Die Honorierung im Vertragsarztrecht

Markus Kletter (Salzburg)

Die Honorierung der Vertragsärzte ist notwendiger Bestandteil eines Gesamtvertrages und gehört zu den besonders kontroversen Themen des Vertragspartnerrechts der gesetzlichen Krankenversicherung (KV). Der Beitrag stellt deren Verständnis des Gesetzgebers der ASVG-Stammfassung, die sich davon entfernende Diskussion ab 1987, samt Niederschlag in zweifelhaften Entscheidungen der Bundesschiedskommission (BSK) und des OGH, dar, sowie die Konsequenzen des nunmehr[1] erfolgten Eingriffs des Gesetzgebers.

Übersicht

1. Das System(vor)verständnis der ASVG-Stammfassung

2. Von kassenfreien Räumen und sittenwidrigen Honorarregelungen

2.1. Der „kassenfreie Raum“

2.2. „Sittenwidrige Honorarregelungen“

3. Grundrechtsbindung

4. Kriterien für die Honorarregelung und Abkehr von der Einzelleistungshonorierung

5. Schlussfolgerungen

1. Das System(vor)verständnis der ASVG-Stammfassung

Die Honorierungsbestimmungen des ASVG können (wie andere Gegenstände der gesetzlichen KV auch) mE nur mit dem Wissen jener Regelungen richtig verstanden werden, die dem ASVG vorangingen, sei es, weil der Gesetzgeber mit diesem Vorverständnis daran anknüpfte, oder aber bewusst (mit Erläuterungen in den Materialien) davon abging:

Die Verträge der österr Arbeiter- und Angestelltenkassen mit der jeweiligen „Gesamtorganisation der Ärzte“ Anfang der 1930-er Jahre unterschieden in allgemeine Verrichtungen und Sonderleistungen, für die „Wertpunkte“ festgelegt waren. Zugleich waren die Gesamtaufwendungen entweder pro Fall (Arbeiter) oder durch einen festgelegten Prozentanteil an den Beitragseinnahmen (Angestellte) begrenzt. Darauf anzurechnen waren auch die Kosten für Wahlarzthilfe.

Gem § 110 GSVG 1935[2] (Kodifikation ua der gesetzlichen KV der Arbeiter und Angestellten) war im Voraus ein Prozentsatz der vom Gesetz bestimmten Beitragseinnahmen der KV-Träger für Arzthonorare festzulegen und diese Gesamtsumme nach einem Punkteschema entsprechend den tatsächlich erbrachten Leistungen auf die einzelnen Ärzte aufzuteilen, der

[1] 4. SRÄG 2009, BGBl I 2009/147 und BG zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung, BGBl I 2010/61.

[2] BGBl 1935/107; *Kerber*, Die gewerbliche Sozialversicherung (1936).

Punktwert also ex post zu bestimmen. Dieses Honorierungsmodell kombiniert somit Leistungsgerechtigkeit für die Ärzte und finanzielle Stabilität für die KV-Träger, kann aber bei stärkerem Zuwachs der Leistungen als der Beiträge auch zu einer Verminderung des Punktwertes führen, hingegen kaum zu einem Rückgang der Honoraranteile der einzelnen Ärzte, solange deren Anzahl nicht stärker steigt als die Beitragseinnahmen. Eine „Wahlarzthilfe" sollte es nicht mehr geben.

Nach der Okkupation 1938 wurde die deutsche Reichsversicherungsordnung (RVO) „eingeführt": Dort waren die kassenärztlichen Vereinigungen die verantwortlichen Organisatoren der Sachleistungsversorgung. Diese Stellung wurde ihnen im Gegenzug zur Einführung eines pauschalierten und gedeckelten Honorierungssystems eingeräumt:[3] Sie erhalten von den KV-Trägern eine schuldbefreiende Gesamtvergütung, die nach Kopfpauschalen errechnet und entspechend der Entwicklung der Beitragseinnahmen angepasst wird. Die kassenärztliche Vereinigung (KÄV) verteilt sie nach Fallpauschalen und einer „vereinfachten Einzelleistungsabrechnung"[4] (eines Honorarverteilungsmaßstabes) auf ihre Kassenärzte. Eine gesetzliche Zwangsschlichtung verhindert den Eintritt eines vertragslosen Zustandes. Die KV-Beiträge werden im Verwaltungsweg dem Finanzierungsbedarf angepasst.[5]

Sowohl im österr Vorkriegsrecht als auch im RVO-Recht war die Behandlungspflicht der Kassenärzte eine umfassende und nicht mit dem Tarifkatalog verknüpft bzw durch diesen beschränkt. Sie bildete die Leistungspflicht der KV-Träger für ärztliche Hilfe (vor allem unter der Auflage der Wirtschaftlichkeit ihrer Erbringung) ab: So übernahm § 16 des RVO-Muster-Gesamtvertrags die gesetzliche Umschreibung (§ 182 Abs 2 RVO) des von den KV-Trägern geschuldeten und begrenzten Leistungsumfanges auf Krankenhilfe. Die Honorarregelung diente in beiden Systemen lediglich der Ermittlung des auf jeden Kassenarzt entfallenden Anteils an der Gesamtvergütung nach Fällen und/oder (in „vergröberter Form") nach erbrachten Einzelleistungen, nicht aber der Honorierung jeder einzelnen erbrachten Leistung. Der Gesamtaufwand war immer begrenzt und an die Beitragseinnahmen der KV-Träger gebunden. Eine Privathonorierung war nur zulässig, wenn und soweit dies ausdrücklich gesamtvertraglich geregelt war.[6]

Der aufgrund des Sozialversicherungs-(SV-)Überleitungsgesetzes 1947[7] zwischen Ärztekammer und KV-Träger abgeschlossene Gesamtvertrag mit Muster-Einzelvertrag stellte inhaltlich eine Mischung aus dem österr Vorkriegs- und dem RVO-Recht dar: Der Vertragsarzt wurde verpflichtet, die Versicherten für Rechnung der KV-Träger ausreichend und zweckmäßig nach bestem Wissen und Können zu behandeln. Das Maß des Notwendigen sollte nicht überschritten werden. Die Honorarregelung ging von einem bezifferten Jahresbetrag aus, von dem zuvor erste Hilfeleistungen von Nichtvertragsärzten (eine darüber hinausgehende Wahlarzthilfe kannte die noch geltende RVO nicht), ambulante Behandlungen in Krankenhäusern und Kassenambulatorien sowie Hilfeleistungen durch Ärzte außerhalb des Sprengels des KV-Trägers abgezogen wurden. Der Restbetrag wurde prozentuell auf verschiedene Töpfe für Praktische Ärzte, Fachärzte sowie Röntgenleistungen und sowohl mit einem Fixum als auch gemäß Einzelleistungspunkten verteilt. Die Topfsummen konnten aber nicht überschritten werden. Die Verträge benannten jene Leistungen, für die im Rahmen der Krankenhilfe ein Privathonorar verlangt werden durfte.

Wie die Materialien zum ASVG[8] ausführen, wurde das RVO-Honorierungsmodell als ungerecht empfunden, weil es auf die Anzahl und Intensität getätigter Ordinationen und Visiten keine Rücksicht nahm; es führte auch zu unerwünschten Verhaltensweisen der Kassenärzte. Deshalb sollte gem § 342 Abs 2 ASVG die Vergütung künftig grundsätzlich nach Einzelleistungen erfolgen. Weil, wie auch die Materialien ausführen, ein solches Honorierungsprinzip mit der Gefahr überproportionaler Leistungszuwächse verbunden ist, sah die Regierungsvorlage zwingend eine Gesamtausgabenbegrenzung unter Einberechnung des Aufwandes für (wieder eingeführte) Wahlarzt-Kostenerstattungen vor. Die Beiträge werden vom Gesetzgeber festgelegt; alle Aufwendungen, auch jene für die Vertragspartner, müssen sich in diesen Rahmen fügen.[9] Mit Ausnahme des Grundsatzes der Verteilung einer Gesamthonorarsumme nach Einzelleistungen und der Ablöse des stark hoheitlich geprägten RVO-Normensystems durch ein auf Vertragseinigung beruhendes System ist mE klar erkennbar, dass der Gesetzgeber am bisherigen Grundsatz der Deckung der Leistungsansprüche durch den Gesamtvertrag unter Kostendeckelung festhalten wollte, doch hat er angesichts des Widerstandes der Ärztekammer, die ein ungedeckeltes Einzelleistungs-Honorierungssystem anstrebte, durch „weichere" Formulierungen diese Absicht nicht hinreichend verbindlich verankert: Die Gesamtausgabenbegrenzung des § 342 Abs 2 wurde zur Sollvorschrift abgeschwächt, woran die Ausführungen des Ausschussberichtes,[10] in schlechten Zeiten sei von einer Verpflichtung auszugehen, nichts ändern.[11] Ein Regelungsvorbehalt iS eines zwingend im Gesamtvertrag zu regelnden Gegenstandes fehlt betreffend die

3) *Heinemann*, Kassenarztrecht (Stand 1942) 10.
4) Anordnung des Reichsführers der kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands (KVD) über die Honorarverteilung vom 2.4.1940, in *Heinemann*, Kassenarztrecht 87.
5) Siehe mN *Kletter,* Das Wirtschaftlichkeitsgebot in der österreichischen Krankenversicherung, in *Pfeil* (Hrsg), Finanzielle Grenzen des Behandlungsanspruchs (2010) 49, 81.
6) So ausdrücklich § 108 GSVG; für die RVO: § 35 Mustergesamtvertrag, in *Heinemann,* Kassenarztrecht 160.
7) BGBl 1947/142: Das SV-ÜG änderte die mit dem RechtsüberleitungsG im Übrigen fortgeltende RVO in einigen Bereichen, insb organisationsrechtlicher Natur ab.
8) EB 599 BlgNR 7. GP 102.
9) AB 613 BlgNR 7. GP 16.
10) AB 613 BlgNR 7. GP 31; zur Normentstehung ausführlich *Geppert*, Die Entscheidung von Einzel- und Gesamtstreitigkeiten im Vertragspartnerrecht der Sozialversicherung, DRdA 1987, 185.
11) Daher setzten ab Mitte der 1970-er Jahre die Ärztekammern nach und nach die Aufhebung der bis dahin vereinbarten Gesamtausgabenbegrenzungen durch.

Zulässigkeit einer Privathonorierung für Leistungen im Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen KV ebenso wie die zwingende Anordnung der vollständigen Abdeckung der Leistungsansprüche der Versicherten durch die Vertragspflichten der Vertragsärtze. All dies sollte der vertraglichen Einigung der abschließenden Körperschaften überlassen bleiben; eine Zwangsschlichtung gibt es nicht.

Mit den Instrumenten des österr Privatrechts lässt sich die Rechtsstellung dritter Personen nicht zwingend gestalten. Das ASVG sieht daher den Gesamtvertrag als Normenvertrag vor. Weil dieser einem Gesetz im materiellen Sinn gleichzuhalten ist (OGH 19.10.2005, 7 Ob 3/05z), bedarf er einer ausdrücklichen gesetzlichen Anordnung hinsichtlich der Abschlussbefugnis und zulässigen Inhalte der heteronomen Rechtssetzung. Der Entstehungsmechanismus verschafft dem Gesamtvertrag eine (grund)rechtliche Vermutung der Richtigkeit und Angemessenheit, er ist aber an die Grundrechte gebunden:[12] Eingriffe in die Rechte der Einzelvertragspartner müssen zur Erreichung eines (zulässigen) gesetzlichen Ziels geeignet und angemessen und auch sonst sachlich gerechtfertigt sein. Die Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit des Systems der gesetzlichen KV liegt im öffentlichen Interesse, somit auch eine dementsprechende Honorar(begrenzungs)regelung.[13]

2. Von kassenfreien Räumen und sittenwidrigen Honorarregelungen

Geringere Beitragszuwächse seit Mitte der 1980-er Jahre und die beschleunigte Entwicklung medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden verstärkten die Bestrebungen der Ärztekammer, zusätzlich zu den von den KV-Trägern nur begrenzt zur Verfügung gestellten Honorarsummen private Honorierungsmöglichkeiten für Leistungen der Krankenbehandlung zu eröffnen. Dies könnte der Ärzteschaft nicht nur zusätzliche Finanzmittel eröffnen, sondern auch die Verhandlungsgewichte dramatisch verschieben, wären die KV-Träger den Versicherten gegenüber verpflichtet, für die von den Vertragsärzten frei gestalteten Privathonorarnoten Kostenersatz zu leisten. Dazu wurden entsprechende Rechtsgutachten in Auftrag gegeben:

2.1. Der „kassenfreie Raum“

Unter diesem Schlagwort wird seit Mitte der 1980-er Jahre die Diskussion geführt, ob die Honorarordnung als abschließende Regelung zu verstehen ist, und, wenn nicht, ob die Vertragsärzte berechtigt sind, von Versicherten für Leistungen, die nicht als Einzelleistung in der Honorarordnung geregelt sind, Privathonorare zu verlangen. Weil der Begriff nichts über die Leistungszuständigkeit des KV-Trägers aussagt, ist jener des „vertragsfreien Raumes“ präziser.[14] *Schrammel*[15] eröffnete die Diskussion mit folgenden Argumenten:

Andere Leistungsverträge der KV-Träger (mit Hebammen, Optikern, Orthopädieschuhmachern) erlauben ausdrücklich Zusatzleistungen auf Privathonorarbasis, sodass beim Ärzte-Gesamtvertrag nicht von deren Unzulässigkeit auszugehen sei.[16] Nach einer E der BSK in einem Kündigungsverfahren[17] sei die Verrechnung nur ähnlicher Leistungspositionen vertraglich verboten; daher liege bei Fehlen einer Leistungsposition eine Lücke vor. *Schrammels* Hauptargument bezog sich auf § 342 Abs 2 ASVG: Weil grundsätzlich *nach Einzelleistungen zu honorieren* sei, dürfe nicht angenommen werden, die Grundvergütung decke Leistungen ab, die ihrem Aufwand nach Leistungen entsprechen, für die üblicherweise Sonderleistungstarife vereinbart wurden. Die Grundleistungsvergütung erfasse daher „ganz offenkundig“ nur jene „kleinen“ Leistungen, die sich zwangsläufig beim Aufsuchen des Vertragsarztes ergeben. Andere Leistungen, für die keine eigene Tarifposition existiere, seien daher nicht Vertragsgegenstand; für sie dürfe Privathonorar verlangt werden und stünde dem Versicherten Kostenersatz nach Marktpreisen zu[18]. *Schrammel* blendet das gesetzliche Gebot der Ausgabenbegrenzung völlig aus.[19]

Dieser Argumentation ist *Grillberger*[20] vor allem mit dem klar erkennbaren umfassenden Sachleistungskonzept des Gesetzgebers und der Analyse der konkreten Gesamtvertragstexte entgegengetreten.

Die *BSK*[21] folgte *Schrammel*s Gutachten (weit gehend wörtlich, unzuständigerweise auch gleich zu den leistungsrechtlichen Fragen) mit folgender Ergänzung: Die Einführung eines Sonderleistungstarifes für eine „ausführliche therapeutische Aussprache“ in der

12) OGH 11.7.2001, 7 Ob 299/00x; siehe *Kletter* in *Sonntag,* ASVG-Kommentar (2010) § 338 Rz 14, § 341 Rz 1 ff.

13) VfGH 2002/VfSlg 16.607; 2002/VfSlg 16.463; 2006/VfSlg 17.919.

14) *Kiesl*, Der sogenannte „kassenfreie Raum“ oder: Ein verwirrendes Wortspiel mit fatalen Folgen für die Sozialversicherten, SozSi 1995, 322, 418.

15) *Schrammel,* Der sogenannte „kassenfreie Raum“, in *Tomandl* (Hrsg), Sachleistungserbringung durch Dritte in der Sozialversicherung (1987) 91; *ders*, Rechtsgutachten für die OÖ-ÄK, teilw abgedruckt in ÖÄZ 4/92, 39.

16) *Allerdings:* In diesen Verträgen geht es um Leistungen, für die spezifische gesetzliche Leistungsgrenzen – zeitliche sowie das notwendige Maß einer Krankenbehandlung sprengende Luxusaspekte – bestehen. Ein Gesamtvertrag darf überdies nach den Regeln der Norminterpretation ohne ausdrücklichen statischen Verweis nicht durch Verträge anderer Parteien ausgelegt werden.

17) R1-BSK/81= SozSi 1982, 70. *Allerdings* trifft dieser Beleg nicht zu: Der Vertragsarzt hatte an Stelle einer vorhandenen Tarifposition eine andere, teurere, aber tatsächlich nicht erbrachte Position verrechnet, somit eine klassische Malversation begangen.

18) Ein solcher Kostenersatz ist dem ASVG aber fremd: VfGH 2000/VfSlg 15.787; 2000/VfSlg 16.030; *Kletter*, Sachleistungsvorsorge und Leistungsanspruch angesichts leerer Kassen, ZAS 2010, 258, 268.

19) Bisweilen erwähnt er es nicht einmal (*Schrammel*, Kostenersatz im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, ZAS 1994, 73, 78; *ders*, Vertragsloser Zustand im Vertragspartnernrecht der Krankenversicherung, DRdA 2007, 347, 349).

20) *Grillberger,* Privathonorierung von Vertragsärzten?, SozSi 1991, 526.

21) BSK 1993/SSV-NF 7/A7.

Dauer von 10-15 Minuten zeige, dass die Ordinations- und Grundleistungsvergütung nur kurze Kontakte, nicht aber längere Kontakte und aufwändigere Leistungen beinhalte. Was gemessen daran (wie die BSK meint: iS einer *„wertenden Betrachtung der Regelungen der Honorarordnung für Grundleistungen einerseits und Sonderleistungen andererseits"*) nicht vertraglich geregelt wurde, sei eine außervertragliche Leistung, für die vom Vertragsarzt ein Privathonorar verlangt (und vom Versicherten auch Kostenersatz begehrt) werden könne. Angesichts der enormen Tragweite dieser grundsätzlichen Rechtsfragen verwundert das völlige Fehlen einer gründlichen Analyse des Sachleistungssystems der gesetzlichen KV nicht zuletzt auch deshalb, weil das von der BSK ersonnene „Sachleistungs- und Honorierungsmodell" ein Novum in der Tradition der gesetzlichen KV darstellt, das wohl einer eingehenderen Begründung bedurft hätte.

Grillberger[22] kritisierte das Fehlen einer genauen Analyse des Gesamtvertrags. Es gebe einige Gesamtverträge, die sogar ausdrücklich bestimmen, dass alle ärztlichen Leistungen, die nicht von einer Einzelleistungsposition erfasst sind, mit der Grundleistung(svergütung) abgegolten sind. *Schrammel*[23] meinte demgegenüber, eine gesetzeskonforme Auslegung des Gesamtvertrags verlange zur Durchsetzung des Grundsatzes der Einzelleistungshonorierung geradezu, dass ein Vertragsarzt eine Verrichtung, für die in der Honorarordnung kein Sonderleistungstarif enthalten ist, nicht als Vertragsleistung erbringen dürfe. Außerdem dürfe man den Realitäten von Honorarvereinbarungen kein zu großes Gewicht beimessen.

Wie bei Gesetzen ist auch bei Normenverträgen ihr systematischer und historischer Kontext zu beachten. Dazu gehören nicht zuletzt jene Verhandlungsrealitäten, die gerade von der Ärztekammer und ihrer, aus dem Gleichheitsgebot folgenden Verpflichtung, auf ein zwischen den Fachgruppen ausgewogenes Verhandlungsergebnis zu achten, ausgehen: Zur Erreichung dieses (von der Regelungsbefugnis auch gedeckten) Ziels werden fachspezifisch Tarifpositionen (auch für „kleine" Leistungen) geschaffen, die bereits zuvor selbstverständlicher (aber nicht als Sonderleistung ausdrücklich geregelter), mit der Grundleistungsvergütung abgegoltener Vertragsbestandteil waren. Ähnliche Motive lagen auch der Schaffung der von der BSK als tragendes Argument verwendeten Tarifposition „ausführliche therapeutische Aussprache" zugrunde.[24] Ausgerechnet zu Gesamtverträgen, die ausdrücklich eine vollständige Honorarregelung enthalten, sprach der OGH (vollen) Kostenersatz zu.[25] *Mosler*[26] ortet im Ignorieren des Gesamtvertragstextes ein Dogma, wonach die Gesamtvertragsparteien nicht einmal berechtigt seien, einen vertragsfreien Raum auszuschließen.

Die Bedeutung von BSK 1993/SSV-NF 7/A7 für das Leistungssystem der gesetzlichen KV war jedenfalls weit reichend: Sowohl das ursprüngliche Honorierungsmodell, als auch das Grundkonzept der Deckung der Leistungsansprüche durch Gesamtverträge im Rahmen des Beitragsaufkommens wurden damit verlassen. Zugleich riss diese E eine systemwidrige leistungsrechtliche Lücke: Das ASVG sieht nämlich keine Regelung für den Fall eines nur unvollständigen Gesamtvertrages vor (dieser Umstand ist ein weiteres starkes Indiz dafür, dass der Gesetzgeber von der Vollständigkeit der Gesamtverträge ausging). Diese geschaffene Lücke konnte systemkonform (im ökonomischen Ergebnis zu Lasten der Versicherten) nur durch die Einführung von Kostenzuschüssen in Analogie zu § 131b ASVG geschlossen werden.[27] Die Verhandlungsgewichte und Steuerungsmöglichkeiten samt ihren finanziellen Auswirkungen wurden nachhaltig verändert: Wie bei den Zahnärzten ging auch das Interesse der Vertragsärzte an der vertraglichen Regelung neuer Leistungen zu für die KV-Träger akzeptablen Preisen massiv zurück, eröffnet ihnen die Privathonorierung doch attraktive Zuverdienstmöglichkeiten bei zugleich gesicherten Einnahmen aus dem Kassenvertrag. Seither öffnet sich zunehmend eine Schere zwischen den angebotenen Untersuchungs- bzw Behandlungsmethoden und den Sonderleistungskatalogen der Honorarordnungen.

2.2. „Sittenwidrige Honorarregelungen"

Anlass zahlreicher Publikationen *Krejcis*[28] war die Auseinandersetzung um den „Labormarkt" in Wien, in der *Krejci* als Gutachter der Laborfachärzte tätig war. Seine, von *Binder*[29] treffend als ideenreicher Schutzbau für Vertragsärzte bezeichneten Thesen lassen sich wie folgt zusammenfassen:[30]

Aus dem Verhandlungsmonopol der Ärztekammer, dem Konkurrenzschutz vor Kassenambulatorien und dem Kündigungsschutz folge, dass der Gesamtvertrag die Erhaltung der Vertragsärzte (mit sozialadäquatem Einkommen) zu sichern habe. Es sei „nicht einzusehen", warum die Gesamtverträge über die Grundrechtsbindung hinaus nicht auch einer zivilrechtlichen Inhaltskontrolle unterliegen sollten. Aus einer Kombination des Wuchertatbestandes (§ 879 Abs 2 Z 4 ABGB) mit dem Verbot gröblich benachteiligen-

22) *Grillberger*, Die Bundesschiedskommission und der sogenannte kassenfreie Raum, ZAS 1994, 81; sowie in *Strasser* (Hrsg), Arzt und gesetzliche Krankenversicherung (1995) 365.
23) *Schrammel*, Ausgewählte Probleme des ärztlichen Gesamtvertrages, in *Tomandl* (Hrsg), Sozialrechtliche Probleme bei der Ausübung von Heilberufen (1996) 94.
24) Siehe *Grillberger*, Bundesschiedskommission, ZAS 1994, 83; *Kletter*, Anm SozSi 1994, 609.
25) OGH 1993/SozSi 1994, 609 (*Kletter*) = DRdA 1995, 168 (Besprechungsaufsatz *Grillberger*) 101; 1994/DRdA 1995, 501 (*Mosler*).
26) *Mosler*, DRdA 1995, 501, 509.
27) *Kletter*, Kostenerstattungen und Sachleistungsvorsorge, SozSi 1994, 27, 30; *ders*, Die höchstgerichtliche „Neuregelung" von Zahnbehandlung und Zahnersatz, ZAS 1994, 43; *ders*, Der Leistungsanspruch im vertragsfreien Raum – eine Bilanz, ZAS 2001, 33, 40.
28) Insb *Krejci*, Über unerlaubte Honorarordnungen für Kassenärzte, VR 1991, 145; *ders*, Kassenärzte: Honorarordnungen rechts- und sittenwidrig? (1992); *ders*, Untergang der Kassenärzte? Wie man Laborärzte durch Honorarkürzungen „wegrationalisiert" (1998).
29) *Binder,* Untergang der Kassenärzte?, RdM 1999, 146.
30) Siehe ausführlich mN *Kletter*, Vertragsrecht: Schutzbau für Vertragsärzte oder Instrument der Sachleistungsvorsorge?, in FS-Binder (2010) 615.

der *Neben*bestimmungen in allgemeinen Geschäftsbedingungen (§ 879 Abs 3 ABGB) konstruiert er „teleologisch" ein Verbot „gröblich benachteiligender *Hauptleistungs*pflichten in fremdbestimmten Vertragswerken". Überdies seien die zivilrechlichen (Ermessens-)Grenzen einer Preisbestimmung durch Dritte (oder den Vertragspartner selbst) nach § 1056 ABGB für fremdbestimmende (Normen-)Verträge sinngemäß anzuwenden: Die Grenzen billigen Ermessens (nach den Maßstäben von Treu und Glauben) seien auch enger als jene bloßer Sittenwidrigkeit.

Das Gebot der Gesamtausgabenbegrenzung stelle nur eine budgetäre Richtgröße ohne unmittelbare Auswirkung auf das Arzthonorar dar. *Krejci* verknüpft den *Grundsatz der Einzelleistungshonorierung* mit VwGH 1981/VwSlg 10.491A, wonach eine hoheitliche Festsetzung eines nicht kostendeckenden Preises mit dem Verweis auf Gewinnmöglichkeiten bei anderen – nicht preisgeregelten – Produkten unzulässig ist: Deckelungen, Limitierungen und Degressionen, die dazu führen, dass auch nur einzelne (weitere) erbrachte Einzelleistungen nicht mehr kostendeckend honoriert werden, seien daher rechts- bzw sittenwidrig und damit nichtig. Weil ein Vertragsarzt von so einer Nichtigkeit wenig habe (die Feststellung der Nichtigkeit im Einzelvertragsstreit gem §§ 344 f ASVG wirkt nur für dessen Einzelvertrag) und die Gesamtvertragsparteien so nicht zu einer Vertragsanpassung gezwungen seien, bedürfe es eines Schadenersatzanspruches. Dieser folge aus einer culpa in contrahendo iS einer Pflichtverletzung der Gesamtvertragsparteien, auf das Interesse der (einzelnen) Vertragsärzte an ihrer Erhaltung Rücksicht zu nehmen.

Obwohl für Einzelvertragsstreitigkeiten eigentlich die paritätische Schiedskommission zuständig ist (so OGH 31.1.1990, 2 Ob 140/89), fand der Laborstreit auch eine zivilgerichtliche Behandlung. Der *OGH 16.12.1992 folgte* in 2 Ob 20/92 *Krejci* und hielt eine culpa-in-contrahendo-Haftung der Gesamtvertragsparteien für möglich: Die Ärztekammer habe das Gesamtinteresse gegenüber jedem einzelnen Vertragsarzt zu vertreten; der KV-Träger müsse bei seiner Zustimmung zum Gesamtvertrag auf die Interessen der Vertragsärzte achten. Diese Thesen stießen auf einhellige und scharfe Ablehnung in der Literatur:

Der erklärte *gesetzliche Zweck des Vertragsrechts ist die Versorgung der Anspruchsberechtigten* (§ 338 Abs 2). Der Kündigungsschutz soll den Vertragsarzt vor einer willkürlichen vorzeitigen Auflösung des Einzelvertrages durch den KV-Träger bewahren,[31] begründet aber keinen Anspruch auf standesgemäße Existenzsicherung durch die Honorarordnung. Das ASVG kennt daher kein subjektives Recht auf ein sozialadäquates Einkommen;[32] schon gar nicht kann ein solches verfassungsrechtlich begründet werden.[33] *Grillberger*[34] hält *Krejcis* Thesen als Privileg einer einzigen Berufsgruppe für gleichheitswidrig.

Wie oben (1.) ausgeführt, gehören Honorierung nach Einzelleistungen und Gesamtausgabenbegrenzung zusammen. Limits und Degressionen sind mE gegenüber einer Gesamtausgabenbegrenzung sogar die gelinderen Mittel: Bei einer Gesamtausgabenbegrenzung wird der tatsächliche Wert der Leistung erst nachträglich bestimmt und ist vom Verhalten anderer Vertragsärzte abhängig. Weil der Punktwert ex post bestimmt wird, versucht jeder Vertragsarzt durch Punktemaximierung sich einen möglichst großen Anteil am Gesamthonorarkuchen zu sichern. Dies führt zu einem Verfall des Punktwertes. Demgegenüber sind vorgegebene Limits und Degressionen bei feststehenden Tarifen für die Vertragsärzte vorhersehbare Größen; das Hamsterradverhalten ist unattraktiv. Damit werden vor allem kleine Praxen in Randlagen vor Benachteiligung geschützt (sachliche Rechtfertigung).

Nach *Marhold*[35] kann die Umsetzung der (Gesamt-)Ausgabenbegrenzung gem § 342 Abs 2, 3. Satz (als lex posterior et specialis zum einfachgesetzlichen § 879 ABGB) nicht sittenwidrig sein. Darin liege auch ein entscheidender Unterschied zum Kollektivvertrag, dem vom Gesetz keine Zielvorgaben gemacht werden: Solange Abs 2, 3. Satz vom VfGH nicht als verfassungswidrig aufgehoben worden ist, dürfe Gesamtvertragsbestimmungen, die sich auf ihn stützen können, ihre Anwendbarkeit von Gerichten und Schiedskommissionen nicht abgesprochen werden.

Stöger[36] hält es für unzulässig, die VwGH-E zum Preisrecht auf Einzelleistungen zu beziehen: Nur wenn die Honorierung aus der Kassenarzttätigkeit insgesamt nicht kostendeckend wäre, sei diese Analogie gerechtfertigt. *Marhold*[37] weist darauf hin, dass sich der Wuchertatbestand des § 879 Abs 2 Z 4 ABGB auf das gesamte Vertrags-(Austausch-)Verhältnis und nicht auf eine isolierte Teil-(Einzel-)leistung beziehe. Dass die Gesamthonorierung aus Arztverträgen unter Wucher fiele, sei bisher noch nicht behauptet worden. § 879 Abs 3 ABGB sei nicht anwendbar, weil der Gesamtvertrag keine einseitig erlassene allgemeine Geschäftsbedingung, sondern das Ergebnis von Verhandlungen zwischen gleichgewichtigen Verbänden sei. Der Gesamtvertrag sei auch keine allgemeinverbindliche Preisregelung, ermögliche (mute) der Gesetzgeber doch vielen (mittlerweile sogar der Mehrzahl von) Ärzten eine Tätigkeit als Wahlarzt (zu).

Tomandl[38] verneint mangels rechtsgeschäftlicher Ermächtigung die Anwendbarkeit der zivilrechtlichen Regeln der Preisfestsetzung durch Dritte: Das Gesetz übertrage den Gesamtvertragsparteien eine Normsetzungsbefugnis, sodass (nur) eine Grundrechtsbindung gelte. Die Ärztekammer (analog der Hauptverband) sei überdies nicht zur Vertretung der Interessen jedes

31) Siehe *Kletter* in *Sonntag*, ASVG, § 343 Rz 43.
32) *Marhold*, Honorierung von Kassenärzten nach österreichischem Recht, in FS-Gitter (1995) 549.
33) *Mosler*, Budgetierung der ärztlichen Eigen- und Folgekosten als Steuerungsmittel, in *Jabornegg/Resch/Seewald* (Hrsg), Ökonomie und Krankenversicherung (2001) 139, 154.
34) *Grillberger* in *Strasser* (Hrsg), Arzt und gesetzliche Krankenversicherung (1995) 362.
35) *Marhold*, Honorierung 545.
36) *Stöger*, Überlegungen zur verfassungsrechtlichen Beurteilung von Honorardeckelungen in ärztlichen Gesamtverträgen, SozSi 2009, 20.
37) *Marhold*, Honorierung 549.
38) *Tomandl*, Schadenersatz wegen „inkorrekter" ärztlicher Honorarordnung?, ecolex 1993, 329; zust *Mosler* in *Strasser* (Hrsg), Arzt und gesetzliche Krankenversicherung 123.

einzelnen Mitglieds,[39] sondern der Gesamtheit der Mitglieder und dabei zum internen Interessensausgleich verpflichtet. Andernfalls würde dem Gesetz ein völlig unwirtschaftliches Konzept der Sachleistungserbringung, nämlich die Absicherung unwirtschaftlicher Einzelner, unterstellt. (Ein solches verstieße mE auch gegen Art 126b Abs 5 B-VG.) *Tomandl* kritisiert besonders scharf die These von einer culpa-in-contrahendo-Haftung der Gesamtvertragsparteien.[40] Auch *Marhold* und *Grillberger* weisen darauf hin, dass eine Rücksichtnahmepflicht auf die vom Verhandlungspartner zu vertretenden Interessen nicht nur mit dem Vertragsmodell des ABGB, sondern vor allem auch mit einem System des („kollektiv"-)vertraglichen Aushandelns der Honorarregelungen unvereinbar sei. Gäbe es einen gerechten Preis für die Behandlungsleistung des Vertragsarztes, dann wäre diese Frage keine von Verhandlungen, sondern eine der schlichten Rechtserkenntnis. Mit für einzelne Leistungen gezielt nicht kostendeckenden Honoraren dürfe durchaus Rationalisierungsdruck geschaffen werden. Problematisch werde dies erst, wenn die Honorierung für das Gros der betroffenen Vertragsärzte unzureichend sei, deren Kosten nicht decke, oder es zu einer unsachlichen Benachteiligung von Minderheiten komme. Hier greife die Grundrechtsbindung ein.[41] Ob Honorarregelungen gegen den Gleichheitssatz verstoßen, müsse aufgrund einer umfassenden Interessensabwägung entschieden werden. Notwendige Einschränkungen nicht ausschließlich zu Lasten der Beitragszahler, sondern zum Teil auch der (das Angebot steuernden) Leistungserbringer gehen zu lassen, sei nicht abwegig.[42]

3. Grundrechtsbindung

Der VfGH wurde mit diesen Fragen durch Individualbeschwerden gegen Bescheide der Landesberufungskommission befasst und schloss sich der Ansicht der Kritiker *Krejcis* an, dass für Gesamtverträge (nur) eine Grundrechtsbindung besteht:

Die den Gesamtvertragsparteien nach § 342 Abs 1 Z 3 ASVG zukommende Gestaltungsmacht darf verfassungsrechtlich unbedenklich in der Weise ausgeübt werden, dass – um die Funktionsfähigkeit des KV-Systems auch künftig zu gewährleisten – die Pflicht des KV-Trägers, die vertragsärztliche Tätigkeit zu vergüten, in der Honorarordnung angemessen begrenzt wird.[43] Die Honorarregelungen sind das Ergebnis von Verhandlungen der Interessensvertretungen und haben deshalb die Vermutung der Angemessenheit für sich. Die Gesamtvertragsparteien haben einen weiten Gestaltungsspielraum. Die Annahme, die strittige Verrechnungsbeschränkung (Honorierung nur einer Höchstzahl von Laborparametern pro Fall, auch wenn mehr erbracht werden mussten) sei sittenwidrig, verkennt die Rechtslage grob: Die Regelung hat (bloß) den Effekt, das auf jede zusätzlich erbrachte vertragsärztliche Leistung entfallende Honorar zu reduzieren. Das Vertragshonorar wird insoweit in gewisser Weise (zulässig) pauschaliert. Eine Wirtschaftlichkeitsrechnung, dass jede einzelne Behandlung pro Patient als eine Art Kostenstelle zu betrachten wäre, die Gewinn abzuwerfen habe, kann sich nicht auf das Gesetz stützen.[44]

Die Sittenwidrigkeit ist unter dem Blickwinkel des Gleichheitssatzes zu prüfen. Der den Gesamtvertragsparteien eingeräumte Gestaltungsspielraum darf nicht in willkürlicher oder unverhältnismäßiger Weise ausgenützt werden. Innerhalb dieser Schranken ist es ihnen durch den Gleichheitssatz nicht verwehrt, ihre politischen Zielsetzungen auf geeignete Art zu verfolgen. Ob mit einer Regelung der optimale Weg zur Zielerreichung beschritten wird, ist eine Frage, die nicht unter dem Blickwinkel des Gleichheitsgebotes zu prüfen ist.[45]

Stöger[46] ist der Ansicht, dass bei Kostendeckelungen von Arzthonoraren sich letztlich die Frage nach der Zulässigkeit von Preisregelungen stelle und der Prüfungsmaßstab dafür nicht primär der Gleichheitssatz, sondern die in Art 6 Abs 1 StGG verankerte Erwerbsfreiheit sei, zumal die Einwände sich im Kern auf die Beeinträchtigung der wirtschaftlichen Handlungsfreiheit bezögen. Bei Eingriffen in die Erwerbsfreiheit werde zwischen Beschränkungen des Erwerbsantrittes und solchen unterschieden, die (nur) die Erwerbsausübung betreffen. Für Letztere (und darunter fielen auch Honorarregelungen) komme dem Normsetzer ein größerer rechtspolitischer Gestaltungsspielraum zu, der hinsichtlich der Eignung der Maßnahme, dem öffentlichen Interesse zu dienen, nur einer „Plausibilitätskontrolle" unterliege. Eingehender zu prüfen seien ihre Erforderlichkeit (wurde das gelindeste Mittel gewählt, welches die Grundrechtsposition so wenig wie möglich beeinträchtigt?) und Verhältnismäßigkeit (besteht zwischen der Schwere des gelindesten Eingriffs und dem Gewicht der rechtfertigenden Gründe ein Missverhältnis?): Es sei kaum zu bezweifeln, dass bei gesetzlich festgelegten Einnahmen eine Ausgabenkontrolle zur Aufrechterhaltung des gewählten Systems erforderlich ist. (Die theoretische Möglichkeit eines Systemwechsels – statt Sachleistungssystem zB ein bloßes Kostenerstattungssystem – ist nicht Prüfungsgegenstand.[47]) Zur Frage der Verhältnismäßigkeit sei zu bedenken, dass Honorardeckelungs-(Limitierungs-/Degressions-)systeme auch eine Voraussetzung für das wirtschaftliche Überleben von Vertragsärzten mit (zB regional bedingt) kleinen Praxen darstellen, weil sie eine Art „Grundeinkommen" sichern. Dies diene wiederum der flächendeckenden

39) Siehe *Kletter* in FS-Binder 620; idS EB zum späteren § 342 Abs 2a; siehe unten 4., sowie *Kletter* in *Sonntag*, ASVG-Kommentar, § 341 Rz 9, § 342 Rz 156 ff.

40) Dabei handle es sich für *Tomandl* um „kühne Behauptungen, die sich weder auf eine gesetzliche Grundlage, noch auf eine wissenschaftliche Lehre stützen können". *Krejci* bleibt auch in seiner Replik (Untergang der Kassenärzte? 166) jeden wissenschaftlichen Nachweis schuldig und meint (aaO 169), sein Gedanke stelle „lediglich eine schlichte wie nahe liegende kombinatorische Verknüpfung der bestehenden Lehrgebäude dar."

41) *Tomandl*, Schadenersatz 330.

42) *Mosler*, Budgetierung 154, 161.

43) VfGH 2002/VfSlg 16.463.

44) VfGH 2002/VfSlg 16.607; 2006/VfSlg 17.919.

45) LBK-T 1997/SSV-NF 11/B10; 1998/SSV-NF 12/B4.

46) *Stöger*, Überlegungen 14.

47) IdS VfGH 2009/VfSlg 18.738, 18.821. Siehe *Kletter* in *Sonntag*, ASVG-Kommentar, § 338 Rz 2.

medizinischen Versorgung, deren Aufrechterhaltung vom VfGH wiederholt (zB im Zusammenhang mit Bedarfsprüfungsregelungen) als wesentliches öffentliches Interesse anerkannt worden sei.

Der Zusammenhang zwischen Honorierungssystem, Arztverhalten und Gesamtaufwand für Arzthonorare besitzt mE hohe gesundheitsökonomische Evidenz, sodass die in den Gesetzesmaterialien zum Ausdruck kommende Einschätzung und Rechtfertigung den dem Gesetzgeber eingeräumten Spielraum sicher nicht überschreitet. (In Deutschland werden weitaus härtere Maßnahmen zur Kostensteuerung von der Judikatur des BVerfG und des BSG als mit höherrangigem Recht vereinbar beurteilt. Die Vergütung bestimmt nur den Anteil des Kassenarztes am Gesamthonorar und sei so lange angemessen, als die Versorgung der Versicherten aufrechterhalten werde.[48])

4. Kriterien für die Honorarregelung und Abkehr von der Einzelleistungshonorierung

Das 4. SRÄG, BGBl I 2009/147, soll nach den Materialien[49] insb mit dem neuen § 342 Abs 2a ASVG die gesetzlichen Grundlagen im Vertragspartnerrecht zur Umsetzung jenes ausgabenseitigen Sanierungskonzeptes schaffen, das der Hauptverband mit den betroffenen „Systempartnern" (= Vertragspartnern) und den Gebietskrankenkassen (GKKen) vereinbart hat, und dessen Umsetzung Voraussetzung für eine vom Bund in Aussicht gestellte Verbesserung der Einnahmensituation der GKKen (Anm: aus Bundesmitteln[50]) ist. Die EB geben folgende Präzisierungen: Unter wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit des KV-Trägers (Z 2) ist das jeweilige positive oder negative Reinvermögen und der Bilanzgewinn/-verlust zu verstehen. Bei der allgemeinen Kostenentwicklung bei Vertragsärzten (Z 4) ist von einer durchschnittlichen Kostenentwicklung im ärztlichen Bereich und nicht von Kostenentwicklungen in einzelnen Arztpraxen auszugehen. Im Zusammenhang mit der vertragsärztlichen Hilfe (Z 6) stehen jedenfalls Folgekosten (iSd Abs 1 Z 4), etwa im Bereich Heil- oder Hilfsmittel, Heilbehelfe sowie Transportkosten. Die Kriterien stellen eine Richtschnur für die Gesamtvertragspartner dar und begründen *keinesfalls individuelle Ansprüche* von Einzelvertragspartnern. Das 4. SRÄG verstärkt damit den bislang nur als „Sollvorschrift" verankerten Grundsatz der Beitragsdeckung der ärztlichen und Folgekosten.

Das BG zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung, BGBl I 2010/61, hat den *Grundsatz der Vergütung nach Einzelleistungen ausdrücklich verlassen*: Die Vergütung ist entweder nach Einzelleistungen oder nach Pauschalmodellen zu vereinbaren. Diese Regelung bezieht sich sowohl auf Einzelpraxen als auch auf Gruppenpraxen. Für fachübergreifende Gruppenpraxen ist die Pauschalierung sogar zwingend. (Der Auftrag zur Gesamtausgabenbegrenzung unter Einrechnung der Kostenerstattungen blieb unverändert.) § 342a Abs 2 ASVG und die EB[51] präzisieren, dass unter Pauschalmodellen zB Fallpauschalen (etwa nach diagnosebezogenen Fallgruppen), Deckelungen, Kopfpauschalen zu verstehen sind. *Damit wurde den* (mE auch schon zuvor extrem systemwidrigen) *Diskussionsbeiträgen Schrammels und Krejcis sowie der BSK-E SSV-NF 7/A7 die zentrale Prämisse entzogen und das System wieder zu seinem Ursprung zurückgeführt.*

5. Schlussfolgerungen

Die Honorarregelung bestimmt lediglich den individuellen Anteil eines Vertragsarztes an der insgesamt zur Verfügung gestellten Honorarsumme; sie muss insgesamt angemessen und in einer Durchschnittsbetrachtung der Arztgruppe kostendeckend sein, nicht aber in Bezug auf die einzelne Leistung oder den einzelnen Fall. Eine ungedeckelte Einzelleistungshonorierung entspricht nicht den Vorstellungen des Gesetzgebers.

Die Frage, ob ein Gesamtvertrag eine abschließende, die Leistungsansprüche der Versicherten deckende Regelung enthält, ist durch die Interpretation seines gesamten Inhaltes (insb der dort definierten Behandlungspflichten) und grundsätzlich nicht anhand des Kataloges der Einzelleistungen zu beurteilen. Die bestehenden Gesamtverträge geben mE eine klare Antwort:

In § 10 Abs 2 Muster-Gesamtvertrag 1956 für Ärzte,[52] der in alle Gesamtverträge der KV-Träger übernommen wurde, lautet es: *„Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Die vertragsärztliche Behandlung hat in diesem Rahmen alle Leistungen zu umfassen, die auf Grund der ärztlichen Ausbildung und der dem Vertragsarzt zu Gebote stehenden Hilfsmittel sowie zweckmäßigerweise außerhalb einer stationären Krankenhausbehandlung durchgeführt werden können."* Wie in den Vorgängerregelungen sind im Muster-Gesamtvertrag 1956 die Fälle zulässiger Privathonorierung explizit geregelt (zB § 12 Abs 5; § 10 Abs 4 verbietet nur die Anwendung wissenschaftlich nicht erprobter Heilmethoden für Rechnung des KV-Trägers). Der Ärzte-Gesamtvertrag 1956 sah für die Zahnärzte eine Sonderregelung iS von punktuellen Abweichungen vom Ärzte-Gesamtvertrag vor. Abschlusspartnerin dieser Sonderregelung des Jahres 1956 war ebenfalls die Ärztekammer.[53] Die wesentliche Abweichung findet sich zu § 10 Abs 2 Muster-Gesamtvertrag. Für Zahnärzte gilt: *„Die Zahnbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein. Sie hat nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Vertrages und der Honorarordnung alle Leistungen zu umfassen, die auf Grund der*

48) *Wenner*, Das Vertragsarztrecht nach der Gesundheitsreform (2008) 235-261.

49) EB 476 BlgNR 24. GP; der AB gibt keinerlei weitere Aufschlüsse.

50) BGBl I 2009/52, Art 50, 51.

51) 779 BlgNR 24. GP 31 f.

52) Abgedruckt in *Dragaschnig/Souhrada*, Schiedskommissionen und Vertragspartnerrecht in der österreichischen Sozialversicherung (1983) 81.

53) Gem § 114 ZÄKG, BGBl I 2005/154, sind diese Gesamtverträge idF der Sonderregelung nunmehr auf die österr Zahnärztekammer übergegangen.

zahnärztlichen Ausbildung und der dem Vertragsarzt zu Gebote stehenden Hilfsmittel durchgeführt werden können."[54] Pkt 4 der allgemeinen Bestimmungen der Honorarordnung der Zahnärzte lautet: *„In der Honorarordnung nicht vorgesehene Leistungen sind nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Tätigkeit."* Eine solche Regelung gibt es in der Honorarordnung der Ärzte nicht. [55]

Aufgrund der historischen Identität der abschließenden Körperschaften ist aus der Textierung der Sonderregelung für Zahnärzte zu schließen, dass der Ärzte-Gesamtvertrag eine umfassende Leistungspflicht mit vollständiger Honorarregelung enthält.

Die Vertragsärzte sind aber nicht verpflichtet, völlig neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden anzubieten, die ihrer Art nach[56] überhaupt noch nicht Gegenstand der Honorarordnung sind, aber einen erheblichen Investitionsaufwand verursachen, solange dafür keine Honorarregelung erfolgt. In diesem Fall besteht die Verpflichtung, die Versicherten an Vertragspartner des KV-Trägers zuzuweisen, die diese Methode als Sachleistung anbieten.[57] Unzulässig wäre, anders als bei den Zahnärzten, die Privathonorierung (ausgenommen in den im Gesamtvertrag ausdrücklich geregelten Fällen).

Gelingt es nicht, den gesetzlichen Auftrag (§ 338 Abs 2), ein flächendeckendes (§ 342 Abs 1 Z 1) und die Leistungsansprüche der Versicherten deckendes Sachleistungsangebot im Rahmen der vom Gesetzgeber den KV-Trägern zur Verfügung gestellten Beitragsmittel (§ 342 Abs 2 und 2a) zu schaffen, ist das gesetzliche Vertragsmodell des Gesamtvertrages gescheitert, der Versorgungsauftrag, der sich an die KV-Träger (und nicht an die Vertragsärzte) richtet, aber nicht weggefallen. Die KV-Träger sind dann berechtigt, wenn nicht gar verpflichtet, andere vertragliche Wege zu gehen, um ihren Versorgungsauftrag möglichst umfassend zu erfüllen.[58]

54) Abgedruckt in *Dragaschnig/Souhrada*, aaO 201.

55) Die unterschiedliche Regelung trägt dem Umstand Rechnung, dass der Anspruch auf Zahnbehandlung und Zahnersatz (§ 153), anders als jener auf ärztliche Hilfe aus dem Versicherungsfall der Krankheit durch die Satzungsregelung eingeschränkt ist (siehe *Kletter*, Die höchstgerichtliche „Neuregelung", 44; *ders*, Die Neuregelung von Zahnbehandlung und Zahnersatz in der Mustersatzung 1994, SozSi 1995, 239).

56) Technische Innovationen betreffend eine Leistung, die ihrer Art nach bereits Gegenstand der Honorarregelung sind, machen aus ihr keine außervertragliche Leistung (BSK 2001/SSV-NF 15/A1; 2004/SSV-NF 18/A7).

57) IdS BSK 1998/SSV-NF 12/A7.

58) *Kletter,* Sachleistungsvorsorge 267.