Angehörigen gesichert ist. Vorrangiges Ziel der sozialen Krankenversicherung ist also eine ausreichende flächendeckende medizinische Versorgung über Gesamtverträge, weshalb nach der Absicht des Gesetzgebers von den Versicherten primär Vertragspartner in Anspruch genommen werden sollen (so auch das OLG Linz in seinem in Kopie beiliegenden Urteil vom 13. Jänner 1998, 12 Rs 290/97x, in dem im übrigen die Ansicht vertreten wird, daß die Reduktion des Kostenerstattungsanspruches bei Inanspruchnahme von Wahlärzthilfe sehr wohl sachlich gerechtfertigt sei). Dahinter steht auch der Gedanke, daß Krankenbehandlung nicht von der jeweiligen finanziellen Liquidität des Patienten im Einzelfall abhängig sein soll.

Nach §135 Abs2 ASVG muß, wenn für die Gewährung ärztlicher Hilfe eigene Einrichtungen oder Vertragseinrichtungen bestehen, die Wahl der Behandlung zwischen einer dieser Einrichtungen und einem oder mehreren Vertragsärzten (Wahlärzten) unter gleichen Bedingungen freigestellt sein. Angesichts der dargelegten Systementscheidung kann die Wendung 'unter gleichen Bedingungen' in dieser Bestimmung nicht so verstanden werden, daß sie sich auf eine freie Wahl zwischen Vertragsärzten und Wahlärzten bezieht. Vielmehr bedeutet diese Formulierung, daß die Wahl zwischen Vertragsärzten einerseits und Wahlärzten andererseits - jeweils untereinander - 'unter den gleichen Bedingungen' freigestellt sein muß.

Auch wenn die Kostenerstattung für Wahlärzthilfe nach ständiger Rechtsprechung als Sachleistung zu qualifizieren ist und sohin in dieser Beziehung der Sachleistungserbringung durch einen Vertragsarzt gleichgestellt ist, so ist doch aus dem gesamten dargelegten Regelungszusammenhang jedenfalls klar erkennbar, daß der Gesetzgeber dem Vertragsarztsystem vorrangige Bedeutung einräumen wollte.

Weiters ist darauf hinzuweisen, daß es Sinn und Zweck des Abschlusses von Verträgen ist, Vertragspartner anders zu behandeln als nicht am Vertrag beteiligte Personen und Einrichtungen, da andernfalls vertragliche Vereinbarungen weitgehend überflüssig wären.

Schließlich kann von einer Gleichstellung von Wahlärzten und Vertragsärzten auch deshalb nicht die Rede sein, weil Vertragsärzte im Interesse des Patienten (und der Beitragszahler: Dienstnehmer, Dienstgeber usw.) aus den abgeschlossenen Verträgen nicht nur Rechte (wie z.B. die Möglichkeit der Verordnung von Heilmitteln, Heilbehelfen und Hilfsmitteln auf Rechnung eines Versicherungsträgers bzw. die Feststellung der 'Arbeitsunfähigkeit in Folge Krankheit' für den Versicherungsträger), sondern auch Pflichten (z.B. die Verpflichtung zur Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst des Versicherungsträgers) gegenüber den Sozialversicherungsträgern haben. Wahlärzte sind hingegen aufgrund der fehlenden Vertragsbeziehung zu einem Sozialversicherungsträger an keinerlei Vereinbarungen gebunden. Es kann aber dem Gesetz nicht unterstellt werden, daß danach eine Berufsgruppe (Ärzte ohne Kassenvertrag, Wahlärzte) zwar die vertraglichen Rechte anderer Berufsteilnehmer (Vertragsärzte) lukrieren können soll, aber nicht deren vertragliche Pflichten erfüllen muß.

So sind Wahlärzte berechtigt, die Höhe ihres Honorars, welches sie direkt vom Patienten verlangen, nach eigenem freien Ermessen festzusetzen. Sie unterliegen nicht den in den Honorarordnungen enthaltenen Limitierungen, Deckelungen oder degressiven Tarifen. Weiters sind Wahlärzte nicht an die vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger aufgestellten Richtlinien über die ökonomische Verschreibeweise im Rahmen der Medikamentenverordnung gebunden. Darüber hinaus sieht die Honorarordnung der Vertragsärzte beispielsweise die gesonderte Verrechenbarkeit einer Leistung nur für bestimmte Leistungserbringer (Fachgruppenbeschränkung) vor. Dieser Einschränkung liegen bestimmte, auch gesetzlich gebotene Ziele zugrunde: Qualitätssicherung durch Vorbehalte für Spezialisten mit einem bestimmten Gerätestandard usw., zumal insbesondere die Medizintechnik der letzten Jahre konkreter Schulung, Übung und Routine bei der Anwendung dieser Methoden bedarf; Wirtschaftlichkeit durch optimale und damit tarifsenkende

Geräteausnutzung, zumal Geräte die nur selten benützt werden, zu hohen Kosten im Einzelfall führen, weil sich die Gerätekosten kalkulatorisch nur auf wenige Fälle aufteilen.

Es ist daher geradezu geboten, auch im Kostenerstattungsbereich Pauschalierungen und Limitierungen bei den entsprechenden Leistungspositionen anzuwenden, indem beispielsweise verminderte Punktwerte errechnet und erstattet werden. Diese Rechtsansicht hat der Oberste Gerichtshof in seiner Entscheidung vom 20. Dezember 1994, Zl. 10 ObS 153/94, vertreten und hiezu folgendes ausgeführt: 'Bei dem bestehenden Mischsystem für die Honorierung der Vertragsärzte würde die Gewährung des Kostenersatzes auf der Grundlage dieses höchsten Punktwertes für die Inanspruchnahme eines Wahlarztes dem gesetzlichen Auftrag, der die Kostenerstattung mit dem bei Inanspruchnahme der Vertragspartner anfallenden Aufwand begrenzt, nicht entsprechen.'

In diesem Zusammenhang ist auf das Ausmaß der Kostenerstattung bzw. deren Reduktion näher einzugehen: Schon nach dem Wortlaut des §131 Abs1 ASVG in der Stamfassung hatte der Versicherte bei Inanspruchnahme eines Nichtvertragspartners eine Kostenvergütung nur im Ausmaß jener Kosten zu erhalten, die dem Versicherungsträger bei Inanspruchnahme eines Vertragspartners erwachsen wären. Der Zweck dieser Regelung besteht darin, daß der Krankenversicherungsträger nicht mit höheren, aber auch nicht mit niedrigeren Kosten belastet sein soll als im Fall der Inanspruchnahme eines Vertragsarztes. Der Gesetzgeber wollte mit dieser Bestimmung der Ärzteschaft einen Ausgleich dafür anbieten, daß nicht alle niedergelassenen Ärzte in das Sachleistungssystem einbezogen sind (vgl. RV 599 B1gNR 7. GP, S 53). Das Ausmaß der Kosten, die der Versicherung bei einem Vertragspartner entstanden wären, hängt von mehreren Gesichtspunkten ab:

Honorargestaltung:

Dies betrifft die jeweiligen vertraglichen Vereinbarungen über die Leistungshonorare, in welchen auch Verrechnungsllimite, Staffelpreise, Mengenrabatte etc. enthalten sind.

Rahmenbedingungen für die Vertragspartner:

Dies betrifft die (vertraglich vereinbarte) Berechtigung zur Leistungserbringung auf Kassenkosten (siehe die obigen Ausführungen zum Thema Fachgruppenbeschränkung). Hiezu gehören aber auch die gesetzlichen Einschränkungen betreffend die Vertragsvergabe, Stellenpläne ua.

Wirtschaftlichkeitsgebot:

Der Wahlarzt gestaltet seine Honorarforderungen nach eigenem Gutdünken. Er kann Behandlungsmethoden und Diagnosemethoden beliebig durchführen und wiederholen, auch wenn dies aus medizinischen Gründen nicht mehr zweckmäßig erscheint. Demgegenüber ist der Vertragsarzt an die gesetzlich vorgesehenen Grundsätze der Krankenbehandlung gebunden. Seine Leistungserbringung hat demnach ausreichend und zweckmäßig zu sein, darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§133 Abs2 ASVG). Die Krankenbehandlung erfüllt diese Grundsätze, wenn sie geeignet ist,

- einen ausreichenden therapeutischen und diagnostischen Nutzen zu erzielen und
- die Kosten im Verhältnis zum Erfolg der Maßnahme möglichst gering zu halten.

All diese Gesichtspunkte die für die Kosten eines Vertragspartners von Bedeutung sind, müssen aber im Hinblick darauf, daß - wie bereits ausgeführt - der Versicherungsträger bei Inanspruchnahme eines Wahlarztes nicht mit höheren oder niedrigeren Kosten belastet sein soll, als wenn der Versicherte den Vertragsarzt in Anspruch genommen hätte, auch für die Kostenerstattung berücksichtigt werden.

Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung der im folgenden angeführten Punkte ergibt sich daher eine eindeutige sachliche Rechtfertigung der Reduktion des Kostenersatzes im Falle der Inanspruchnahme von Wahlärzten:

Aufwand bei der Kostenerstattung:

Die Wiener Gebietskrankenkasse (Wr. GKK) hat im gegenständlichen Verfahren bereits ausführlich dargelegt, daß der Aufwand für die Abwicklung der Kostenerstattung weit über den administrativen Aufwand bei der Vertragsabrechnung hinausgeht. Dies betrifft nicht nur die unmittelbare Abwicklung der Kostenerstattung, sondern auch die mittelbaren höheren Aufwendungen. Zu erwähnen ist hiebei die Umschreibung der Wahlarztrezepte auf Kassenrezepte (§350 Abs2 ASVG). Ein höherer Aufwand ergibt sich schon allein daraus, daß Vertragsärzte im Gegensatz zu Wahlärzten zu einer administrativen Mitarbeit

vertraglich verpflichtet sind. Daß diese Aussage nicht nur für die Wr. GKK gilt, hat die Salzburger Gebietskrankenkasse in einem diesbezüglichen Verfahren ebenfalls belegt (OLG Linz in 12 Rs 241/97s). Diesem Verfahren wurde ein Kostenvergleich der Salzburger GKK mit folgendem Inhalt zugrundegelegt:

'Demnach hat die Salzburger Gebietskrankenkasse im Jahre 1996 an alle Vertragsärzte Honorare für 7.497.123 Leistungspositionen mit einem durchschnittlichen Tarif von 131,30 Schilling ausbezahlt. Demgegenüber wurden Kostenerstattungen für insgesamt 327.936 Leistungspositionen auf eingereichten Wahlarztrechnungen zu durchschnittlich je 134,72 Schilling (bereinigt auf 100% der Tarife) ausbezahlt. Durch die vertragsärztlichen Sammelabrechnungen und den Einsatz von Datenträgern betrug der Personal- und Sachaufwand je honorierter Vertragsarztposition nur 1,14 Schilling. Demgegenüber mußten wegen der systembedingten Einzelabrechnung und -anweisung, häufigen Rückfragen bzw. umfangreicherer Korrespondenz trotz modernem EDV-Einsatz für jede taxierte Wahlarztposition 22,60 Schilling an Personal- und Sachkosten aufgewendet werden. Dies bedeutet, daß die Salzburger GKK für jede Vertragsposition 132,44 Schilling (nach Aufwendung der 80%-Kürzung!), für jede Wahlarztposition 130,37 Schilling aufwendet. Das eindeutige Ergebnis: Die Kürzung der Kostenerstattung auf 80% der Vertragstarife gleicht sehr exakt den Verwaltungsmehraufwand aus, den die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Wahlärzten verursacht, und war somit aus Sachlichkeitserwägungen geradezu geboten!'

Es läßt sich also festhalten, daß durch die Reduzierung des Kostenersatzes bei Inanspruchnahme von Wahlärzten aus der Sicht der Krankenversicherungsträger die durchschnittlichen Ausgaben für Wahlärzte und Vertragsärzte gleich hoch sind. Aus der Sicht des Versicherten, der aus persönlichen Vorlieben, aber objektiv nicht nachvollziehbaren Gründen einen Wahlarzt in Anspruch nimmt, ergibt sich durch die Reduktion der Kostenerstattung um 20% des Tarifs keine unverhältnismäßige Änderung.

In diesem Zusammenhang ist auch zu betonen, daß eine ausreichende medizinische Versorgung der Versicherten durch das Vertragsarztssystem sichergestellt wird bzw. der Gesetzgeber auf bestimmte Problemfälle und die eingeschränkte Entscheidungsmöglichkeit eines Versicherten in sehr differenzierter Weise Bedacht genommen hat (so auch OLG Linz in 12 Rs 290/97x): So sieht §131 Abs6 ASVG vor, daß die Satzung des Versicherungsträgers das Ausmaß des Kostenersatzes der Krankenbehandlung gemäß Abs1 mit mehr als 80%, jedoch höchstens mit 100% des Betrages, der bei Inanspruchnahme des entsprechenden Vertragspartners des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre, festsetzen kann, wenn die flächendeckende Versorgung der Versicherten durch Verträge nicht in ausreichendem Maß gesichert ist. Die flächendeckende Versorgung ist im Regelfall dann anzunehmen, wenn - wie derzeit - Gesamtverträge bestehen. Weiters wird in §131 Abs3 für den Fall, daß die Wahlfreiheit des Versicherten bei Inanspruchnahme ärztlicher Leistung durch äußere Umstände eingeschränkt ist, Vorsorge getroffen. So kann bei im Inland eingetretenen Unfällen, plötzlichen Erkrankungen und ähnlichen Ereignissen der nächsterreichbare Arzt bzw. die nächsterreichbare Krankenanstalt in Anspruch genommen werden, wenn ein Vertragsarzt bzw. eine Vertragskrankenkasse oder eine eigene Einrichtung des Versicherungsträgers für die ärztliche Hilfe (Anstaltspflege) nicht rechtzeitig die notwendige Hilfe leisten kann. Der Versicherungsträger hat in solchen Fällen für die den Versicherten tatsächlich erwachsenden Kosten den in der Satzung festgesetzten Ersatz zu leisten. Was nun §131 Abs1 ASVG in der Fassung des Sozialrechtsänderungsgesetzes 1996 betrifft, so ist in Anbetracht der Tatsache, daß der Personal- und Sachaufwand im System der Kostenerstattung unbestritten höher ist als bei der Vertragsarztabrechnung, durch die pauschalierte Berücksichtigung dieser im Kostenerstattungssystem anfallenden höheren Verwaltungskosten eine Gleichheitswidrigkeit dieser Regelung nicht erkennbar. Vielmehr wurde durch den pauschalierten Abschlag für den Verwaltungsaufwand erst eine Gleichbehandlung durch die Berücksichtigung sachlich gerechtfertigter Differenzierungen herbeigeführt (siehe auch OLG Linz in 12 Rs 241/97s).

Zu dem vom Antragsteller vorgebrachten Argument des 'vollen Marktpreises' ist folgendes festzuhalten: In einem 'freien' Markt stehen sich nach allgemeiner Auffassung Anbieter und Nachfrage gegenüber, das Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage bestimmt im allgemeinen den Preis. Umgelegt auf die ärztliche Behandlung würde das bedeuten, daß ein 'Markt' bestehen soll, in dem der akademisch gebildete und persönlich am eigenen Honorar interessierte Leistungsanbieter (Arzt) den medizinisch üblicherweise kaum informierten und noch dazu in ihrer Verhandlungsfähigkeit beeinträchtigten (kranken, allenfalls sogar ängstlichen oder gar bewußtlosen) Patienten gegenübersteht. Auf welche Weise hier ein akzeptables 'Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage' bestehen soll, ist fraglich. Marktpreis kann jedenfalls nicht sein, was der behandelnde Arzt im jeweiligen Einzelfall an Honorarwünschen äußert, da entscheidende Voraussetzungen für ein Gleichgewicht zwischen den Vertragspartnern fehlen. Würden Kostenerstattungen zu 'Marktpreisen' geregelt, erübrigte sich wohl auch das Aushandeln sozial vertretbarer Leistungstarife. Die Versichertengemeinschaft wäre dann den Honorarforderungen der Ärzteschaft völlig ausgeliefert, das Sachleistungssystem wäre unfinanzierbar. Damit würden wesentliche Bevölkerungsteile ihren Schutz in Krankheitsfällen verlieren oder zumindest eine deutliche Einschränkung dieses Schutzes gewärtigen müssen.

Aufwandsentwicklung:

Die Aufwendungen für Kostenerstattungen sind in den letzten Jahren - nicht zuletzt deswegen weil Wahlärzte den bereits mehrfach erwähnten Beschränkungen nicht unterliegen - wesentlich stärker gestiegen als die Aufwendungen für ärztliche Hilfe im Vertragsbereich der Krankenkassen. Demnach betrug für die Jahre 1992 bis 1996 die Steigerung im Vertragsarztbereich 25%, im Kostenerstattungsbereich hingegen 53%. Es muß dem Gesetzgeber freigestellt sein, Entwicklungen, die gesundheitspolitisch nicht den gesetzlich intendierten Zielen entsprechen, durch einschlägige Maßnahmen gegenzusteuern. Auch vor diesem Hintergrund sind die angefochtenen Bestimmungen als sachlich gerechtfertigt anzusehen.

Pauschale Festsetzung des Abschlages:

Die Festsetzung des Abschlages in Form einer Pauschale anstelle von 'Einzelfallabschlägen' ist ebenfalls sachlich gerechtfertigt. Eine Pauschalierung des administrativen Mehraufwandes ist schon aus ökonomischen Gründen geboten, weil eine tatsächliche Kostenbemessung für jeden abgerechneten Einzelfall eines Kostenerstattungsantrages die Kosten hierfür unverhältnismäßig erhöhen würde. Aus der Entscheidung des Obersten Gerichtshofes, 10 ObS 164/97h, ist im übrigen abzuleiten, daß dieser ebenfalls keine Bedenken gegen die 80%-Erstattungsregelung hat.

Zusammenfassend ist daher festzustellen, daß durch die angefochtenen Bestimmungen nach Auffassung der Bundesregierung keine Verletzung des Gleichheitssatzes bewirkt wird."

1.2. Die Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales hat sich in sämtlichen anhängigen Verordnungsprüfungsverfahren geäußert und dabei einerseits auf die Stellungnahme der Bundesregierung und andererseits darauf verwiesen, daß die angefochtenen Satzungsbestimmungen, welche die angefochtenen gesetzlichen Regelungen, insbesondere jene des §131 Abs1 ASVG, lediglich ausführten, nicht Gegenstand eigenständiger verfassungsrechtlicher Bedenken seien, sondern im Falle der Aufhebung der jeweiligen gesetzlichen Regelung ihre Grundlage verlören und daher aufzuheben wären.

1.3. Die Wiener GKK sucht in ihren (teils gleichlautenden) Äußerungen (zu G24/98; G9/99, V3/99; G41/99, V14/99) das Kostenerstattungssystem des §131 Abs1 ASVG vor allem durch einen Vergleich des Kostenaufwandes zu verteidigen, welcher der Kasse bei der Erstattung des Wahlarzthonorars im Vergleich zur Honorarabrechnung mit Vertragsärzten entstehe.

1.3.1. Sie legt dar, daß beiden Fällen der Berechnung vergleichbare, jeweils auch automatisationsunterstützte Bearbeitungsvorgänge zugrunde lägen. Pro Sachbearbeiter könnten demnach bezogen auf das Jahr 1997 nur 5.186 Kostenerstattungserträge von Wahlärzten, aber 157.287 Krankenkassenschecks von Vertragsärzten erledigt werden, was einer Relation von 1:30,33 entspreche. Allfälliger zusätzlicher Administrativaufwand für Wahlärzte sei dabei noch gar nicht berücksichtigt. Nach dem in der Sozialen Krankenversicherung herrschenden Solidaritätsprinzip müßten alle Versicherten gleichen Anspruch auf gleiche Leistung haben, woraus sich ergebe, daß auch der Aufwand des Versicherungsträgers in bezug auf diesen Anspruch gleich sein müsse. Die Sachleistung für einen Versicherten, der einen Wahlarzt in Anspruch nehme, umfasse die Kosten der ärztlichen Leistung und die Kosten der Abrechnung. Es sei daher, so die GKK der Sache nach, nur sachlich, dem Versicherten, der einen Wahlarzt in Anspruch nehme, auch die Kosten für die Abrechnung des Erstattungsanspruchs aufzubürden, wobei sich der Prozentsatz von 20 im Sinne des §131 Abs1 ASVG rechnerisch nachvollziehen lasse. Daß der Gesetzgeber dafür nicht schon bisher gesorgt habe, liege daran, daß erst in letzter Zeit die Zahl der Inanspruchnahmen von Wahlärzten sprunghaft angestiegen sei. Weiters legt die GKK - wie schon die Bundesregierung - im wesentlichen dar, daß das System des ASVG der Sachleistung durch Vertragsärzte Vorrang gegenüber der Leistung durch Wahlärzte einräume und in sachlicher Weise in Ausnahmefällen ohnehin für eine höhere Erstattungsrate Sorge. Das Institut des Wahlarztes bedeute nicht, daß die Wahlfreiheit des Versicherten als absolutes Recht zu sehen sei, welches letztlich zu Lasten der Versichertengemeinschaft gehe.

1.3.2. Darüber hinaus weist die Wiener GKK in ihrer Äußerung zu G41/99, V14/99 besonders auf die im österreichischen Sozialversicherungsrecht nach ihrer Auffassung herrschenden "Solidaritäts- und Sachleistungsprinzipien" hin, aus denen sich folgern lasse, daß die Beiträge aller Versicherten auch mit Rücksicht auf den Aufwand des Versicherungsträgers gleich viel wert sein müßten. Jede Leistung, egal ob durch "Vertragsbehandler" oder "Wahlbehandler" erbracht, müßte den Versicherungsträger gleich viel kosten. In Anbetracht der aufwendigen und kostenintensiven Bearbeitung der Privathonorare (ca. 20% Bearbeitungsmehraufwand) von Wahlärzten wolle die angefochtene Regelung nur sicherstellen, daß die Beiträge der einen Wahlarzt in Anspruch nehmenden Versicherten nicht gleichsam "mehr wert" sind als solche der einen

Vertragsarzt konsultierenden Versicherten. Damit werde eine Ungleichbehandlung innerhalb der Versichertengemeinschaft vermieden.

1.4. Die Tiroler GKK führt in ihren Äußerungen (zu G72/98, V38/98; G98/98, V45/98; G207/98, V84/98; G208/98, V85/98; G260/98, V105/98; G266/98, V106/98) aus, daß entgegen der Auffassung des OLG Innsbruck aus §135 Abs2 ASVG nicht die Möglichkeit einer freien Wahl zwischen Vertragsärzten und Wahlärzten abzuleiten sei, sondern lediglich eine solche zwischen eigenen Einrichtungen des Versicherungsträgers und Vertragsärzten (hinsichtlich einer bestimmten Behandlung). Eine Überstrapazierung des Grundsatzes der freien Arztwahl laufe dem Grundsatz des Sachleistungssystems zuwider, dem der Gesetzgeber letztlich aus wirtschaftlichen Gründen Vorrang einräumen wollte.

Wie die Wiener GKK legt auch die Tiroler GKK anhand konkreter Zahlen dar, daß ihr die Bearbeitung einer "Wahlarztposition" durchschnittlich höhere Kosten verursache (S 96,61) als die Bearbeitung einer Vertragsarztposition (S 79,21); dem wirke erst die "inkriminierte Kostenregelung" des §131 Abs1 ASVG, durch die auch der Aufwand für Wahlärzte im Jahr 1997 auf durchschnittlich S 78,71 gesunken sei, entgegen. Zweck der angefochtenen Regelung sei somit, die Krankenversicherungsträger in den Fällen der Vertragsarzt- und der Wahlarztbehandlung mit gleichen Kosten zu belasten; sie bewirke eine gleichmäßige Belastung der Versichertengemeinschaft (mit Leistungs- und Verwaltungsaufwand), sowie einen Ausgleich dafür, daß nicht alle niedergelassenen Ärzte in das Sachleistungssystem eingebunden seien. Im übrigen lehnt sich die Tiroler GKK an die oben wiedergegebene Äußerung der Bundesregierung teilweise wörtlich an.

1.5. Die Steiermärkische GKK führt in dem zu G92/98, V44/98 protokollierten Verfahren der Sache nach zu den Bedenken gegen §131 Abs1 ASVG aus, daß das ASVG vom Sachleistungsprinzip ausgehe, das vorrangig durch Vertragsärzte und nicht durch Wahlärzte sichergestellt werde. Entgegen der Ansicht des OLG Graz sei nicht anzunehmen, daß einem völlig mittellosen Versicherten Kredit gewährt würde, der wahlärztliche Kosten vorerst selbst zu tragen habe, sodaß schon in der Vorleistungspflicht eine Ungleichbehandlung und ein wesentliches Zugangshindernis zu Wahlärzten zu erblicken sei, was aber durch das erwähnte Prinzip gerechtfertigt sei. Das wesentliche Zugangshindernis liege aber bereits in der Tarifgestaltung der Wahlärzte, da für den Versicherten nie abzuschätzen sei, in welcher Höhe die Rückerstattung im Vergleich zum tatsächlich verrechneten Honorar ausfallen würde. Dieses Zugangshindernis liege aber nicht in der Einflußsphäre der Krankenversicherungsträger. Was die gegenständliche Ersatzquote von 80 Prozent anbetreffe, sei diese "Ausfluß des substanziellen Unterschieds zwischen der Inanspruchnahme eines Wahlarztes gegenüber jener eines Vertragsarztes" und sei im Hinblick auf die ständig steigenden Kosten für Wahlarztthilfe gerechtfertigt. Diese würden allein an Personalkosten und ungeachtet darüber hinausgehender Sachkosten, wie die Steiermärkische GKK für das Jahr 1996 vorrechnet, S 4,70 pro Leistungsposition betragen, während eine entsprechende Leistungsposition von Vertragsärzten der Kasse lediglich S 0,94 koste.

1.6. Die Salzburger GKK führt in ihren Äußerungen (zu G203/98, V80/98; G209/98, V86/98) zur Verteidigung der Regelung über die Kostenerstattung aus, daß ihre Aufwendungen für Erstattungsanträge für Wahlarztekosten in den letzten Jahren doppelt so stark angewachsen seien wie die Aufwendungen für Vertragsärzte, und rechnet für das Jahr 1996 vor, daß diese (für Personal- und Sachaufwand) nur S 1,14, jene aber S 22,60 pro Leistungsposition ausgemacht hätten.

Außerdem sei zu bedenken, daß die Vertragsarztabrechnung durch ihre arztbezogene Auswertung einen exakten Überblick über das Arztverhalten im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot erlaube, für dessen Einhaltung der Vertragsarzt vertraglich hafte, was die Kassen auch in Fällen von unbegründeten Schnittpüberschreitungen nach Möglichkeit geltend machen. Demgegenüber sei es bei der systemimmanenten Einzelbearbeitung in der Wahlarzt-Abrechnung faktisch unmöglich, die Wirtschaftlichkeit der Behandlung zu prüfen, es sei denn, man würde den Personaleinsatz (insbesondere durch Heranziehung zahlreicher Kontrollärzte und Durchführung genauer Erhebungen) enorm steigern. Daß die Durchschnittskosten pro Leistungsposition bei Wahlärzten und Vertragsärzten annähernd gleich seien, sei kein Indiz für gleiche Wirtschaftlichkeit, sondern werde durch die unterschiedliche Leistungsstruktur - teure technische Leistungen würden hauptsächlich von Vertragsärzten angeboten - begründet.

Die verminderte Attraktivität der Inanspruchnahme von Wahlärzten stelle angesichts der faktischen Unmöglichkeit (Weigerung der Ärztekammern) der Einführung von an sich notwendigen Gesamtausgabenbegrenzungen im Sinne des §342 Abs2 ASVG auch einen legitimen gesetzgeberischen Eingriff (mit dem Ziel der Beitragsstabilität) in die dramatische Ausgabenentwicklung der Krankenversicherungsträger dar.

Weiters sei darauf hinzuweisen, daß es dem Gesetzgeber zustehe, sozialpolitische Prioritäten im Sachleistungssystem vorzunehmen. Die Möglichkeit, jeden niedergelassenen Arzt in Anspruch nehmen zu können, stelle eine im europäischen Vergleich ohnehin sehr weit gehende Freiheit dar. Es sei nur konsequent

sicherzustellen, daß diese Wahlmöglichkeit, die doch eher von finanziell bessergestellten Versicherten genützt werde, nicht im Wege unverhältnismäßig höherer Verwaltungskosten von der übrigen Versichertengemeinschaft mit finanziert werden müsse. Der sozialpolitische Gestaltungsspielraum sei daher keinesfalls exzessiv überschritten worden, zumal es kein verfassungsgesetzlich gewährleistetes Recht auf Kostenerstattung gebe. Die freie Arztwahl und die Kostenerstattung sei nur einfachgesetzlich geregelt; eine einfachgesetzliche Anpassung an geänderte finanzielle und tatsächliche Verhältnisse bis hin zur gänzlichen Abschaffung der Kostenerstattung sei daher verfassungsrechtlich zulässig.

1.7. Die Oberösterreichische GKK hat (zu G204/98, V81/98) eine Äußerung vorgelegt, in der sie auf die Ausführungen der Bundesregierung verweist und sich diesen vollinhaltlich anschließt.

1.8. Die Kärntner GKK hat ebenfalls eine Äußerung erstattet (zu G71/99, V25/99), welche sich - mit Ausnahme eigener Vergleiche zwischen wahl- und vertragsärztlichem Kostenaufwand - wörtlich mit jener der Salzburger GKK zu G203/98, V80/98 deckt.

1.9. Schließlich hat sich auch ein Teil der in den Gerichtsverfahren klagenden Parteien in den sie betreffenden Verfahren vor dem Verfassungsgerichtshof geäußert und die jeweilige gerichtliche Argumentation unterstützt.

2. Gegenäußerungen betreffend §131b ASVG

2.1. Die Bundesregierung replizierte in ihrer Äußerung zu G72/98, V38/98 zu den Bedenken des OLG Innsbruck wie folgt:

"II. Zum behaupteten Verstoß gegen Art18 Abs2 B-VG:

Gemäß Art18 Abs1 B-VG darf die gesamte staatliche Verwaltung nur 'auf Grund der Gesetze' ausgeübt werden, gemäß Abs2 leg. cit. dürfen Verordnungen nur 'auf Grund der Gesetze' erlassen werden. Der Verfassungsgerichtshof hat hieraus das an den Gesetzgeber gerichtete Gebot der inhaltlich ausreichenden Bestimmtheit von Gesetzen abgeleitet: Verordnungen dürfen daher lediglich präzisieren, was 'in den wesentlichen Konturen bereits im Gesetz selbst vorgezeichnet' wurde (vgl. VfSlg. 7.945/1976, 9.227/1981, 10.296/1984, 11.859/1988, 11.938/1988, 13.133/1992 u.a.). Eine bloße formalgesetzliche Delegation dieser Aufgabe an die die Verordnung erlassende Verwaltungsbehörde stünde daher mit Art18 Abs1 und 2 im Widerspruch (vgl. VfSlg. 4.072/1961, 4.300/1962, 10.296/1984, 11.859/1988 u.a.).

Der Verfassungsgerichtshof räumt allerdings ein, daß die Grenze zwischen einer noch ausreichenden materiellen Bestimmtheit des Gesetzes und einer formellen Delegation nicht immer leicht zu bestimmen ist (zB VfSlg. 10.296/1984). Die Entscheidung darüber liegt letztlich im wohlbegründeten Ermessen des Verfassungsgerichtshofes. Dieser zieht zur Beurteilung einer ausreichenden Determinierung nicht nur die ausdrücklich zur Verordnungserlassung ermächtigende Gesetzesstelle, sondern auch andere Gesetzesstellen heran. In diesem Sinn hat der Verfassungsgerichtshof etwa mit Erkenntnis vom 25. Juni 1992, G245/91, V189/91, VfSlg. 13.133/1992, einen Gesetzesprüfungsantrag des Obersten Gerichtshofes zu §153 Abs1 ASVG, wonach Zahnbehandlung 'nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung' zu gewähren ist, mangels Vorliegen einer formalgesetzlichen Delegation abgewiesen.

Nach Ansicht der Bundesregierung stellt die Regelung des §131b ASVG aufgrund ihrer im Vergleich zu §153 Abs1 leg. cit. stärkeren inhaltlichen Determinierung an sich schon keinen Fall dar, in dem 'der Gesetzgeber ... an jener Stelle des Gesetzes, an der er eine Verwaltungsbehörde zur Verordnungssetzung beruft, den Inhalt der Regelung in einer dem Art18 B-VG entsprechenden Weise nicht bestimmt, jedoch an anderer Stelle des Gesetzes den Inhalt der Verordnung ausreichend determiniert' (vgl. VfSlg. 2.381/1952, 3.222/1957, 3.993/1961, 13.133/1992): Im Gegensatz zu §131b ASVG wird in §153 Abs1 bezüglich der zu erbringenden Leistung lediglich auf die Bestimmungen der Satzung verwiesen ('nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung'), ohne zusätzliche Kriterien - wie die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten in §131b - für die Leistungserbringung festzulegen. In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, daß der Verfassungsgerichtshof im genannten Erkenntnis VfSlg. 13.133/1992 auch im Hinblick auf §121 Abs3 ASVG, der eine gleichlautende Formulierung wie die angefochtene Bestimmung des §131b enthält ('unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten'), eine ausreichende gesetzliche Determinierung angenommen hat. Hinzu kommt aber, daß bei der Beurteilung der vom antragstellenden Gericht geltend gemachten verfassungsrechtlichen Bedenken die unter dem Titel 'Leistungen der Krankenversicherung' zusammengefaßten Bestimmungen des Zweiten Teils des ASVG (insbesondere auch §133 Abs2, wonach sich die Krankenbehandlung am 'Notwendigen' zu orientieren hat) zu beachten sind.

Schließlich wird auf die Entscheidung des Obersten Gerichtshofes, OGH 12.3.1996, 10 Ob S 241/95, verwiesen, worin der OGH befunden habe, daß "Bedenken ... gegen die Verfassungsmäßigkeit des §60a B-KUVG (§131b ASVG)" nicht bestünden.

2.2. Die Tiroler Gebietskrankenkasse verteidigt in ihrer zu G72/98, V38/98 erstatteten Stellungnahme die Bestimmung des §131b ASVG als ausreichend determinierend: Auch die ähnliche Bestimmung des §153 Abs1 erster Satz ASVG sei vom Verfassungsgerichtshof mit Erkenntnis vom 25.6.1992, G245/91 als verfassungskonform erachtet worden. Aus dem Erkenntnis vom 11.10.1993, V21,22/1992 lasse sich wiederum schließen, daß ein Zuschuß (eine Kostenbeteiligung) eine bestimmte Höhe erreichen müsse, um begrifflich noch als Zuschuß gelten zu können (so seien Zuschüsse im Ausmaß von 10% jedenfalls gesetzwidrig). Daher könne das bloße Vorsehen einer Zuschußregelung an sich jedenfalls nicht gesetz- oder verfassungswidrig sein. Käme es zur Aufhebung des §131b ASVG, müßten die betroffenen Leistungen zufolge der Rechtsprechung des OGH nach Marktpreisen erstattet werden, was aber auch infolge des Ungleichgewichts zwischen Anbietern und Nachfragern zu unzumutbaren Auswüchsen und unfinanzierbaren Belastungen der Versichertengemeinschaft führen würde.

3. Gegenäußerungen betreffend die weiteren Verordnungsprüfungsanträge:

3.1. Zum Verfahren G72/98, V38/98 (OLG Innsbruck - vgl. oben I.2.3. und 3.4.a.) vertritt die Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales die Auffassung, daß die angefochtene Wortfolge in §37 der Satzung der Tiroler GKK im gerichtlichen Verfahren nicht präjudiziell sei, da es in dem dem Antrag zugrunde liegenden sozialgerichtlichen Verfahren um eine von einer Ärztin für Allgemeinmedizin erbrachte Leistung gehe, die, so die Ministerin der Sache nach, keine der in §135 Abs1 Z1 bis 3 der ärztlichen Hilfe gleichgestellten Leistungen sei.

3.2. Im Verfahren G98/98, V45/98 (vgl. oben I.2.4. und 3.4.b.) haben die Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales und die Tiroler Gebietskrankenkasse Äußerungen erstattet.

3.2.1. Die Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales entgegnet den Bedenken des OLG Innsbruck zu den angefochtenen 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, unter Bezugnahme auf ein vorgelegtes Schreiben des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vom 10.8.1998 wie folgt:

" I.) Auch aus Sicht des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales scheinen die in der Literatur bzw. von Teilen der Lehre (vgl. vor allem die in der beiliegenden Stellungnahme des Hauptverbandes genannten Artikel von Kletter - derselbe zuletzt auch in der Fachzeitschrift 'Soziale Sicherheit' Nr. 3/1998, S 224; aber auch Mosler in Strasser (Hrsg.), Arzt und gesetzliche Krankenversicherung, 1995, S 62ff) gegen die in letzter Zeit ergangenen höchstgerichtlichen Entscheidungen zu Zahnbehandlung und Zahnersatz vorgebrachten Argumente durchaus bedenkenswert.

Im gegenständlichen Zusammenhang ist hier vor allem auf das einschlägige Erkenntnis, VfGH G245/91 vom 25. Juni 1992, (Anwendung der Bestimmungen über die Krankenbehandlung auf die Zahnbehandlung) sowie auf die Entscheidung des OGH 10 ObS 226/92 (Kostenerstattung nach Marktpreisen) hinzuweisen.

II) Selbst wenn man aber - mit der oben genannten Judikatur - von der Anwendung der Grundsätze der Krankenbehandlung auch im Bereich der Zahnbehandlung ausgeht, kann daraus aus ho. Sicht noch nicht die Verpflichtung zu einer vollen Kostenübernahme abgeleitet werden.

II 1) Auch im Rahmen der Krankenbehandlung sind durchaus (teilweise) weitreichende Kostenbeteiligungen der Versicherten vorgesehen.

Hingewiesen sei hier zunächst auf die verpflichtende Kostenbeteiligung im Bereich der zur Krankenbehandlung im engeren Sinn zu zählenden Heilbehelfe (§137 ASVG) sowie auf die hier vorgesehene, in der Satzung zu bestimmende Höchstgrenze einer Kostenübernahme. Im Bereich der Heilmittel ist gesetzlich die Entrichtung einer entsprechenden Rezeptgebühr vorgesehen.

Hinzuweisen ist im gegenständlichen Zusammenhang aber insbesondere auf die Bestimmung des §131b ASVG. Demnach hat der Versicherungsträger in jenen Fällen, in denen Leistungen anderer Vertragspartner (als die in §131a genannten Ärzte) infolge Fehlens von Verträgen nicht als Sachleistung erbracht werden können,

den Versicherten die in der Satzung festgesetzten Kostenzuschüsse zu leisten. Der Versicherungsträger hat das Ausmaß dieser Zuschüsse unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten festzusetzen.

Auf die Gefahren für die bestehende Sachleistungsstruktur in der österreichischen gesetzlichen Krankenversicherung durch eine (von der Judikatur entwickelte) Verpflichtung zur vollen Kostenübernahme (vgl. in diesem Zusammenhang auch die Marktpreisjudikatur) wurde wiederholt hingewiesen. (vgl. auch Stellungnahme des Hauptverbandes).

II 2) Daß eine volle Kostenübernahme im Bereich der Zahnbehandlung auch vom Gesetzgeber selbst nicht vorgesehen ist, zeigt im übrigen die ausdrückliche gesetzliche Anordnung des §153 Abs3 Satz 3 ASVG, woraus sich jedenfalls die Zulässigkeit der Normierung von Zuzahlungen zu Leistungen der Krankenbehandlung zweifelsfrei ergibt.

II 3) Ausdrücklich hervorzuheben sind schließlich die Ausführungen des Hauptverbandes zur Systematik bzw. Begrifflichkeit des ASVG im Hinblick auf die Frage Kostenerstattung und Kostenzuschuß.

Hier wird zunächst richtig herausgearbeitet, daß eine Kostenerstattung nur dort Platz greifen kann, wo grundsätzlich überhaupt eine vertragliche Leistung vorgesehen ist. Ist eine solche vertragliche Leistung nicht vorgesehen, ist jedenfalls eine den Voraussetzungen des §131 Abs1 ASVG entsprechende Kostenerstattung nicht möglich.

Wenn daher eine notwendige, aber vertraglich nicht geregelte Leistung vom Krankenversicherungsträger zu erbringen ist (analoge Anwendung des §133 Abs2 ASVG) scheint tatsächlich die einzig systemkonforme Lösung die Normierung eines Kostenzuschusses zu sein (ebenfalls analoge Anwendung des im §131b ASVG zum Ausdruck kommenden Grundsatzes).

II 4) Aber auch die doch weitreichende Satzungsermächtigung des §153 Abs1 ASVG läßt jedenfalls auf die Zulässigkeit solcher satzungsmäßig festgelegter bzw. festzulegender Zuschüsse schließen - noch dazu wenn diese sich der Höhe nach in etwa innerhalb jenes (in diesem Fall allerdings bloß fiktiven) Preisbandes bewegen, das für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung als Abgeltung entsprechend den Kalkulationen der übrigen vertraglichen Leistungen vorstellbar scheint (vgl. die Ausführungen des Hauptverbandes zur Frage, wie ein entsprechender Marktpreis zu bilden wäre - insb. S 6 unten).

Ist nämlich der Umfang der zu erbringenden Leistungen entsprechend dem Grundsatz des §133 Abs2 ASVG vorgegeben, und wäre für alle diese Leistungen tatsächlich eine volle Kosten'erstattung' zu gewähren - egal ob für diese Leistungen eine Sachleistungsvorsorge in Form eines Vertragsschlusses getroffen werden konnte (hier wird allerdings bereits auf die oben zitierte Bestimmung des §153 Abs3 Satz 3 ASVG verwiesen) oder aber ob ein solcher Vertragsabschluß (der zu seinem Zustandekommen der nicht immer einfach zu erlangenden Übereinstimmung mit der Ärzteschaft bedarf, ganz zu schweigen von der Frage, ob seitens der Ärzteschaft an einem Vertragsabschluß in diesem Bereich überhaupt grundsätzlich Interesse besteht) eben nicht gelungen ist, so stellt sich die Frage, was die Satzung diesfalls noch regeln sollte.

Die Satzungsermächtigung wäre demnach überflüssig. Es ist aber nicht davon auszugehen, daß der Gesetzgeber eine solche überflüssige Regelung getroffen hätte.

Vielmehr muß es daher dem Satzungsgeber freistehen, zumindest in jenem Bereich der vertraglich nicht geregelten Zahnbehandlung und zumindest was die Höhe dieser Leistungen betrifft, entsprechende Regelungen in der Satzung zu treffen. Darauf, daß diese begrifflich nur als Zuschüsse bezeichnet werden können und daß sie im übrigen auch der Höhe nach keinesfalls willkürlich, sondern vielmehr sogar entsprechend den Kriterien eines 'Marktes im Gesundheitswesen' festgelegt wurden, wurde bereits oben (II 3 und II 4 erster Absatz) hingewiesen."

3.2.2. Die Tiroler GKK führt dazu in ihrer Stellungnahme zu G98/98, V45/98 folgendes aus:

"Das Oberlandesgericht Innsbruck behauptet eine Gesetzeswidrigkeit der vorangeführten Satzungsbestimmungen, weil die TGKK aufgrund der Notwendigkeit des Ersatzes der Amalgamfüllungen durch andere Füllungen mangels vertraglicher Regelung eine Kostenerstattung nach Marktpreisen durchzuführen habe. Bei der gewährten Zahnbehandlung gemäß §153 Abs1 erster Satz handle es sich nämlich um eine notwendige Krankenbehandlung gemäß §133 Abs2 ASVG, weshalb betragsliche Einschränkungen im Sinne von 'Zuschüssen' unzulässig seien.

1. Das ASVG ist grundsätzlich auf das Sachleistungssystem aufgebaut. Demnach ist jeder Versicherte berechtigt, Leistungen kostenlos bzw. unter Berücksichtigung eines Selbstbehaltes (Heilbehelfe), einer Rezeptgebühr (Heilmittel), einer Zuzahlung (z.B. Zahnersatz) oder Krankenscheingebühr in Anspruch zu nehmen. Für bestimmte Fälle sind Zuschüsse vorgesehen wie beispielsweise für Hilfsmittel oder gemäß §131b ASVG. Nehmen Versicherte keinen Vertragspartner in Anspruch, so gebührt Ihnen eine Kostenerstattung im Ausmaß von 80 % der Vertragspartnerstarife. Für eine Erstattung nach 'Marktpreisen' bietet das ASVG keinen Raum; dies wäre nicht systemkonform, denn das ASVG kennt nur die Sachleistung, die Kostenerstattung entsprechend den Vertragspartnerstarifen und den Zuschuß. In diesem Zusammenhang wird auch auf den Aufsatz von Kletter in SoSi 1994, Seiten 29 ff, verwiesen, in welchem er zur 'Kostenerstattung zu Marktpreisen' Stellung bezogen hat. Kletter gelangt dabei zum Ergebnis, daß bei Leistungen, auf die der Versicherte Anspruch hat, die aber nicht in die vertragliche Leistungspflicht eines Vertragspartners fallen, eine planwidrige Gesetzeslücke besteht. Zur Schließung dieser Gesetzeslücke biete sich §131b ASVG an. Danach habe der Krankenversicherungsträger im Falle vertraglich nicht geregelter Leistungen Zuschüsse in der Satzung festzusetzen. Aber auch aus den nachfolgenden Gründen ergibt sich, daß das ASVG für eine Kostenerstattung nach Marktpreisen keinen Raum bietet.

2. Die Feststellung des Oberlandesgerichtes Innsbruck, wonach für Leistungsfälle der Zahnbehandlung nach dem 2. Satz des §153 Abs1 ASVG dem Versicherten bei unentbehrlicher Zahnbehandlung - gleiches ergebe sich aus §133 Abs2 leg cit für notwendige Krankenbehandlungen - kraft Umkehrschlusses eine Kostenbeteiligung nicht auferlegt werden dürfe, ist schlichtweg falsch.

Das Oberlandesgericht Innsbruck geht offenbar davon aus, daß der Versicherte, der eine Krankenbehandlung im Rahmen des §133 Abs2 ASVG in Anspruch nimmt, unter keinen Umständen mit Kosten belastet ist. Das Oberlandesgericht Innsbruck übersieht dabei, daß die Krankenbehandlung gemäß §133 Abs1 ASVG die ärztliche Hilfe, Heilmittel und Heilbehelfe umfaßt. Für die Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe ist eine Krankenscheingebühr im Ausmaß von ATS 50,- gemäß §135 Abs3, letzter Satz ASVG, zu entrichten. Für Heilmittel ist gemäß §136 ASVG eine Rezeptgebühr im Ausmaß von ATS 43,- pro Medikament zu entrichten. §137 ASVG sieht bezüglich der Heilbehelfe vor, daß bei der Abgabe von Heilbehelfen ein Selbstbehalt in der Höhe von 20 % des Meßbetrages, das sind 1998 ATS 276,-, vom Versicherten zu tragen ist; weiters ist für Heilbehelfe ein Höchstbetrag festgesetzt, der das 10fache des Meßbetrages nicht überschreiten darf. Kostet der Heilbehelf mehr, so ist die Differenz vom Versicherten zu tragen. Eine ähnliche Regelung wie für die Heilbehelfe gilt auch für Hilfsmittel bei körperlichen Gebrechen gemäß §154 ASVG, wobei hier Zuschüsse vorgesehen sind, die höchstens das 25fache des Meßbetrages betragen dürfen.

Von einer kostenlosen Zurverfügungstellung der Krankenbehandlung an den Versicherten kann daher keinesfalls gesprochen werden.

3. Zu hinterfragen ist, wie die gegenständlichen Inlays, Onlays und Gußfüllungen in den Begriff 'Krankenbehandlung' einzuordnen sind. Handelt es sich um Amalgamfüllungen, so können diese problemlos begrifflich unter den Begriff 'ärztliche Hilfe' eingeordnet werden; immerhin wird die Amalgamfüllung vom Zahnarzt selbst bereit. Anders sieht dies aber bei Inlays, Onlays und Gußfüllungen aus. Diese werden nach den entsprechenden Vorarbeiten des Zahnarztes vom Zahntechniker laborgefertigt und werden sodann dem Arzt zur weiteren Zahnbehandlung zur Verfügung gestellt. Sowohl von der Fertigung als auch von den Kosten her sind derartige Füllungen mit Amalgamfüllungen nicht vergleichbar. Die gegenständlichen laborgefertigten Füllungen sind daher als Sachmittel zu werten und auch entsprechend zu behandeln. Es stellt sich nur die weitere Frage, ob es sich dabei um Heilbehelfe (Krankenbehandlung) oder um Hilfsmittel (Hilfe bei körperlichen Gebrechen) handelt. Handelt es sich um Heilbehelfe, so ist gesetzlich - wenn die Bestimmungen der Krankenbehandlung gemäß §133 Abs2 ASVG für die Zahnbehandlung übernommen werden - ein Selbstbehalt und eine satzungsmäßige Höchstgrenze vorgesehen, die vom einzelnen Versicherungsträger festgelegt werden kann. Handelt es sich aber um ein Hilfsmittel, was begrifflich wohl eher zutreffen dürfte, weil ein Inlay, Onlay oder eine Gußfüllung keinen therapeutischen Zweck erfüllt, sondern eben eine Körperersatzfunktion darstellt, so ist von vornherein bei entsprechender Anwendung des §154 ASVG nur ein Zuschuß vorgesehen. Insbesondere bei Hilfsmitteln übersteigen aber die tatsächlichen Kosten des Hilfsmittels den vom Versicherungsträger zu leistenden Zuschuß (insbesondere 'bei elektrisch betriebenen Rollstühlen mit Kosten von über ATS 100.000,-') bei einer satzungsmäßigen Höchstgrenze vom 25fachen des Meßbetrages um ein Vielfaches.

4. Gegen die Ansicht des Oberlandesgerichtes Innsbruck, daß Zahnbehandlung kostenlos zu erfolgen hat, spricht auch §153 Abs1, letzter Satz ASVG. Dieser lautet '§121 Abs3 gilt entsprechend'. Damit ist §121 Abs3 ASVG auch auf Zahnbehandlungen anzuwenden, die in §153 Abs1, erster und zweiter Satz angeführt sind.

§121 Abs3 ASVG sieht vor, daß der Krankenversicherungsträger unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten über die gesetzlichen Mindestleistungen hinausgehende Mehrleistungen in der Satzung vorsehen kann.

Wenn die Anführung der Anwendung des §121 Abs3 im §153 Abs1 ASVG Sinn machen soll - dem Gesetzgeber wird die inhaltsleere Anführung einer Gesetzesbestimmung nicht unterstellt werden können - so bedeutet dies, daß auch im Zahnbereich, und zwar konkret auch bei der konservierenden Zahnbehandlung, gesetzliche Mindestleistungen und satzungsmäßige Mehrleistungen festgesetzt werden können. Die Mindestleistungen haben sich an §133 Abs2 ASVG zu orientieren, d. h., daß sie sich im Rahmen des Ausreichenden, Zweckmäßigen und das Maß des Notwendigen nicht Überschreitenden bewegen müssen. Dies ist in dem Sinne erfolgt, als Verträge über Leistungen der Zahnbehandlung abgeschlossen worden sind, die sich im vorgenannten Rahmen bewegen; die diesbezüglichen vertraglichen Leistungen sind als Mindestleistungen im Anhang 1 der Satzung festgeschrieben worden. Darüber hinausgehend wurden Mehrleistungen im Sinne des §121 Abs3 ASVG festgelegt, die im Anhang 2 der Satzung aufscheinen; unter anderem sind in diesem Anhang 2 eben auch Inlays, Onlays und Gußfüllungen angeführt. Daß solche Mehrleistungen für den Versicherten kostendeckend sein müssen, wird auch vom Gesetzgeber nicht verlangt. Im Gegenteil wäre dann, wenn ohnehin alle Leistungen kostendeckend erbracht und damit als gesetzliche Mindestleistungen gewertet werden müßten, für Mehrleistungen kein Raum mehr, so daß die Anführung des §121 Abs3 ASVG in §153 Abs1 ASVG sinnlos wäre.

5. Letztlich wird vom Oberlandesgericht Innsbruck übersehen, daß §153 Abs3 ASVG ausdrücklich folgendes vorsieht: 'Insoweit Zuzahlungen zu den Leistungen der Zahnbehandlung und des Zahnersatzes vorgesehen sind, müssen diese in den Zahnambulatorien und bei den freiberuflich tätigen Vertragsfachärzten und Vertragsdentisten gleich hoch sein'. Der Gesetzgeber hat daher ausdrücklich festgelegt, daß auch bei der Zahnbehandlung, dazu zählen die chirurgische Zahnbehandlung, die konservierende Zahnbehandlung und Kieferregulierungen, Zuzahlungen möglich sind. Wenn dies aber möglich ist, kann nicht vom Oberlandesgericht Innsbruck argumentiert werden, daß konservierende Zahnbehandlung kostenlos zu erbringen ist.

Aus all diesen angeführten Gründen geht hervor, daß keinesfalls eine Kostenerstattung zu Marktpreisen zu erfolgen hat, sondern daß die TGKK sehr wohl berechtigt war, für vertraglich nicht geregelte Leistungen Zuschüsse festzusetzen."

3.3. Die Steiermärkische GKK führt zu den in G92/98, V44/98, protokollierten Anträgen des OLG Graz auf Aufhebung des ersten Satzes des §25 Abs1 der Satzung der Stmk. Gebietskrankenkasse (vgl. oben I.2.5. und 3.5.) folgendes aus:

"Dem ist entgegenzuhalten, daß die Pauschalbetragsfestsetzungsmodalitäten genau in der Satzungsbestimmung des §25 Abs1 festgelegt sind und daher die Art und Weise der Festlegung von der Generalversammlung sehr wohl beschlossen wurde. Die rechnerische Ermittlung dieser Beträge orientiert sich rein an den faktischen Verhältnissen, die somit die Berechnung zwangsläufig bestimmen. Die Beträge errechnen sich eben aufgrund eines statistischen Zahlenmaterials auf deren Ausmaß bzw. Höhe die Verwaltungskörper jedenfalls keinen Einfluß nehmen können. Die errechneten Beträge werden also nicht willkürlich durch die rechtsanwendenden Organe festgesetzt, sondern ergeben sich zwangsläufig aufgrund der von der Generalversammlung festgelegten Berechnungsmodalitäten. Die einzelnen Beträge werden den Versicherten - wie auch im hier ausgesetzten Verfahren in Sozialrechtssachen geschehen - mitgeteilt. Die rechnerische Richtigkeit der automationsmäßig ermittelten Beträge wurde auch nicht in Frage gestellt. Die einzelnen Beträge werden auch immer wieder anfragenden Patienten oder Wahlärzten zur Verfügung gestellt und zum Teil auch auf den taxierten Honorarnoten der Wahlärzte vermerkt.

Die in Zweifel gezogene Satzungsbestimmung enthält jedenfalls eine ausreichende Determiniertheit, sodaß sie nicht gesetzwidrig ist."

III. Der Verfassungsgerichtshof hat beschlossen, die Verfahren über die vorliegenden Anträge zur gemeinsamen Beratung und Entscheidung zu verbinden und hat über sie erwogen:

A. Zur Zulässigkeit der Anträge:

1. Der Verfassungsgerichtshof ist nicht berechtigt, durch seine Präjudizialitätsentscheidung das antragstellende Gericht an eine bestimmte Rechtsauslegung zu binden, weil er damit indirekt der Entscheidung dieses Gerichtes in der Hauptsache vorgreifen würde. Gemäß der ständigen Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes darf daher ein Antrag i.S.d. Art140 B-VG bzw. des Art139 B-VG nur dann wegen mangelnder Präjudizialität zurückgewiesen werden, wenn es offenkundig unrichtig (denk unmöglich) ist, daß die - angefochtene - generelle Norm eine Voraussetzung der Entscheidung des antragstellenden Gerichtes im Anlaßfall bildet (zB VfSlg. 9811/1983, 10.296/1984, 11.565/1987, 12.189/1989). Das ist bei den vorliegenden Anträgen zum Teil der Fall:

1.1. In den zu G9/99, V3/99 protokollierten Anträgen des OLG Wien werden gestützt auf §131 Abs1 ASVG Kostenersätze für cheffärztlich genehmigte Magnetresonanztomographien (MRT) begehrt, welche durch eine Fachärztin für Radiologie, deren (Einzel)Vertragsverhältnis zur beklagten GKK die Vornahme von MRT-Untersuchungen nicht umfaßt, durchgeführt wurden. Die GKK hatte den Ersatz mit der Begründung bescheidmäßig abgelehnt, daß gemäß §338 Abs2a ASVG Untersuchungen mittels Großgeräten außerhalb von Krankenanstalten nur bei Vertragseinrichtungen auf Kosten der Sozialversicherung in Anspruch genommen werden dürften.

1.1.1. Wesentliche Grundlage des OLG Wien für die hinsichtlich der Präjudizialität maßgebende Annahme, es würde §131 Abs1 ASVG anzuwenden haben, ist die These, daß die Inanspruchnahme eines Wahlarztes (mit der Folge eines Kostenersatzanspruches des Versicherten) immer (auch) dann vorliege, wenn der Arzt außerhalb seiner aus einem Einzelvertrag resultierenden Behandlungspflicht, somit im "kassenfreien Raum" in Anspruch genommen werde. Unter "entsprechenden Vertragspartnern" im Sinn des §131 Abs1 ASVG seien nicht nur Vertragsärzte einzureihen, sondern - in Schließung einer Regelungslücke - auch Krankenanstalten, insbes. selbständige Ambulatorien, welche die gegenständlichen Leistungen als Vertragseinrichtungen als einzige erbringen würden. Damit sei in den vorliegenden Fällen ein vergleichbarer Kostenersatzanspruch grundsätzlich vorhanden und es stelle sich die Frage nach dessen Höhe. Ausgehend von diesen Erwägungen sei für die sachliche Erledigung der vorliegenden Berufungen primär die Bestimmung des §131 Abs1 ASVG anzuwenden.

1.1.2. Dem kann schon im Ansatz nicht gefolgt werden: nach Wortlaut, der systematischen Stellung des §131 ASVG, vor allem aber nach seinem offenkundigen (vor dem noch zu erörternden verfassungsrechtlichen Hintergrund auch gebotenen) Zweck kann ein niedergelassener Arzt nur entweder ein Vertragsarzt (Kassenarzt) sein oder Wahlarzt. Nur bei Inanspruchnahme eines Wahlarztes kommt eine Kostenersatzung im Sinne des §131 Abs1 ASVG in Betracht. Ohne auf die Frage des sog. "kassenfreien Raums" näher eingehen zu müssen, ist es daher denkmöglich, daß eine Fachärztin, die einen Einzelvertrag mit der im gerichtlichen Verfahren beklagten Gebietskrankenkasse hat, welcher (in Berücksichtigung der Anordnung des §338 Abs2a ASVG) die Durchführung der in Rede stehenden Untersuchung durch diese Fachärztin nicht vorsieht, von einem Versicherten dieser Gebietskrankenkasse auch als Wahlarzt in Anspruch genommen werden könnte (dazu allgemein VfSlg. 13.286/1992; SSV-NF 6/41; zu gleichgelagerten Fällen jüngst OGH 1.6.1999, 10 Ob S 365/98, worin dieser von den in SZ 67/67 zum sog. "kassenfreien Raum" angestellten Überlegungen für einen Fall wie dem vorliegenden ausdrücklich als "nicht zielführend" abgerückt ist). In einem solchen Fall - wie er dem genannten Antrag des OLG Wien zugrunde liegt - hat das antragstellende Oberlandesgericht daher offenkundig weder §131 ASVG, noch die entsprechende Bestimmung der Satzung der Wiener Gebietskrankenkasse anzuwenden. Der auf Aufhebung der hier angefochtenen Gesetzes- und Verordnungsstellen in diesem sozialgerichtlichen Verfahren abzielende Antrag des OLG Innsbruck war daher mangels Präjudizialität zurückzuweisen. Es kann daher auf sich beruhen, ob der Verordnungsprüfungsantrag nicht auch deshalb zurückzuweisen wäre, weil das antragstellende Gericht die Fassung unrichtig bezeichnet hat (vgl. oben I.3.3.a).

1.2. Als teilweise unzulässig erweisen sich auch die Anträge des OLG Innsbruck in jenem Schriftsatz, der zu G72/98, V38/98 protokolliert ist:

1.2.1. Was den Antrag anbelangt, "die Wortfolge 'von 80 %' in §25 Abs1 der Satzung der Tiroler Gebietskrankenkasse in der angefochtenen Fassung aufzuheben, ist darauf hinzuweisen, daß diese Wortfolge in §25 Abs1 zweimal vorkommt, sodaß - im Hinblick auf die vom OLG Innsbruck in diesem Antrag verwendete Einzahl - offenbleibt, welche von beiden Wortfolgen das OLG Innsbruck aufgehoben haben möchte. Damit ist die aufzuhebende Gesetzesstelle in diesem Antrag des OLG Innsbruck entgegen §57 VerfGG nicht mit der erforderlichen Deutlichkeit bezeichnet. Dieser insoweit bestehende Inhaltsmangel dieses Antrages (vgl. VfSlg. 9545/1982, 10.702/1985, 11.807/1988) führt in diesem Umfang zu seiner Zurückweisung.

1.2.2. Dem Antrag auf Aufhebung des §131b ASVG als verfassungswidrig steht hingegen - anders als die Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales in ihrer Gegenäußerung zum entsprechenden Verordnungsprüfungsantrag meint - kein Prozeßhindernis entgegen: Das Gesetz unterscheidet in den Regelungen des Kostenersatzes bei Fehlen von Verträgen (vertragsloser Zustand) grundsätzlich zwischen Leistungen, die von ärztlichen Vertragspartnern nach Wegfall eines Vertrages erbracht werden (§131a ASVG) und Leistungen, die von nichtärztlichen Vertragspartnern erbracht werden, für die Verträge noch nicht bestehen (§131b ASVG - vgl. etwa SZ 69/209). Zwar muß es sich bei den Leistungen, die nach §131b ASVG verrechnet werden sollen, an sich um solche handeln, die von Personen im Sinne des §338 ASVG erbracht werden, soweit die Leistungen gem. §135 Abs1 ASVG der ärztlichen Hilfe gleichgestellt sind. Im gegenständlichen Fall handelt es sich nach der Darlegung des antragstellenden Gerichtes um Akupunkturleistungen durch eine Wahlärztin, die durch Kassenverträge (noch) nicht erfaßt sind. Der Fall, daß zwar ein Vertrag existiert, die Erbringung einer bestimmten Leistung aber in diesem Vertrag nicht als Sachleistung vorgesehen ist, ist weder in §131a ASVG

noch in §131b ASVG geregelt. Wie die Erörterung dieser Frage in der vom Verfassungsgerichtshof durchgeführten mündlichen Verhandlung ergeben hat, scheint das antragstellende Gericht - freilich ohne dies in seinem Antrag auch deutlich auszuführen - eine analoge Anwendung des §131b ASVG auf ärztliche Vertragspartner und Leistungen, hinsichtlich derer noch kein Vertrag existiert in Erwägung zu ziehen, wie dies auch schon in der Literatur vertreten wurde (Schrammel in FS Tomandl 679 ff (695) unter Berufung auf Kletter, SoSi 1994, 27ff (31)). Der Verfassungsgerichtshof vermag aufgrund seines in der Frage der Präjudizialität eingeschränkten Prüfungsmaßstabes dem OLG Innsbruck in dieser Rechtsauffassung - ungeachtet der Frage ihrer Richtigkeit - jedenfalls nicht mit dem Argument der Denkmöglichkeit entgegenzutreten.

1.2.3. Der Gesetzesprüfungsantrag des OLG Innsbruck zu G72/98 ist daher zulässig, der Verordnungsprüfungsantrag zu V38/98 aus den oben unter 1.2.1. genannten Gründen teilweise unzulässig.

1.3. Soweit in den übrigen Verfahren die antragstellenden Gerichtshöfe darlegen, sie hätten die jeweils bekämpften Bestimmungen anzuwenden, vermag ihnen der Verfassungsgerichtshof nicht entgegenzutreten. Denkmöglich ist auch die Annahme eines normativen Sachzusammenhangs zwischen §131 Abs1 ASVG, der den Erstattungsanspruch für Wahlarztkosten begrenzt, und §131 Abs6 ASVG, welcher gerade für diesen Fall der Satzung in Ausnahmefällen die Möglichkeit der Ausdehnung dieses Anspruches einräumt. Auch insoweit kann der Annahme der antragstellenden Gerichte, §131 Abs6 ASVG sei in den Ausgangsfällen jeweils präjudiziell, nicht entgegengetreten werden.

1.4. Da auch die sonstigen Prozeßvoraussetzungen gegeben sind, sind die Anträge - soweit sie nicht zurückzuweisen sind - zulässig.

B. In der Sache:

1. Zu den §131 Abs1 und 6 ASVG betreffenden Gesetzesprüfungsanträgen:

1.1. Zu der in diesem Verfahren in erster Linie strittigen Frage, ob die für den Fall der Inanspruchnahme eines Wahlarztes zur Krankenbehandlung in §131 Abs1 ASVG in der Fassung der 53. Novelle zum ASVG, BGBl. Nr. 411/1996, im Verhältnis zur bis dahin in Geltung gestandenen Fassung des Stammgesetzes vorgesehene Einschränkung der Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung von jenem Betrag, den der Versicherungsträger bei Inanspruchnahme eines Vertragspartners hätte aufwenden müssen, auf 80 vH dieses Betrages dem Gleichheitssatz widerspricht, hat der Verfassungsgerichtshof folgende Überlegungen angestellt:

1.1.1. Es vermag die "Gleichwertigkeit der Leistungserbringung" nichts daran zu ändern, daß es im Falle der Honorierung von Vertragsärzten um Leistungen des Krankenversicherungsträgers im Rahmen eines abgeschlossenen Arztvertrages ("Einzelvertrag") geht, dessen Bestandteil die Honorarordnung ist, zu deren Einhaltung sich die Vertragspartner verpflichtet haben, ohne daß die Verrechnung eines zusätzlichen Entgeltes gegenüber den Versicherten zulässig wäre, während im anderen Fall der Versicherte selbst einen Arzt außerhalb des Vertragsärztesystems in Anspruch nimmt und dafür - ungeachtet der "Gleichwertigkeit der Leistung" - einen (gegenüber der Honorarordnung der Vertragsärzte in der Regel deutlich höheren) Marktpreis zu entrichten hat. Aus der Gleichwertigkeit der Leistungen kann daher im Falle des Kostenersatzes kein Verfassungsgebot in der Richtung abgeleitet werden, daß der Krankenversicherungsträger sich bei der Kostenerstattung der Höhe nach unter allen Umständen an der Honorarordnung zu orientieren hätte.

1.1.2. Wie insbesondere der Oberste Gerichtshof in seinen Anträgen selbst einräumt, unterliegen die Vertragsärzte als Gegenleistung dafür, daß sie mit einer entsprechend stabilen Einkommensmöglichkeit durch den Patientenkreis der sozialversicherten Personen rechnen können, einer Reihe von vertraglichen Verpflichtungen, die für alle anderen niedergelassenen Ärzte nicht gelten. Schon diese Unterschiede im Tatsächlichen lassen eine schematische Betrachtungsweise beider Möglichkeiten der Leistungserbringung sub titulo ihrer medizinischen Gleichwertigkeit nicht zu. Im übrigen geht es im vorliegenden Fall der Sache nach nicht um die Zulässigkeit einer Verschiedenbehandlung der Ärzte, zumal die Honorarnote des Wahlarztes vom Patienten in voller Höhe beglichen, insoweit auch der Wert der von ihm erbrachten Leistung durch nichts in Frage gestellt wird und der Wahlarzt auch in der Frage der Kostenerstattung nicht weiter wirtschaftlich involviert ist.

1.1.3. Auch der "Grundsatz der freien Arztwahl", dem die genannte Bestimmung nach den Anträgen dienen soll, ist - wie die Bundesregierung mit Recht betont - kein Verfassungsgrundsatz. Er ist vielmehr der einfachgesetzlichen Ausgestaltung vorbehalten und kann insoweit auch eingeschränkt werden, sofern die Einschränkung nicht ihrerseits verfassungsrechtlichen Bedenken begegnet. Es ist im übrigen auch nicht ersichtlich, aus welchem Grunde durch eine Beschränkung der Kostenerstattung der Grundsatz der freien

Arztwahl betroffen wäre, zumal der krankenversicherte Patient nicht vom Sozialversicherungsträger einem bestimmten Arzt zugewiesen wird, sondern seinen Vertrauensarzt unter mehreren Vertragsärzten, allenfalls auch unter Wahlärzten weiterhin frei wählen kann.

1.2. Nicht anders verhält es sich im Ergebnis mit der vom OLG Graz unter Gleichheitsgesichtspunkten vertretenen Auffassung, es sei die "Frequentierung von Wahlärzten und von Vertragsärzten in möglichst gleicher Weise (zu) gewährleisten" und dürfe nicht "Teile der Versichertengemeinschaft (insbesondere weniger Begüterte) von der Inanspruchnahme eines Wahlarztes ausschließen". Der durch Wahlarztpatienten verursachte höhere Verwaltungsaufwand sei - nach Auffassung dieses OLG - von der gesamten Versichertengemeinschaft zu tragen und dürfe nicht nur den Wahlarztpatienten angelastet werden.

1.2.1. Darauf ist zunächst zu erwidern, daß ein in Abhängigkeit von der Höhe des Erwerbseinkommens beitragsfinanziertes System der gesetzlichen Krankenversicherung wie jenes im ASVG geregelte, welches die Bereitstellung von gesundheitsbezogenen Leistungen primär als Sachleistungen und hier wieder vorrangig durch niedergelassene Vertragsärzte, sodann auch durch Vertragseinrichtungen und eigene Einrichtungen der Sozialversicherungsträger bewirkt (vgl. das E. vom 10. März 1999, G64,65/98), an sich keinen verfassungsrechtlichen Bedenken begegnet. Die denkbaren Alternativen eines solchen Sachleistungssystems hat der Gesetzgeber - worauf der Gerichtshof ebenfalls in dem zuletzt genannten Erkenntnis hingewiesen hat - dahin eingeschränkt, daß er den Sozialversicherungsträger verpflichtet, in erster Linie (§338 Abs1 ASVG) Verträge mit niedergelassenen freiberuflich tätigen Ärzten (und anderen befugten Berufsgruppen) auf der Grundlage von Gesamtverträgen abzuschließen: Gem. §338 Abs2 ASVG ist durch solche Verträge "die ausreichende Versorgung der Versicherten und ihrer anspruchsberechtigten Angehörigen mit den gesetzlich und satzungsmäßig vorgesehenen Leistungen sicherzustellen".

1.2.2. In einem solchen System ist es von verfassungswegen nicht geboten, "die Frequentierung von Vertragsärzten und Wahlärzten in möglichst gleicher Weise zu gewährleisten"; es darf aber ohne Vorliegen besonderer Gründe angesichts des hohen Stellenwertes, welcher der Gesundheit zukommt, nicht die Folge eines solchen, vom Gesetzgeber eingerichteten Systems sein, den Zugang zur anderweitigen ärztlichen Versorgung auch dann zu erschweren oder gar unmöglich zu machen, wenn dies für den Versicherungsträger keinen höheren Kostenaufwand verursachte, als er bei Inanspruchnahme eines Vertragsarztes entstünde. Angesichts des wichtigen öffentlichen Interesses an der Sicherstellung einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung kann nämlich ein Bedarf nach wahlärztlicher Hilfe, sei es im Falle von Systemlücken (zB regional unzureichende Dichte an einem Vertragsärzteangebot bestimmter Fachrichtungen), sei es wegen der Besonderheiten des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient, nicht geleugnet werden, wovon im übrigen auch das Gesetz in §135 Abs2 ASVG, durch die Erwähnung der Wahlärzte neben den Vertragsärzten selbst ausgeht.

1.3. Soweit die angefochtene Regelung vorsieht, daß bei Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe außerhalb des Sachleistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung an den Versicherten um 20 vH herabgesetzte Leistungen gegenüber jenen Leistungen zu erbringen sind, die der Versicherungsträger bei Inanspruchnahme eines Vertragsarztes zu entrichten gehabt hätte, bedarf dies daher der sachlichen Rechtfertigung. Einer solchen Rechtfertigung entbehrt die Regelung im Ergebnis jedoch nicht:

1.3.1. Der Gesetzgeber ist nach dem bisher Gesagten von verfassungswegen nicht verhalten, Mehraufwendungen, welche durch eine Inanspruchnahme von ärztlicher Hilfe bei einem Wahlarzt entstehen, auf alle Versicherten zu verteilen. Es darf damit vielmehr die Verursacher belasten. Es ist auch verfassungsrechtlich zulässig, solche Mehraufwendungen im Wege einer vergrößernden Regelung pauschalierenden Charakters (dazu allgemein vgl. zB VfSlg. 3595/1959, 5318/1966, 8457/1978) zu berücksichtigen, sofern diese nicht den Erfahrungen des täglichen Lebens widerspricht (VfSlg. 13726/1994).

1.3.2. Als Grundlage einer solchen Regelung darf der Gesetzgeber freilich nicht nur die tatsächlichen Verwaltungsmehrkosten berücksichtigen, die durch die Kostenrückerstattung nach Inanspruchnahme eines Wahlarztes, aber auch allenfalls durch besondere Kontrollmaßnahmen entstehen, sondern er darf auch andere potentielle Kostenfaktoren mit in Betracht ziehen, wie zB eine im Verhältnis zu Vertragsärzten zusätzlich erschwerte Sicherstellung der Beachtung ökonomischer Grundsätze bei der Leistungserbringung durch Wahlärzte. Wenn die damit im Interesse der Systemerhaltung erzielte Kostenersparnis allenfalls auch eine gewisse Schranke des Zuganges zu Wahlärzten mit sich bringt, so vermag dies an der verfassungsrechtlichen Beurteilung einer solchen Regelung nichts zu ändern.

1.3.3. Die Bewertung der Notwendigkeit und der Wirkung einer solchen Regelung ist grundsätzlich Sache des Gesetzgebers, soweit dieser nicht erkennbar von unzutreffenden Annahmen ausgeht oder die Regelung sonst sachlichen Bedenken begegnet. Es bestehen angesichts der von den beteiligten Krankenversicherungsträgern, aber auch von der Bundesregierung dargelegten, insoweit im Verfahren auch unbestritten gebliebenen Zusammenhänge keine Bedenken gegen die Annahme des Gesetzgebers, es sei angesichts der Zunahme der Fälle

von Inanspruchnahmen von Wahlärzten und unter Berücksichtigung aller genannten Kostenfaktoren zur Hintanhaltung einer übermäßigen Belastung der Krankenversicherungsträger erforderlich, die Erstattungsbeträge gegenüber dem Vertragsarzttarif um 20% zu senken. Dabei ist es nicht erforderlich, daß der Verfassungsgerichtshof in eine betriebswirtschaftliche Feinanalyse der dabei berücksichtigten Kostenfaktoren eintritt.

1.4. Den Anträgen war daher hinsichtlich der angefochtenen Wortfolgen in §131 Abs1 ASVG und hinsichtlich des §131 Abs6 ASVG keine Folge zu geben.

2. Zum Antrag auf Aufhebung des §131b ASVG

2.1. Das antragstellende Gericht äußert ausschließlich Bedenken unter dem Gesichtspunkt der ausreichenden Determinierung der Satzung des Krankenversicherungsträgers anhand der unbestimmten Rechtsbegriffe der "finanziellen Leistungsfähigkeit" des Versicherungsträgers und des "wirtschaftlichen Bedürfnisses" des Versicherten.

2.2. Diesen Bedenken vermag der Verfassungsgerichtshof nicht zu folgen: Er hat eine im wesentlichen gleichartige Formulierung in §121 Abs3 ASVG im Erkenntnis VfSlg. 13133/1992 am Maßstab des Art18 Abs2 B-VG geprüft und für ausreichend bestimmt (bzw. die Verordnung ausreichend determinierend) angesehen. Auf die dort gegebene Begründung kann daher verwiesen werden.

2.3. Dem Antrag auf Aufhebung des §131b ASVG und den auf ihr beruhenden (vorstehend näher bezeichneten) Bestimmungen der Satzung der Tiroler Gebietskrankenkasse war daher keine Folge zu geben.

3. Zu den Verordnungsprüfungsanträgen:

3.1. Hinsichtlich jener Satzungsbestimmungen, die ihre Grundlage in den erfolglos angefochtenen Wortfolgen des §131 Abs1 und Abs6 ASVG haben, waren aus den zu den Gesetzesprüfungsanträgen dargelegten Gründen (vgl. Punkt B. 1.) auch die entsprechenden Verordnungsprüfungsanträge abzuweisen.

3.2. Auch den Anträgen des OLG Innsbruck auf Aufhebung der Wortfolge ", 2 und 3" in §32 Abs1, der 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"

in §33 Abs2 und sowie der Wortfolge

"1) Inlays aus Gold oder Keramik	
a) Einflächeneinfüllung	S 1.200,-
b) Zweiflächeneinfüllung	S 1.600,-
c) Dreiflächen- oder Mehrflächeneinfüllung	S 1.760,-

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

im Anhang 2 der Satzung der Tiroler GKK 1995 in ihrer Stamfassung (Schriftsatz zu G98/98, V45/98) war aus folgenden Gründen keine Folge zu geben:

3.2.1. Im Ausgangsfall dieses Antrages geht es um die Kosten einer konservierenden Zahnbehandlung i.S.d. §153 Abs1 ASVG (Austausch von Amalgamplomben gegen Goldinlays bzw -onlays infolge einer Amalgamallergie). Das antragstellende Gericht vertritt - gestützt auf das Erkenntnis VfSlg. 13.133/1992 - die Auffassung, §153 Abs1 ASVG lasse es nicht zu, daß die Gebietskrankenkasse in ihrer Satzung auch "bei offener medizinischer Notwendigkeit" nicht die "vollen Zahnbehandlungskosten, sondern nur Zuschüsse gewährt", weshalb die angefochtenen Satzungsbestimmungen gesetzwidrig seien.

a) Das vorgenannte Erkenntnis VfSlg. 13.133/1992 hat demgegenüber nur zum Ausdruck gebracht, daß der Versicherungsträger im Rahmen des §153 Abs1 ASVG grundsätzlich zur Erbringung der dort geregelten Leistungen als Sachleistung nach Maßgabe der Satzung ohne Zuzahlungen des Versicherten verpflichtet ist. §153 Abs1 ASVG kann aber auch im Lichte des genannten Erkenntnisses keine Verpflichtung des Krankenversicherungsträgers entnommen werden, alle denkbaren und medizinisch möglichen Leistungen als Sachleistungen ohne Zuzahlungen zu erbringen, so wie der Versicherte - angesichts medizinisch möglicher

Alternativen - ganz allgemein keinen Rechtsanspruch auf die "jeweils weltbeste medizinische Versorgung" (SZ 65/159), sondern nur auf eine ausreichende und zweckmäßige, das Maß des Notwendigen nicht überschreitende Krankenbehandlung (§133 Abs2 ASVG) hat.

b) Gem. §153 Abs3 letzter Satz ASVG dürfen in den Satzungen und im Vertrag nicht vorgesehene Leistungen (grundsätzlich) in den Zahnambulatorien nicht erbracht werden. Schon daraus ergibt sich, daß der Krankenversicherungsträger bei Erbringung einer Sachleistung auf dem Gebiet von Zahnbehandlung und Zahnersatz an die Zustimmung der Vertragspartner gebunden und daher in jenen Fällen, in denen die Aufnahme einer Leistung in den Gesamtvertrag nicht möglich ist, eine Sachleistungsgewährung auch in eigenen Einrichtungen ausgeschlossen ist (vgl. dazu auch das Erkenntnis VfSlg. 15.322/1998).

c) §153 Abs3 zweiter Satz ASVG, wonach "Zuzahlungen zu den Leistungen der Zahnbehandlung und des Zahnersatzes" in Ambulatorien und bei freiberuflich tätigen Vertragszahnärzten gleich hoch sein müssen, zeigt im übrigen, daß auch Leistungen der Zahnbehandlung mit Zuzahlung gesetzlich zulässig sind.

d) Daraus kann daher nicht der Schluß gezogen werden, wie dies das antragstellende OLG Innsbruck unternimmt, daß der Krankenversicherungsträger im Falle außervertraglicher Leistungen die dem Versicherten entstandenen Behandlungskosten zur Gänze zu tragen hätte, weil eine solche Verpflichtung das System der Sachleistungserbringung von vornherein als überflüssig erscheinen und daher leerlaufen ließe. Der Umstand, daß eine vertraglich nicht vorgesehene und daher als Sachleistung nicht in Betracht kommende Therapie im Einzelfall auch medizinisch notwendig sein kann, ändert daran nichts, da die medizinische Notwendigkeit einer ärztlichen Leistung in jedem Fall Leistungsvoraussetzung für den Krankenversicherungsträger ist und - bei Fehlen einer Sachleistungsverpflichtung - daher über das Ausmaß der zu erbringenden Geldleistung nichts auszusagen vermag. Auch aus dem Erkenntnis VfSlg. 13.133/1992 kann ein so weitreichender Rechtssatz nicht entnommen werden: Soweit darin ausgesprochen wurde, daß die Kosten "für die notwendige Zahnbehandlung" dem Versicherten selbst dann zu ersetzen sind, wenn sie aufgrund der jeweils geltenden Verträge mit den Zahnbehandlern nicht für die Rechnung der Kasse zu gewähren sind" erfolgte dies in Auslegung des damals anzuwendenden §34 Abs3 i.V.m. §37 Abs4 lit a der Satzung der OÖ Gebietskrankenkasse.

3.2.2. Der Verfassungsgerichtshof vermag daher die Bedenken des OLG Innsbruck nicht zu teilen: Soweit §32 Abs1 iVm §33 Abs2 der Satzung der Tiroler Gebietskrankenkasse für Keramik- und Goldinlays (bzw. Onlays), hinsichtlich derer in Ermangelung vertraglicher Regelungen die Erbringung als Sachleistung nach dem Gesetz nicht zulässig ist, für den Fall medizinischer Notwendigkeit Zuschüsse vorsieht, welche die tatsächlichen Kosten nicht erreichen, sich aber in der Höhe des vier- bis fünffachen vergleichbarer vertraglich vorgesehener Zahnfüllungen bewegen, verstößt die Satzung nicht gegen die oben erwähnten, in ihrem Zusammenhang zu sehenden gesetzlichen Vorgaben (vgl. das zum festsitzenden Zahnersatz ergangene Erkenntnis VfSlg. 15.322/1998; in einem gleichgelagerten Fall so nunmehr auch OGH 30.11.1999, 10 ObS 295/99=ARD 5102/3/2000 = SoSi 2000, 127 (Kletter)).

3.2.3. Auch dieser Verordnungsprüfungsantrag des OLG Innsbruck war daher abzuweisen.

3.3. Der Antrag des OLG Graz (G92/98, V44/98) ist hingegen begründet, soweit er die Aufhebung der im Spruchpunkt II. wiedergegebenen Wortfolge in §25 Abs1 der Satzung der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse 1995 idF ihrer dritten Änderung anstrebt:

a) Das antragstellende Oberlandesgericht erblickt - zusammengefaßt - in dieser Regelung insoweit eine Gesetzeswidrigkeit, als sie nicht Pauschalsätze, sondern lediglich den Vorgang ihrer Ermittlung selbst festlegt und die Ermittlung des - als Pauschalsatz geltenden - Geldbetrages der Vollziehung im Einzelfall überträgt.

b) Die oben (II.3.3.) wiedergegebene Äußerung der Generalversammlung der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse vermag die Bedenken des antragstellenden Gerichtes nicht zu widerlegen:

aa) In der Stammfassung des ASVG, BGBl. Nr. 189/1955, lautete der letzte Satz des §131 Abs1 ASVG:

"Durch die Satzung des Versicherungsträgers können für solche Ersatzleistungen Pauschbeträge festgesetzt werden."

bb) Dieser Satz wurde durch die 9. Novelle zum ASVG, BGBl. Nr. 13/1962, durch folgenden - heute noch in Geltung stehenden - Satz ersetzt:

"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."

cc) Der Ausschlußbericht über die Beratung des Initiativantrages führt dazu erläuternd aus (517 Blg. Sten. Prot. NR, IX. GP, 71):

"Die Neufassung ... bringt diese Bestimmung in Übereinstimmung mit §342 Abs2, wonach die Vergütung der vertragsärztlichen Tätigkeit grundsätzlich nach Einzelleistungen zu vereinbaren ist, und soll für den Fall des Zustandekommens solcher Vereinbarungen ... die Grundlage dafür schaffen, daß der

Versicherungsträger in Befolgung des §131 Abs1 erster Satz den Kostenersatz bei Inanspruchnahme eines Wahlarztes oder einer Wahlereinrichtung in der Höhe des Betrages gewähren kann, der von ihm bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner aufzuwenden gewesen wäre."

dd) §342 Abs2 erster Satz ASVG in der zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der 9. Novelle zum ASVG noch geltenden Stammfassung lautete:

"Die Vergütung der vertragsärztlichen Tätigkeit ist grundsätzlich nach Einzelleistungen zu vereinbaren".

ee) Die Regelung des §131 Abs1 letzter Satz ASVG sollte offensichtlich von Anfang an gerade vermeiden, daß aus Anlaß eines Kostenerstattungsantrages weitwendige Berechnungen stattzufinden hätten. Dem Gesetzgeber schwebte offenbar - ohne freilich zunächst das satzungsgebende Organ dazu zu zwingen - eine pauschalierende Erstattungsregelung bei Inanspruchnahme von Wahlärzten vor. Die 9. Novelle suchte nun das Prinzip der Einzelverrechnung, soweit es bei den Vertragsärzten "grundsätzlich" (§342 Abs2 erster Satz ASVG) besteht, auch auf die Wahlärzte zu übertragen, hat dafür aber in jenen Bereichen, in denen die Honorierung von Einzelleistungen nicht vorgesehen ist, die Pauschalierung durch die Satzung nunmehr zwingend vorgeschrieben.

c) Mit Wortlaut und Zweck des Gesetzes steht die angefochtene Satzungsbestimmung im Widerspruch. Es mag zutreffen, daß durch die Erfassung abgerechneter Wahlarztleistungen mit Hilfe der EDV jegliche Berechnungen aus diesen Daten automationsunterstützt und daher ohne großen Aufwand erfolgen können. Dies ändert jedoch nichts daran, daß eine solche Berechnungsmethode keine "Festsetzung von Pauschbeträgen", wie dies das Gesetz vorschreibt, darstellt: Von einer solchen "Festsetzung" durch den Ordnungsgeber kann nämlich nur dann die Rede sein, wenn der betreffende (jeweils zeitraumbezogen geltende) Pauschalsatz im wesentlichen unmittelbar der Norm entnommen werden kann. Die bloße Festlegung eines Rechengerüsts mit mehreren variablen Berechnungsgrößen, wie dies die angefochtene Ordnungsbestimmung vorsieht, findet im Gesetz keine Deckung.

d) Die angefochtene Bestimmung des §25 Abs1 der Satzung der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse in der im Spruchpunkt II. bezeichneten Fassung war daher in dem dort ersichtlichen Umfang als gesetzwidrig aufzuheben.

4. Der Ausspruch über die Kundmachungspflicht stützt sich auf Art139 Abs5 erster Satz B-VG und §60 Abs2 VerfGG, jener über den Ort der Kundmachung (Bundesgesetzblatt II) auf §2 Abs2 Z4 BGBIG.