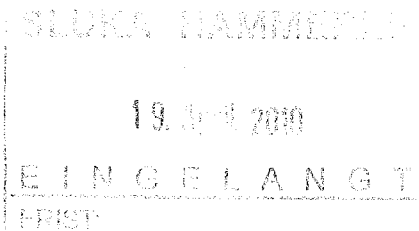


Verfassungsgerichtshof
Judenplatz 11, 1010 Wien
V 21/09 - 13



I M N A M E N D E R R E P U B L I K !

Der Verfassungsgerichtshof hat unter dem Vorsitz des
Präsidenten

Dr. H o l z i n g e r ,

in Anwesenheit der Vizepräsidentin

Dr. B i e r l e i n

und der Mitglieder

Mag. Dr. B e r c h t o l d - O s t e r m a n n ,
Dr. G a h l e i t n e r ,
DDr. G r a b e n w a r t e r ,
Dr. H a l l e r ,
Dr. H ö r t e n h u b e r ,
Dr. K a h r ,
Dr. L a s s ,
Dr. L i e h r ,
Dr. M ü l l e r ,
Dr. O b e r n d o r f e r ,
DDr. R u p p e und
Dr. S c h n i z e r

als Stimmführer, im Beisein des Schriftführers

Dr. D o r r ,

(25. Februar 2010)

über den Antrag des LANDESGERICHTES SALZBURG ALS ARBEITS- UND
SOZIALGERICHT,

"... der Verfassungsgerichtshof möge

1. a.) feststellen, dass die 'Satzung 2004 in der Fassung der 1. Änderung['] der Salzburger Gebietskrankenkasse[,] von der Generalversammlung der Salzburger Gebietskrankenkasse am 19.04.2004 beschlossen und von der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen mit Bescheid vom 14.06.2004, GZ 96.430/32-I/B/10/0, genehmigt, gemäß § 455 Abs 1 ASVG am 09.07.2004 verlautbart, Verlautbarung Nr. 59/2004, in Kraft getreten gemäß § 52 der Satzung mit 01.07.2004, in den im Folgenden angeführten Punkten gesetzwidrig war:

a.a.) der Absatz 1 lit e des Anhanges 6 mit der Überschrift 'Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen (§ 37)', konkret die Wortfolge 'für eine Einzelsitzung zu 60 Minuten durch einen Psychotherapeuten mit besonderem Erfahrungsnachweis gemäß Abs. 7 31,80 €';

a.b.) der Absatz 7 lit a und b des Anhanges 6 mit der Überschrift 'Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen (§ 37)'.
2. a.) feststellen, dass die 'Satzung 2004 in der Fassung der 3. Änderung' der Salzburger Gebietskrankenkasse, von der Generalversammlung der Salzburger Gebietskrankenkasse am 21.11.2005 beschlossen und vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen mit Bescheid vom 07.12.2005, GZ BMGF-96430/0060-I/B/10/2005, genehmigt, gemäß § 455 Abs 1 ASVG am 22.12.2005 verlautbart, Verlautbarung Nr. 186/2005, in Kraft getreten gemäß § 54 Abs. 1 der Satzung mit 01.01.2006, in den im Folgenden angeführten Punkten gesetzwidrig war:

a.a.) der Absatz 1 lit b des Anhanges 6 mit der Überschrift 'Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen (§ 37)', konkret die Wortfolge 'für eine Einzel- oder Paarsitzung* zu mindestens 50 Minuten durch einen Psychotherapeuten mit besonderem Erfahrungsnachweis gemäß Abs. 7 31,80 €';

a.b.) der Absatz 7 des Anhanges 6 mit der Überschrift 'Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen (§ 37)', konkret der erste Satzteil: 'Der Erfahrungsnachweis gemäß Abs. 1 lit. b umfasst:'.",

in seiner heutigen nichtöffentlichen Sitzung gemäß Art. 139 B-VG zu Recht erkennt:

Absatz 1 lit. e des Anhanges 6 der "Satzung 2004" der Salzburger Gebietskrankenkasse in der Fassung ihrer 1. Änderung,

Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 59/2004 (www.avsv.at), sowie Absatz 1 lit. b des Anhanges 6 der "Satzung 2004" der Salzburger Gebietskrankenkasse in der Fassung ihrer 3. Änderung, Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 186/2005 (www.avsv.at), waren gesetzwidrig.

Absatz 7 lit. a und b des Anhanges 6 der "Satzung 2004" der Salzburger Gebietskrankenkasse in der Fassung ihrer 1. Änderung, Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 59/2004 (www.avsv.at), und ihrer 3. Änderung, Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 186/2005 (www.avsv.at), waren gesetzwidrig.

Der Bundesminister für Gesundheit ist zur unverzüglichen Kundmachung dieser Aussprüche im Bundesgesetzblatt II verpflichtet.

E n t s c h e i d u n g s g r ü n d e :

I. 1.1. Mit seinem auf Art. 139 Abs. 1 B-VG gestützten Antrag vom 17. Februar 2009 beantragte das Landesgericht Salzburg als Arbeits- und Sozialgericht festzustellen, dass Abs. 1 lit. e und Abs. 7 lit. a und b des Anhanges 6 der "Satzung 2004" der Salzburger Gebietskrankenkasse (im Folgenden: Satzung 2004) in der Fassung ihrer 1. Änderung (Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 59/2004, www.avsv.at) sowie Abs. 1 lit. b und der erste Satzteil des Abs. 7 des Anhanges 6 der "Satzung 2004" in der Fassung ihrer 3. Änderung (Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 186/2005, www.avsv.at) gesetzwidrig waren.

Die 1. Änderung der Satzung 2004 wurde von der Generalversammlung der Salzburger Gebietskrankenkasse am 19. April 2004 beschlossen und von der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen mit Bescheid vom 14. Juni 2004, Z 96.430/32-I/B/10/04, genehmigt sowie am 9. Juli 2004, 04.00 Uhr, verlautbart (Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 59/2004, www.avsv.at; vgl. § 455

Abs. 1 ASVG). Gemäß § 52 der Satzung ist die 1. Änderung der Satzung 2004 am 1. Juli 2004 in Kraft getreten. Die 3. Änderung der Satzung 2004 wurde von der Generalversammlung der Salzburger Gebietskrankenkasse am 21. November 2005 beschlossen und von der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen mit Bescheid vom 7. Dezember 2005, Z BMGF-96430/0060-I/B/10/2005, genehmigt sowie am 22. Dezember 2005, 04.00 Uhr, verlautbart (Amtliche Verlautbarung im Internet.Nr. 186/2005, www.avsv.at). Gemäß § 54 Abs. 1 der Satzung 2004 ist diese 3. Änderung am 1. Jänner 2006 in Kraft getreten.

In diesen angefochtenen Bestimmungen der Satzung 2004 sind die Kostenzuschüsse für psychotherapeutische Behandlungen geregelt, die danach differenzieren, ob der entsprechende Psychotherapeut einen in der Satzung näher geregelten besonderen Erfahrungsnachweis besitzt oder nicht. Der Kostenzuschuss für eine 60-minütige (idF der 1. Änderung der Satzung 2004) bzw. für eine mindestens 50-minütige Sitzung (idF der 3. Änderung der Satzung 2004) beträgt nach diesen Regelungen im hier maßgeblichen Zeitraum EUR 21,80 für eine Behandlung durch einen Psychotherapeuten ohne besonderen Erfahrungsnachweis und EUR 31,80 für eine Behandlung durch einen Therapeuten mit besonderem Erfahrungsnachweis.

1.2. Dem Rechtsstreit vor dem antragstellenden Gericht liegt folgender Sachverhalt zugrunde:

Die Klägerin ist Versicherte des beklagten Krankenversicherungsträgers und hat sich in psychotherapeutischer Behandlung befunden. Die behandelnde Psychotherapeutin verfügte nicht über einen "besonderen Erfahrungsnachweis" in der Behandlung psychisch schwerkranker Patienten iS der Abs. 1 und 7 des Anhanges 6 der Satzung 2004 (sowohl idF der 1. als auch der 3. Änderung) der beklagten Partei. Daher hat die Klägerin von der beklagten Partei gemäß Anhang 6 Abs. 1 lit. a (idF der 1. und der 3. Änderung) der Satzung 2004 der beklagten Partei einen Kostenzuschuss von EUR 21,80 je Therapiestunde erhalten. Bei Vorliegen

eines "besonderen Erfahrungsnachweises" wäre gemäß Anhang 6 Abs. 1 lit. e (idF der 1. Änderung) bzw. lit. b (idF der 3. Änderung) der Satzung 2004 der beklagten Partei ein Kostenzuschuss von EUR 31,80 je Therapieeinheit geleistet worden. Mit Bescheid der beklagten Partei vom 10. Juli 2007 wurde der Antrag auf Nachzahlung von EUR 900,-- wegen der Gewährung eines Kostenzuschusses von EUR 21,80 je Therapiestunde anstatt von EUR 31,80 je Therapiestunde für die Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Behandlung abgewiesen. Mit ihrer Klage begehrt die Klägerin von der beklagten Partei, der Salzburger Gebietskrankenkasse, die Bezahlung von EUR 900,-- für in Anspruch genommene psychotherapeutische Behandlungen im Zeitraum vom 1. Juli 2004 bis 1. März 2007 aus dem Titel des Kostenzuschusses. Dieser Betrag entspricht der Differenz zwischen dem regulären Kostenzuschuss und dem im Fall des Vorliegens eines besonderen Erfahrungsnachweises des Psychotherapeuten gebührenden Zuschuss.

1.3. Das antragstellende Gericht legt seine Bedenken gegen die angefochtenen Satzungsbestimmungen wie folgt dar:

"Verstoß gegen das Psychotherapiegesetz (PThG):

Die angefochtene Verordnung sieht in ihrem Anhang 6 Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen vor. Die hierfür relevante Gesetzesgrundlage ist § 131b ASVG.

Abs 1 des Anhanges 6 der Satzung 2004, in der Fassung der 1. und 3. Änderung, normiert einen 'normalen' Kostenzuschuss von € 21,80 und unter der Voraussetzung eines besonderen Erfahrungsnachweises (iSd Abs 1 lit e iVm Abs 7 des Anhanges 6 der 1. Änderung der Satzung 2004 sowie des Abs 1 lit b iVm Abs 7 der 3. Änderung der Satzung 2004) des behandelnden Psychotherapeuten einen 'erhöhten' Kostenzuschuss von € 31,80. Diese Differenzierung verstößt gegen das Gesetz.

Aufgrund des Bundesgesetzes über die Ausübung der Psychotherapie (Psychotherapiegesetz) vom 7. Juni 1990 idF BGBl I Nr. 98/2001 sind Psychotherapeuten ex lege zur psychotherapeutischen Krankenbehandlung berufen, wobei dieses auch die hierfür erforderlichen Qualifikationen normiert. Mit der Erfüllung dieser Voraussetzungen und der Eintragung in die Psychotherapeutenliste ist das Recht verbunden, unabhängig von der Schwere der Erkrankung sämtliche Fälle - somit auch die so genannten 'schweren' Fälle - psychotherapeutisch zu behandeln. Das Psychotherapiegesetz geht somit davon aus, dass Psycho-

therapeuten ohne Erfahrungsnachweise für den Umgang mit schwer kranken Menschen mit psychiatrischen und sonstigen schweren Krankheitsbildern geeignet sind. Ein besonderer Erfahrungsnachweis wird nicht verlangt. Dieses Qualitätsurteil des Gesetzgebers ist für die Krankenversicherungsträger insofern verbindlich, als sie keine weitere Differenzierung erlaubt.

Welche 'Erfahrungen' der Psychotherapeut hat, ist auch nach dem ASVG für den Anspruch auf Kostenzuschuss und seine Höhe ohne Bedeutung. Das Gesetz schließt zwar grundsätzlich unterschiedliche Festsetzungen des Kostenzuschusses - etwa hinsichtlich einer unterschiedlichen Ausgestaltung von Dauer der Sitzung oder Anzahl der betroffenen Patienten - nicht aus, es kennt aber keine Differenzierung nach Qualifikation bzw Erfahrung des jeweiligen Therapeuten. Nach dem Gesetz ist die Psychotherapie jedes eingetragenen Psychotherapeuten gleichwertig. Es kennt somit nur einen Kostenzuschuss in einer einheitlichen Höhe. Differenzierte Kostenzuschüsse sind vom Gesetz nicht vorgesehen. Darin ist die angefochtene Satzung, welche eine Verordnung darstellt, gebunden.

Zudem sind die Kriterien für die Bemessung des Kostenzuschusses im Gesetz abschließend festgelegt. § 131b ASVG normiert, dass der Versicherungsträger 'das Ausmaß dieser Zuschüsse unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten festzusetzen' hat. Die in der gegenständlichen Satzung angewandte Differenzierung nach der Qualifikation oder der Erfahrung des behandelnden Psychotherapeuten ist vom Gesetz nicht gedeckt und die Verordnung somit gesetzwidrig.

Verfassungsrechtliche Bedenken:

Verstoß gegen Art 7 B-VG:

Bei der Differenzierung hinsichtlich der Höhe des gewährten Kostenzuschusses zwischen Psychotherapeuten mit und ohne besonderen Erfahrungsnachweis ist kein sachlich begründeter Zusammenhang zwischen der Behandlung und der Qualifikation der Psychotherapeuten erkennbar. Patienten von Psychotherapeuten mit besonderem Erfahrungsnachweis erhalten den erhöhten Kostenzuschuss nämlich auch in den so genannten 'leichten' Fällen, in welchen ein besonderer Erfahrungsnachweis nach den Intentionen der Regelung - nämlich der Verbesserung der Behandlung psychisch schwer kranker Patienten (...) - nicht erforderlich ist. Trotz gleicher Leistung und hinsichtlich der Art der Behandlung und der Diagnose gleicher Qualifikation wird eine Differenzierung vorgenommen, welche unsachlich und sowohl für Psychotherapeuten ohne Erfahrungsnachweis als auch für deren Patienten diskriminierend ist.

Verstoß gegen Art 6 StGG:

Ein Eingriff in das Grundrecht der freien Erwerbsausübung gemäß Art 6 StGG muss verhältnismäßig sein. Somit ist in

erster Linie unter dem Gesichtspunkt des öffentlichen Interesses zu prüfen, ob das Ziel der Regelung von Kostenzuschüssen iHv € 31,80 bei besonderem Erfahrungsnachweis im öffentlichen Interesse liegt. Gegenständlich wird das Ziel verfolgt, das Vorliegen entsprechender, zur allgemeinen Ausbildung zusätzlich erlangter Erfahrungen unter besonderen Schutz zu stellen, und dies mit höheren Kostenzuschüssen 'zu rechtfertigen'. Allgemein gilt hinsichtlich des Kostenelements für psychotherapeutische Behandlungen der Grundsatz des 'Wirtschaftlichkeitsgebotes' genauso, wie die Berücksichtigung der 'Betroffenheitsintensität'. Die unterschiedliche Berufsausbildung stellt nach Meinung des EuGH allgemein ein wesentliches Kriterium für die Unterschiedlichkeit der Arbeit dar. Unterschiedliche Vergütungen sind für identische Verrichtungen jedenfalls zulässig. Gegenständlich wird umgekehrt differenziert zwischen identer Ausbildung mit oder ohne zusätzlich erlangte[n] Erfahrungen. Dies wird nicht etwa in Relation zum Grad der psychischen Erkrankung gestellt, was dem Grundsatz der 'Betroffenheitsintensität' eher entsprechen würde. Psychotherapeuten ohne Erfahrungsnachweis müssen ihren Patienten bei Geltendmachung des Kostenvorschusses mitteilen, dass sie über keinen 'besonderen Erfahrungsnachweis' iSd Abs 7 des Anhanges 6 der Satzung 2004, in der Fassung der 1. und 3. Änderung, der beklagten Partei verfügen. Es wird somit der Eindruck erweckt, dass diese über keine ausreichenden Erfahrungen verfügen und eine Psychotherapie von lediglich minderer Qualität anbieten würden, obwohl sie gemäß dem Psychotherapiegesetz sämtliche Behandlungen vornehmen dürfen. Auch Psychotherapeuten mit langjährigen Erfahrungen im Bereich der niedergelassenen Psychotherapie mit ausgezeichneten Qualifikationen werden hierdurch in unverhältnismäßiger Weise benachteiligt bzw diskriminiert. Es ist davon auszugehen, dass dies eine unzulässige Wettbewerbsverzerrung bzw eine sittenwidrige Beeinträchtigung der Wettbewerbsposition von Psychotherapeuten ohne Erfahrungsnachweis darstellt. Somit muss ausgeschlossen werden, dass der Schutz besonderer Erfahrungsnachweise im öffentlichen Interesse steht, womit eine unsachliche und unverhältnismäßige Beeinträchtigung der Berufsausübungsfreiheit vorliegt. In der Lehre wird weiters bezweifelt, dass ein Therapeut, welcher eng mit dem klinisch-psychiatrischen Bereich zusammengearbeitet und dort Erfahrungen gesammelt hat, eine qualifiziertere und wirksamere Psychotherapie anbietet. Danach hängt die Qualität der psychotherapeutischen Behandlung nur sehr eingeschränkt von solchen Erfahrungen ab (...)."

1.4. Die Salzburger Gebietskrankenkasse als beklagte Partei des Anlassverfahrens erstattete - durch ihren Obmann in Anwendung des § 453 Abs. 2 ASVG iVm § 6 der Satzung 2007 der Salzburger Gebietskrankenkasse und mit nachherigem Beschluss durch die Generalversammlung - schriftliche Äußerungen; darin tritt sie den dargelegten Bedenken entgegen und begehrt, den vorliegenden Verordnungsprüfungsantrag abzuweisen.

Sie legt zunächst eingehend die Rahmenbedingungen für die derzeitige Salzburger Psychotherapieregelung dar und führt sodann im Konkreten aus, dass das "Effizienzprinzip der Bundesverfassung" und das in der "Bedachtnahmeformel" des § 131b ASVG zum Ausdruck kommende Wirtschaftlichkeitsgebot dafür spreche, bei der Festlegung von satzungsmäßigen Kostenzuschüssen auch Qualitätskriterien berücksichtigen zu dürfen.

Die in der angefochtenen Satzungsbestimmung festgelegten Kriterien wären auch sachlich:

"Während nach dem Psychotherapiegesetz die Berufstätigkeit der Psychotherapeuten (einschließlich Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung) alle therapeutischen Tätigkeiten, die der Erzielung eines vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens dienen, umspannt, ist die sozKV nur für Krankenbehandlung zuständig. Das Berufsbild des Psychotherapeuten (und damit auch deren Ausbildung!) hebt sich ganz bewusst (so ausdrücklich die Erläuternden Bemerkungen, 1256 dB 17. GP, 14) von der Krankenbehandlung ab.

Der in der Satzung der SGKK für einen erhöhten Kostenzuschuss (und parallel in der zivilrechtlichen Leistungsvereinbarung Psychotherapie für die Teilnahme an der Sachleistungsversorgung für schwer Erkrankte) geforderte spezifische Erfahrungsnachweis ist auf das spezifische Leistungsangebot für schwer, in der Regel psychiatrisch erkrankte Patienten zugeschnitten, während das Berufsrecht der Psychotherapeuten eine breit gestreute Tätigkeit auch, und keineswegs zuletzt, an sozialversicherungsrechtlich Gesunden vorsieht. Der spezifische Erfahrungsnachweis verlangt insbesondere eine klinische Erfahrung in psychiatrischen Behandlungseinrichtungen, weil man dort die angestrebte Erfahrung in der psychiatrisch-psychotherapeutisch vernetzten Behandlung schwer Erkrankter (im Sinne der angesichts der begrenzt zur Verfügung stehenden Beitragsmittel primär zu versorgenden Zielgruppe) erwerben kann.

Vergleicht man solche psychiatrische Einrichtungen mit jenen, die vom Gesundheitsministerium im Bundesland Salzburg auch für die Psychotherapieausbildung zugelassen sind, wird die Diskrepanz augenfällig: Es finden sich auf dieser Liste das Referat für Familienangelegenheiten der Salzburger Landesregierung, die Beratungsstelle für Frauen und Männer - Jung und Alt, das Wohnprojekt der Bewährungshilfe, der Bereich 'Soziale Arbeit' der Caritas, das Projekt 'Wohnen und Förderung' des Diakoniezentrum. Es ist nahe liegend, dass die dort gewonnene Erfahrung jener in psychiatrischen Abteilungen und Behandlungseinrichtungen nicht gleicht.

Hinsichtlich der geforderten psychotherapeutischen Erfahrung in der Krankenbehandlung knüpft die Satzung an einer Kostentragung eines Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung an, weil die Kostenübernahme durch einen solchen Träger das Vorliegen einer Krankenbehandlung beweist.

Es entspricht nicht nur der Erfahrung und Einschätzung der SGKK als größtem KVTr des Bundeslandes, sondern auch der Ansicht der Ärztekammer für Salzburg, dass eine einschlägige Berufserfahrung in institutionellen psychiatrischen Einrichtungen und eine länger dauernde praktische Erfahrung in der Krankenbehandlung wesentliche Qualitätskriterien darstellen, deren Sicherstellung zur Erreichung der Versorgungsziele sachadäquat ist.

Rund ein Drittel der in Salzburg tätigen Psychotherapeuten hat bisher den spezifischen Erfahrungsnachweis gemäß der angefochtenen Satzungsregelung erbracht. Die Erhaltung der finanziellen Leistungsfähigkeit der SGKK rechtfertigt es auch aus ökonomischer Sicht, eine Anhebung des sonst (weiter) geltenden Kostenzuschusses um € 10,00 an besondere (sachliche) Voraussetzungen zu binden."

1.5. Auch die Klägerin im Verfahren vor dem antragstellenden Gericht erstattete eine Äußerung, in der sie im Wesentlichen ausführt, dass nach dem Gesetz die Psychotherapie jedes eingetragenen Psychotherapeuten gleichwertig und eine Differenzierung nach dem Grad der Qualifikation eines Psychotherapeuten nicht vorgesehen sei. Die gesetzlichen Kriterien für die Bemessung des Kostenzuschusses seien einerseits die finanzielle Leistungsfähigkeit des Krankenversicherungsträgers und andererseits das wirtschaftliche Bedürfnis des Versicherten. Unter Heranziehung beider Kriterien und in Anbetracht der konkreten wirtschaftlichen Situation der Salzburger Gebietskrankenkasse wäre es dieser möglich, höhere Zuschüsse zu gewähren.

1.6. Die Salzburger Gebietskrankenkasse erstattete eine Replik.

2. Die Rechtslage stellt sich wie folgt dar:

2.1. § 131, § 131a und § 131b des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes - ASVG, BGBl. 189/1955, haben - soweit hier

relevant - in der im vorliegenden Zusammenhang anzuwendenden Fassung (BGBl. I 155/2005 bzw. - im Hinblick auf § 131b ASVG - BGBl. I 171/2004) folgenden Wortlaut:

"Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung

§ 131. (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.

(2) - (6) ...

Kostenerstattung bei Fehlen vertraglicher Regelungen mit den Ärzten/Ärztinnen, Zahnärzten/Zahnärztinnen (Dentisten/Dentistinnen) oder mit den Gruppenpraxen

§ 131a. Stehen Vertragsärzte/Vertragsärztinnen, Vertragszahnärzte/Vertragszahnärztinnen (Vertragsdentisten/Vertragsdentistinnen) oder Vertrags-Gruppenpraxen infolge des Fehlens einer Regelung durch Verträge (§ 338) nicht zur Verfügung, so hat der Versicherungsträger dem Versicherten für die außerhalb einer eigenen Einrichtung in Anspruch genommene Behandlung (den Zahnersatz) die Kostenerstattung in der Höhe des Betrages zu leisten, der vor Eintritt des vertragslosen Zustandes bei Inanspruchnahme eines/einer Wahlarztes/Wahlärztin, Wahlzahnarztes/Wahlzahnärztin (Wahldentisten/Wahldentistin) oder einer Wahl-Gruppenpraxis zu leisten gewesen wäre. Der Versicherungsträger kann diese Kostenerstattung durch die Satzung unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten erhöhen.

Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen

§ 131b. (1) Stehen andere Vertragspartner infolge Fehlens von Verträgen nicht zur Verfügung, so gilt § 131a mit der Maßgabe, daß in jenen Fällen, in denen noch keine Verträge für den Bereich einer Berufsgruppe bestehen, der Versicherungsträger den Versicherten die in der Satzung festgesetzten Kostenzuschüsse zu leisten hat. Der Versicherungsträger hat das Ausmaß dieser Zuschüsse unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten festzusetzen.

(2) ..."

Gemäß § 135 Abs. 1 Z 3 ASVG ist im Rahmen der Krankenbehandlung (§ 133 Abs. 2 ASVG) eine psychotherapeutische Behandlung der ärztlichen Hilfe gleichgestellt, die durch Personen erfolgt, die gemäß § 11 des Psychotherapiegesetzes, BGBl. 361/1990, zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt sind, wenn nachweislich vor oder nach der ersten, jedenfalls vor der zweiten psychotherapeutischen Behandlung innerhalb desselben Abrechnungszeitraumes eine ärztliche Untersuchung (§ 2 Abs. 2 Z 1 des Ärztegesetzes 1998) stattgefunden hat.

2.2. Die Bestimmung des § 37 sowie die Abs. 1 und 7 des Anhanges 6 der Satzung 2004 (Letztere in der Fassung der mit 1. Juli 2004 [vgl. § 52 der Satzung 2004] in Kraft getretenen 1. Änderung) der Salzburger Gebietskrankenkasse lauteten wie folgt (die in Prüfung stehenden Bestimmungen sind hervorgehoben):

"Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen (§ 131b ASVG)

§ 37. (1) Stehen Vertragspartner für

1. die der ärztlichen Hilfe gleichgestellten Leistungen (§ 135 Abs. 1 Z 1 bis 4 ASVG),
2. die medizinische Hauskrankenpflege (§ 151 ASVG),
3. den Beistand durch diplomierte Kinderkranken- und Säuglingsschwwestern aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft (§ 159 ASVG),
4. die Versorgung mit Heilbehelfen oder Hilfsmitteln auf Rechnung der Kasse nicht zur Verfügung, weil Verträge nicht zustande gekommen sind, leistet die Kasse Kostenzuschüsse nach der Regelung im Anhang 6 zur Satzung.

(2) Stehen mangels vertraglicher Regelung mit Vertragspartnern einzelne Leistungen der ärztlichen Hilfe nicht als Sachleistung zur Verfügung und ist deren Privatverrechnung vertraglich zulässig, leistet die Kasse einen Kostenzuschuss nach der Regelung im Anhang 6 zur Satzung.

...

Anhang 6

Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen
(§ 37)

(1) Für die Behandlung durch einen Psychotherapeuten, der kein Arzt ist:

a) für eine Einzelsitzung zu 60 Minuten	21,80 €
b) für eine Einzelsitzung zu 30 Minuten	12,72 €
c) - d) ...	
e) für eine Einzelsitzung zu 60 Minuten durch einen Psychotherapeuten mit besonderem Erfahrungsnachweis gemäß Abs. 7	<u>31,80 €</u>

(2) - (6) ...

(7) Der Erfahrungsnachweis gemäß Abs. 1 lit. e umfasst:

a) in der Regel 6 Monate klinische Erfahrung in der Behandlung psychisch schwerkranker Patienten vor allem in (Jugend-)psychiatrischen (oder Kinderneuropsychiatrischen oder psychosomatischen) Abteilungen von Krankenanstalten bzw. Sonderkrankenanstalten solcher Tätigkeitsbereiche oder 9 Monate in sonstigen Einrichtungen des Gesundheitswesens an der Schnittstelle zu stationären psychiatrischen Einrichtungen, in denen Psychotherapie regelmäßig in Zusammenarbeit mit Fachärzten für Psychiatrie (bzw. Kinderneuropsychiatrie) im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes bzw. eines mit psychiatrischen Behandlungseinrichtungen vernetzten Behandlungskonzeptes erbracht wird, sowie

b) in der Regel 2.400 Stunden psychotherapeutische Krankenbehandlung in der niedergelassenen Praxis und/oder in einer Institution, deren Tätigkeitsschwerpunkt Psychotherapie als Krankenbehandlung ist.

Der Nachweis erfolgt: zu lit. a hinsichtlich Krankenanstalten durch Vorlage eines entsprechenden Dienstzeugnisses (hinsichtlich sonstiger Einrichtungen zusätzlich unter Vorlage von Berichten über die Tätigkeit derselben im Sinne der lit. a), wobei ein Drittel der klinischen Erfahrung, aber höchstens 2 Monate Vollzeitbeschäftigung in einer Krankenanstalt (bzw. 3 Monate in einer sonstigen Einrichtung), ersetzt werden können durch den Nachweis konkreter Behandlungsfälle mit einer effektiven (zumindest 6 Monate andauernden) Zusammenarbeit zwischen dem Psychotherapeuten und einem Psychiater (Kinderneuropsychiater) bzw. einer (Jugend-)psychiatrischen Abteilung einer Krankenanstalt in den zurückliegenden 4 Jahren (1 Monat Vollzeitbeschäftigung in einer Krankenanstalt bzw. 1,5 Monate in einer sonstigen Einrichtung entspricht 7 Kooperationsfällen und werden mit je 10 Punkten bewertet), und zu lit. b durch Bestätigungen von Trägern der sozialen Krankenversicherung über die Zahl der vom Psychotherapeuten in den zurückliegenden 7 Jahren insgesamt erbrachten Psychotherapiestunden als Krankenbehandlung, für die der Träger Leistungen (Honorare, Kostenerstattungen, Kostenzuschüsse) erbracht hat; hat der Psychotherapeut auch in einer Institution gearbeitet, die die dort durchgeführten Psychotherapien nicht (patientenbezogen) mit der sozialen Krankenversicherung verrechnet hat, kann maximal ein Viertel des Stundenausmaßes durch ein entsprechendes Dienstzeugnis der Institution über tatsächlich

dort erbrachte Therapiestunden nachgewiesen und angerechnet werden.

Die Zahl der Punkte für die klinische Erfahrung darf 30 Punkte nicht unterschreiten. Die Differenz auf die Regelpunktezahl von 60 Punkten führt zu einer Veränderung der nachzuweisenden Therapiestunden und zwar bei Unterschreitung zur Erhöhung der nachzuweisenden Therapiestunden um 30 Stunden je Punkt und bei Überschreitung zu einer Verminderung der nachzuweisenden Therapiestunden um 15 Stunden je Punkt. Bei Eintragung in die Liste der klinischen Psychologen vermindert sich die Zahl der nachzuweisenden Therapiestunden um 200 Stunden, bei Erfüllung der vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger geprüften Voraussetzungen für Vertrags- und Wahlpsychologen um 400 Stunden. Die Gesamtzahl der durch Bestätigung von Trägern der sozialen Krankenversicherung nachgewiesenen Therapiestunden darf aber keinesfalls 1.200 Stunden unterschreiten. Für die Nachweise werden auf Anforderung von der Kasse entsprechende Formulare bereitgestellt. Eine Liste der im Sinne [der] lit. a anerkannten Einrichtungen des Bundeslandes Salzburg liegt bei der Kasse auf.

Übergangsbestimmung: der Erfahrungsnachweis gilt als erfüllt, wenn der Psychotherapeut zum 31.12.2003 für die zurückliegenden 10 Jahre 3.000 Psychotherapiestunden als Krankenbehandlung nachweist, für die Träger der sozialen Krankenversicherung Leistungen (Honorare, Kostenerstattungen, Kostenzuschüsse) erbracht haben."

2.3. Die Abs. 1 und 7 des Anhangs 6 der Satzung 2004 der Salzburger Gebietskrankenkasse in der Fassung der mit 1. Jänner 2006 (§ 54 Abs. 1 der Satzung 2004) in Kraft getretenen 3. Änderung lauteten wie folgt (die in Prüfung stehenden Bestimmungen sind hervorgehoben), wobei in Abs. 7 nur der Einleitungssatz von der 3. Änderung durch die Anpassung der Verweisung auf Abs. 1 (lit. b statt lit. e) betroffen ist:

"Anhang 6

Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen
(§ 37)

(1) Für die Behandlung durch einen Psychotherapeuten, der kein Arzt ist:

- | | |
|---|----------------|
| a) für eine Einzel- oder Paarsitzung*
zu mindestens 50 Minuten | 21,80 € |
| <u>b) für eine Einzel- oder Paarsitzung*</u>
<u>zu mindestens 50 Minuten durch einen</u>
<u>Psychotherapeuten mit besonderem</u>
<u>Erfahrungsnachweis gemäß Abs 7</u> | <u>31,80 €</u> |
| c) - j) ... | |

* Auf der Rechnung sind die bei jeder Sitzung teilnehmenden Personen mit Versicherungsnummer anzugeben.

...

(2) - (6) ...

(7) Der Erfahrungsnachweis gemäß Abs. 1 lit. b umfasst:"

II. Der Verfassungsgerichtshof hat erwogen:

A. Zur Zulässigkeit:

1. Die bekämpften Satzungsbestimmungen sind als Verordnung einer Bundesbehörde iS des Art. 139 Abs. 1 B-VG zu qualifizieren (vgl. zB VfSlg. 14.593/1996).

2. Entgegen der Ansicht des antragstellenden Gerichtes ergeben sich auch keine Zweifel an der "Normativität" der Bestimmungen der 1. Änderung der Satzung 2004, die am 9. Juli 2004 im Internet verlautbart wurde und gemäß § 52 der Satzung 2004 mit 1. Juli 2004 und somit mehrere Tage vor der Stamm(neu)fassung der Satzung 2004 in Kraft getreten ist. Für das rückwirkende In-Kraft-Treten dieser Satzungsbestimmungen ergibt sich eine im Lichte der Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes (vgl. etwa VfSlg. 8946/1980, 12.943/1991, 18.037/2006 mwN) erforderliche gesetzliche Ermächtigung aus § 31 Abs. 9a ASVG ("wenn nicht ausdrücklich anderes bestimmt ist"). Die Stammfassung der Satzung 2004 wurde ebenfalls am 9. Juli 2004 kundgemacht, ist aber gemäß ihrem § 51 Abs. 1 nach Ablauf des fünften Kalendertages ab dem Zeitpunkt der Freigabe, somit am 14. Juli 2004, in Kraft getreten (siehe dazu auch § 31 Abs. 9a ASVG). Daraus ergibt sich, dass spätestens mit dem In-Kraft-Treten der Stammfassung der Satzung 2004 eine normative Einheit beider Rechtsakte gegeben war und allenfalls für die Zeit davor Zweifel über das Zusammenspiel mit den zu diesem Zeitpunkt in Kraft befindlichen Satzungsbestimmungen bestehen konnten, nicht aber hinsichtlich des hier in Rede stehenden Zeitraums.

3. 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 iSd Art. 140 B-VG bzw. des Art. 139 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 (vgl. etwa VfSlg. 10.640/1985, 12.189/1989, 15.237/1998, 16.245/2001 und 16.927/2003). Es ist nicht ausgeschlossen, dass das antragstellende Gericht bei Beurteilung des Kostenerstattungsanspruches der klagenden Partei vor dem Hintergrund des auf die Zahlung eines höheren Kostenzuschusses gerichteten Klagebegehrens die angegriffenen Verordnungsbestimmungen anzuwenden hat. Ob das Klagebegehren für den Fall der Aufhebung der angegriffenen Bestimmungen erfolgreich sein würde oder ob ihm in diesem Fall der Boden entzogen wäre, ist für die Frage der Präjudizialität nicht von Belang und daher vom Verfassungsgerichtshof nicht weiter zu untersuchen.

4. Da auch sonst keine Prozesshindernisse hervorgekommen sind, erweist sich der Antrag somit als zulässig.

B. In der Sache:

1. § 131b Abs. 1 ASVG normiert, dass im Fall, dass andere Vertragspartner als die in § 131a ASVG genannten Vertragspartner (also Ärzte/Ärztinnen, Zahnärzte/Zahnärztinnen, Dentisten/Dentistinnen oder Vertrags-Gruppenpraxen) infolge Fehlens von Verträgen nicht zur Verfügung stehen (dazu im Einzelnen § 131 ASVG), § 131a leg.cit. (der die Kostenerstattung im Fall des Fehlens derartiger Verträge erfasst) mit der Maßgabe gilt, dass in jenen Fällen, in denen noch keine Verträge für den Bereich einer Berufsgruppe bestehen, der Versicherungsträger den

Versicherten die in der Satzung festgesetzten Kostenzuschüsse zu leisten hat.

§ 131b Abs. 1 ASVG kennt dabei zwei Anwendungsfälle bei Fehlen einer vertraglichen Regelung mit "anderen" Vertragspartnern: Haben Verträge bestanden, sind diese jedoch weggefallen, so gebührt dem Versicherten Kostenerstattung entsprechend dem seinerzeitigen Vertragstarif. Haben solche Verträge hingegen überhaupt nicht bestanden, so ist der Versicherungsträger verpflichtet, in seiner Satzung Kostenzuschüsse vorzusehen; diese sind - wie sich aus § 131b Abs. 1 zweiter Satz ASVG ergibt - unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten festzusetzen (zur ausreichenden Determinierung der Satzung durch diese Bestimmung vgl. VfSlg. 15.787/2000, 17.794/2006; vgl. auch VfSlg. 13.133/1992 zur vergleichbaren Bestimmung des § 153 ASVG).

2. Derartige Verträge fehlen derzeit für die Berufsgruppe der Psychotherapeuten. § 597 Abs. 5 ASVG idF BGBl. I 1/2002 normiert aus diesem Grund, dass der Hauptverband und der Österreichische Bundesverband für Psychotherapie zur Vorbereitung des Abschlusses eines Gesamtvertrages im Sinne des § 349 Abs. 2 leg.cit. ein Psychotherapiekonzept zu erstellen haben, das eine umfassende volkswirtschaftliche Kosten-Nutzen-Analyse zu enthalten hat. Dieses Konzept lässt aber die gesetzlichen Vorgaben für etwaige Kostenzuschüsse aus den Mitteln der Krankenversicherung unberührt.

3. § 131b Abs. 1 ASVG stellt damit die entsprechende gesetzliche Grundlage für die zu erlassenden Satzungsregelungen der Krankenversicherungsträger dar. Im vorliegenden Zusammenhang stellt sich die Frage, inwieweit der Satzungsgeber in Anbetracht dieser gesetzlichen Ermächtigung auch auf die Qualifikation der entsprechenden Leistungserbringer abstellen darf.

4. Die Höhe des Zuschusses im Lichte des Kriteriums des "wirtschaftlichen Bedürfnisses der Versicherten" wird vom antragstellenden Gericht nicht als bedenklich erachtet, womit das darauf bezogene Vorbringen der beteiligten Partei ins Leere geht.

5. Die Bedenken des antragstellenden Gerichtes ob der Gesetzmäßigkeit der angefochtenen Satzungsbestimmungen sind begründet:

5.1. Psychotherapeutische Behandlungen durch Ärzte und Behandlungen durch freiberufliche Psychotherapeuten sind insoweit nicht völlig gleichgestellt (vgl. dazu *Mazal*, Psychotherapie und Kassenvertragsrecht, RdM 2001, 35 [35 f.]; *Schrammel*, Psychotherapie und soziale Krankenversicherung, SozSi 2001, 351 ff.), als eine psychotherapeutische Behandlung durch Psychotherapeuten iSd Psychotherapiegesetzes, BGBl. 361/1990, nur dann zur Leistungspflicht der Krankenversicherung gehört, wenn nachweislich vor oder nach der ersten, jedenfalls vor der zweiten psychotherapeutischen Behandlung innerhalb desselben Abrechnungszeitraumes eine ärztliche Untersuchung stattgefunden hat (§ 135 Abs. 1 Z 3 ASVG).

5.2. Weiterreichende, insbesondere spezifische berufsrechtliche Anforderungen stellt das ASVG an die Behandlung durch Psychotherapeuten nicht. Soweit die Regelung des Abs. 7 des Anhanges 6 der Satzung 2004 der Salzburger Gebietskrankenkasse in beiden angefochtenen Fassungen für den Anspruch auf einen höheren Kostenzuschuss auf klinische Erfahrungen in Einrichtungen bestimmter Krankenanstalten [(Jugend-)psychiatrische (oder Kinder-neuropsychiatrische oder psychosomatische) Abteilungen von Krankenanstalten bzw. Sonderkrankenanstalten dieses Wirkungsbereiches] und auf schon erbrachte Leistungen im Rahmen der psychotherapeutischen Krankenbehandlung im Ausmaß von 2400 Stunden abstellt, fehlt für eine derartige Differenzierung die gesetzliche Grundlage. Weder auf den Begriff der finanziellen Leistungsfähigkeit des Krankenversicherungsträgers, noch auf den des wirtschaftlichen Bedürfnisses der Versicherten lassen sich

die in der Satzung für den erhöhten Zuschuss genannten berufsrechtlichen Voraussetzungen der Psychotherapeuten denkmöglich stützen. Entgegen der Auffassung der Gebietskrankenkasse kommt es nicht darauf an, ob das ASVG eine "gesetzliche Determinante für Satzungsbestimmungen" enthält, die eine "Gleichbehandlung aller berufsberechtigten Leistungserbringer ungeachtet sachlich relevanter Unterschiede hinsichtlich ihrer Berufserfahrung gebietet". Entscheidend ist vielmehr, von welchen Kriterien der Krankenversicherungsträger nach den gesetzlichen Vorschriften die Höhe von Zuschüssen abhängig machen darf, die er zu leisten hat, solange vertragliche Regelungen mit den in Betracht kommenden Leistungserbringern nicht geschlossen wurden.

5.3. Die Satzung vermag in diesem Zusammenhang aber auch nicht an das Berufsrecht der Psychotherapeuten anzuknüpfen, weil auch dieses eine derartige Differenzierung innerhalb der Gruppe zugelassener Psychotherapeuten nicht vorsieht, sondern für die selbständige Ausübung der Psychotherapie eine entsprechende Ausbildung (§§ 2 ff. des Psychotherapiegesetzes, BGBl. 361/1990 in der Fassung der Novelle BGBl. I 98/2001) und die Eintragung in die Liste der Psychotherapeuten (§ 17 leg.cit.) vorsieht.

5.4. Es ist daher entbehrlich, auf die weiteren Argumente der Salzburger Gebietskrankenkasse zur Verteidigung der Satzungsregelung einzugehen, weil diese allenfalls die Zweckmäßigkeit, nicht aber die Rechtmäßigkeit der Regelung darzutun vermögen. Abgesehen davon ist offen, auf welche Weise Patienten im Vorhinein überhaupt feststellen können, welche der regional in Betracht kommenden Psychotherapeuten die in den angefochtenen Bestimmungen genannten vielfältigen und komplexen Kriterien erfüllen. Neben der Sache liegt der Hinweis der Salzburger Gebietskrankenkasse auf die erhöhte Arbeitsbelastung von und die Qualitätsanforderungen an Psychotherapeuten bei schwer erkrankten Patienten, weil die angefochtenen Satzungsbestimmungen - worauf das antragstellende Gericht zu Recht hinweist - gerade nach der Schwere der Erkrankung nicht differenzieren.

6. Da sich die angefochtenen Verordnungsbestimmungen schon aus diesem Grund als gesetzwidrig erweisen, war auf die weiteren Bedenken des antragstellenden Gerichtes nicht mehr einzugehen.

Da die Satzung 2004 sowohl in der Fassung ihrer 1. wie auch ihrer 3. Änderung mit dem In-Kraft-Treten der Satzung 2007 (Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 82/2007, www.avsv.at), welches gemäß ihrem § 50 Abs. 1 am fünften Tag nach ihrer Verlautbarung (12. Juni 2007), also am 17. Juni 2007, erfolgt ist, außer Kraft getreten ist, hat sich der Verfassungsgerichtshof gemäß Art. 139 Abs. 4 B-VG darauf zu beschränken auszusprechen, dass diese Bestimmungen gesetzwidrig waren.

7. Die Kundmachungspflicht des Bundesministers für Gesundheit ergibt sich aus Art. 139 Abs. 5 erster und zweiter Satz B-VG iVm § 60 Abs. 2 VfGG und § 4 Abs. 1 Z 4 BGBLG.

8. Dies konnte gemäß § 19 Abs. 4 erster Satz VfGG ohne mündliche Verhandlung in nichtöffentlicher Sitzung entschieden werden.

Wien, am 25. Februar 2010

Der Präsident:

Dr. Holzinger

Schriftführer:

Dr. D o r r

Für die Richtigkeit
der Ausfertigung:



