

TE Bvwg Erkenntnis 2017/8/23 G305 2159676-1

JUSLINE Entscheidung

© Veröffentlicht am 23.08.2017

Entscheidungsdatum

23.08.2017

Norm

ASVG §367

ASVG §410

B-VG Art.133 Abs4

1. ASVG § 367 heute
2. ASVG § 367 gültig ab 01.01.2017 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 29/2017
3. ASVG § 367 gültig von 25.04.2014 bis 31.12.2016 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 2/2015
4. ASVG § 367 gültig von 25.04.2014 bis 31.12.2013 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 32/2014
5. ASVG § 367 gültig von 01.01.2014 bis 24.04.2014 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 2/2015
6. ASVG § 367 gültig von 01.01.2014 bis 31.12.2013 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 3/2013
7. ASVG § 367 gültig von 01.01.2011 bis 31.12.2013 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 111/2010
8. ASVG § 367 gültig von 01.07.2006 bis 31.12.2010 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 130/2006
9. ASVG § 367 gültig von 01.01.1992 bis 30.06.2006 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 676/1991
1. ASVG § 410 heute
2. ASVG § 410 gültig ab 01.01.2014 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 87/2013
3. ASVG § 410 gültig von 01.01.2005 bis 31.12.2013 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 142/2004
4. ASVG § 410 gültig von 01.08.1998 bis 31.12.2004 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 138/1998
5. ASVG § 410 gültig von 01.01.1973 bis 31.07.1998 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 31/1973
1. B-VG Art. 133 heute
2. B-VG Art. 133 gültig von 01.01.2019 bis 24.05.2018 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 138/2017
3. B-VG Art. 133 gültig ab 01.01.2019 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 22/2018
4. B-VG Art. 133 gültig von 25.05.2018 bis 31.12.2018 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 22/2018
5. B-VG Art. 133 gültig von 01.08.2014 bis 24.05.2018 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 164/2013
6. B-VG Art. 133 gültig von 01.01.2014 bis 31.07.2014 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 51/2012
7. B-VG Art. 133 gültig von 01.01.2004 bis 31.12.2013 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 100/2003
8. B-VG Art. 133 gültig von 01.01.1975 bis 31.12.2003 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 444/1974
9. B-VG Art. 133 gültig von 25.12.1946 bis 31.12.1974 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 211/1946
10. B-VG Art. 133 gültig von 19.12.1945 bis 24.12.1946 zuletzt geändert durch StGBI. Nr. 4/1945
11. B-VG Art. 133 gültig von 03.01.1930 bis 30.06.1934

Spruch

G305 2159676-1/7E

IM NAMEN DER REPUBLIK!

Das Bundesverwaltungsgericht hat durch den Richter Mag. Dr. Ernst MAIER, MAS als Einzelrichter über den Vorlageantrag des XXXX, geb. XXXX, vertreten durch XXXX, gegen die Beschwerdeentscheidung der XXXX Gebietskrankenkasse vom XXXX, Zl. XXXX, nach Durchführung einer mündlichen Verhandlung zu Recht erkannt: Das Bundesverwaltungsgericht hat durch den Richter Mag. Dr. Ernst MAIER, MAS als Einzelrichter über den Vorlageantrag des römisch 40, geb. römisch 40, vertreten durch römisch 40, gegen die Beschwerdeentscheidung der römisch 40 Gebietskrankenkasse vom römisch 40, Zl. römisch 40, nach Durchführung einer mündlichen Verhandlung zu Recht erkannt:

A)

Die Beschwerde wird als unbegründet abgewiesen und die Beschwerdeentscheidung bestätigt.

B)

Die Revision ist gemäß Art 133 Abs. 4 B-VG nicht zulässig Die Revision ist gemäß Artikel 133, Absatz 4, B-VG nicht zulässig.

Text

ENTSCHEIDUNGSGRÜNDE:

I. Verfahrensgang: römisch eins. Verfahrensgang:

1. Erstverfahren:

1.1. Mit Bescheid vom XXXX, Zl. XXXX, sprach die XXXX Gebietskrankenkasse (in der Folge: belangte Behörde oder kurz: XXXXGKK) aus, dass der auf die Kostenerstattung für den stationären Aufenthalt im "XXXX" Krankenhaus (in der Folge so oder: Krankenhaus) vom XXXX bis XXXX gerichtete Antrag des XXXX, VSNR: XXXX (in der Folge: Beschwerdeführer oder kurz: BF), zurückgewiesen werde. 1.1. Mit Bescheid vom römisch 40, Zl. römisch 40, sprach die römisch 40 Gebietskrankenkasse (in der Folge: belangte Behörde oder kurz: XXXXGKK) aus, dass der auf die Kostenerstattung für den stationären Aufenthalt im "XXXX" Krankenhaus (in der Folge so oder: Krankenhaus) vom römisch 40 bis römisch 40 gerichtete Antrag des römisch 40, VSNR: römisch 40 (in der Folge: Beschwerdeführer oder kurz: BF), zurückgewiesen werde.

Begründend führte die belangte Behörde im Wesentlichen kurz zusammengefasst aus, dass der BF im Rahmen eines urlaubsbedingten Aufenthaltes in HURGHADA, Ägypten, auf Grund eines Leistenbruchs im Krankenhaus "XXXX" vom 19.12.2015 bis 21.12.2015 stationär behandelt worden sei. Für den stationären Aufenthalt inklusive sonstiger im Zuge dessen erbrachter Leistungen (Medikation, ärztliche Hilfe) sei ihm eine Rechnung über EUR XXXX ausgestellt worden. Die XXXX (in der Folge: Versicherung AG) habe dem BF mit Schreiben vom XXXX bekannt gegeben, dass ein Betrag von EUR XXXX an das "XXXX" überwiesen worden sei. Es sei nicht nachvollziehbar, wie sich dieser Betrag zusammensetze bzw. wer diesen Betrag an das Krankenhaus geleistet habe. Unter Bezugnahme auf die Bestimmung des § 367 Abs. 1 Z 1 ASVG heißt es weiter, dass ein die Sache meritorisch erledigender Bescheid nur unter der Voraussetzung zu erlassen sei, dass eine (bestimmte) Leistung beantragt und vom Sozialversicherungsträger abgelehnt werde. Ein solcher Fall liege hier gerade nicht vor, zumal der BF - generelle, betragsmäßig jedoch nicht konkretisierte - Kostenerstattung für seinen stationären Krankenhausaufenthalt beantragt habe und diesem Antrag durch Leistung des Pflegekostenzuschusses im August 2016 bereits stattgegeben worden sei. Auch sei eine nur teilweise Ablehnung des Antrages im Hinblick auf das gestellte Begehren "auf Kostenerstattung" nicht erfolgt. Begründend führte die belangte Behörde im Wesentlichen kurz zusammengefasst aus, dass der BF im Rahmen eines urlaubsbedingten Aufenthaltes in HURGHADA, Ägypten, auf Grund eines Leistenbruchs im Krankenhaus "XXXX" vom 19.12.2015 bis 21.12.2015 stationär behandelt worden sei. Für den stationären Aufenthalt inklusive sonstiger im Zuge dessen erbrachter Leistungen (Medikation, ärztliche Hilfe) sei ihm eine Rechnung über EUR römisch 40 ausgestellt worden. Die römisch 40 (in der Folge: Versicherung AG) habe dem BF mit Schreiben vom römisch 40 bekannt gegeben, dass ein Betrag von EUR römisch 40 an das "XXXX" überwiesen worden sei. Es sei nicht nachvollziehbar, wie sich dieser Betrag zusammensetze bzw. wer diesen Betrag an das Krankenhaus geleistet habe. Unter Bezugnahme auf die Bestimmung des Paragraph

367, Absatz eins, Ziffer eins, ASVG heißt es weiter, dass ein die Sache meritorisch erledigender Bescheid nur unter der Voraussetzung zu erlassen sei, dass eine (bestimmte) Leistung beantragt und vom Sozialversicherungsträger abgelehnt werde. Ein solcher Fall liege hier gerade nicht vor, zumal der BF - generelle, betragsmäßig jedoch nicht konkretisierte - Kostenerstattung für seinen stationären Krankenhausaufenthalt beantragt habe und diesem Antrag durch Leistung des Pflegekostenzuschusses im August 2016 bereits stattgegeben worden sei. Auch sei eine nur teilweise Ablehnung des Antrages im Hinblick auf das gestellte Begehren "auf Kostenerstattung" nicht erfolgt.

1.2. Gegen diesen Bescheid erhob der BF am XXXX Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht, stützte diese auf die Beschwerdegründe "Verletzung von Verfahrensvorschriften" und "inhaltliche Rechtswidrigkeit" und führte weiter aus, dass er sich durch den angefochtenen Bescheid in seinem einfachgesetzlich gewährleisteten "Recht auf Ausstellung eines Bescheides hinsichtlich seines Antrags auf Kostenerstattung für den stationären Aufenthalt" im Krankenhaus in Ägypten vom XXXX bis XXXX verletzt erachte. Seine Beschwerde verband er mit den Anträgen auf Durchführung einer mündlichen Verhandlung und auf Aufhebung des angefochtenen Bescheides und Zurückverweisung der Verwaltungssache zur Verfahrensergänzung. 1.2. Gegen diesen Bescheid erhob der BF am römisch 40 Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht, stützte diese auf die Beschwerdegründe "Verletzung von Verfahrensvorschriften" und "inhaltliche Rechtswidrigkeit" und führte weiter aus, dass er sich durch den angefochtenen Bescheid in seinem einfachgesetzlich gewährleisteten "Recht auf Ausstellung eines Bescheides hinsichtlich seines Antrags auf Kostenerstattung für den stationären Aufenthalt" im Krankenhaus in Ägypten vom römisch 40 bis römisch 40 verletzt erachte. Seine Beschwerde verband er mit den Anträgen auf Durchführung einer mündlichen Verhandlung und auf Aufhebung des angefochtenen Bescheides und Zurückverweisung der Verwaltungssache zur Verfahrensergänzung.

Begründend führte er im Wesentlichen zusammengefasst aus, dass die Versicherung AG, die sämtliche Kosten für seine Krankenbehandlung im Ausland bezahlt habe und von ihm mit der Antragstellung bevollmächtigt wurde, unter seiner Beteiligung mit Anbringen vom XXXX die Kostenerstattung für die Auslandsrankenbehandlung in Höhe der österreichischen Vertragstarife beantragt habe. Mit Anbringen vom XXXX habe er sodann die Ausstellung eines Bescheides auf Kostenerstattung für die Krankenbehandlung im Ausland beantragt. Mit dem nunmehr angefochtenen Bescheid habe die belangte Behörde seinen Antrag zurückgewiesen. Die Begründung der belangten Behörde sei allerdings unrichtig und sei die erfolgte Zurückweisung rechtswidrig. Schon aus den Ausführungen im angefochtenen Bescheid gehe implizit hervor, dass zumindest eine Teilablehnung erfolgt sei, zumal der bezahlte Betrag von EUR XXXX von der Behörde nicht nachvollzogen werden könne. Es sei daher davon auszugehen, dass auf dieser Grundlage auch keine Kostenerstattung erfolgt sei, weshalb eine (Teil-)Ablehnung im Sinne des § 367 Abs. 1 Z 2 ASVG vorliege. Da nur eine Kostenerstattung hinsichtlich eines Betrages von EUR XXXX erfolgt sei, liege ebenfalls eine (Teil-)Ablehnung im Sinne der oben genannten Bestimmung vor. Für den dreitägigen stationären Aufenthalt im ausländischen Krankenhaus gebühre dem BF ein "Pflegekostenzuschuss" in Höhe von EUR XXXX. Dagegen habe die belangte Behörde lediglich einen Betrag in Höhe von EUR XXXX erstattet. Daraus folge, dass die belangte Behörde die Gewährung eines Pflegekostenzuschusses für einen weiteren (dritten) Tag abgelehnt habe. Wenn die belangte Behörde eine Leistung mittels Realakts (= Überweisung eines geringeren als tatsächlich zustehenden Betrages) anstelle von Schriftlichkeit abgelehnt habe, so liege dennoch eine Ablehnung im Sinne des § 367 Abs. 1 Z 2 ASVG vor. Die belangte Behörde könne sich nicht durch Abstandnahme von der schriftlichen Ablehnung ihrer Pflicht zur Ausstellung eines Bescheides entziehen. Hingewiesen wurde weiter darauf, dass die bescheidmäßige Entscheidung in den meisten Fällen auch Voraussetzung für die Eröffnung des gerichtlichen Klageweges sei. Begründend führte er im Wesentlichen zusammengefasst aus, dass die Versicherung AG, die sämtliche Kosten für seine Krankenbehandlung im Ausland bezahlt habe und von ihm mit der Antragstellung bevollmächtigt wurde, unter seiner Beteiligung mit Anbringen vom römisch 40 die Kostenerstattung für die Auslandsrankenbehandlung in Höhe der österreichischen Vertragstarife beantragt habe. Mit Anbringen vom römisch 40 habe er sodann die Ausstellung eines Bescheides auf Kostenerstattung für die Krankenbehandlung im Ausland beantragt. Mit dem nunmehr angefochtenen Bescheid habe die belangte Behörde seinen Antrag zurückgewiesen. Die Begründung der belangten Behörde sei allerdings unrichtig und sei die erfolgte Zurückweisung rechtswidrig. Schon aus den Ausführungen im angefochtenen Bescheid gehe implizit hervor, dass zumindest eine Teilablehnung erfolgt sei, zumal der bezahlte Betrag von EUR römisch 40 von der Behörde nicht nachvollzogen werden könne. Es sei daher davon auszugehen, dass auf dieser Grundlage auch keine Kostenerstattung erfolgt sei, weshalb eine (Teil-)Ablehnung im Sinne des Paragraph 367, Absatz eins, Ziffer 2, ASVG vorliege. Da nur eine Kostenerstattung hinsichtlich eines Betrages von EUR römisch 40 erfolgt sei, liege ebenfalls eine (Teil-)Ablehnung im Sinne der oben genannten Bestimmung vor. Für den dreitägigen stationären Aufenthalt im ausländischen

Krankenhaus gebühre dem BF ein "Pflegekostenzuschuss" in Höhe von EUR römisch 40 . Dagegen habe die belangte Behörde lediglich einen Betrag in Höhe von EUR römisch 40 erstattet. Daraus folge, dass die belangte Behörde die Gewährung eines Pflegekostenzuschusses für einen weiteren (dritten) Tag abgelehnt habe. Wenn die belangte Behörde eine Leistung mittels Realakts (= Überweisung eines geringeren als tatsächlich zustehenden Betrages) anstelle von Schriftlichkeit abgelehnt habe, so liege dennoch eine Ablehnung im Sinne des Paragraph 367, Absatz eins, Ziffer 2, ASVG vor. Die belangte Behörde könne sich nicht durch Abstandnahme von der schriftlichen Ablehnung ihrer Pflicht zur Ausstellung eines Bescheides entziehen. Hingewiesen wurde weiter darauf, dass die bescheidmäßige Entscheidung in den meisten Fällen auch Voraussetzung für die Eröffnung des gerichtlichen Klageweges sei.

1.3. Mit Beschwerdeverentscheidung vom XXXX, Zl. XXXX, wies die belangte Behörde die gegen den Bescheid vom XXXX gerichtete Beschwerde des BF als unbegründet ab und führte in der Bescheidebegründung im Wesentlichen kurz zusammengefasst aus, dass das Vorbringen des BF, wonach eine (implizite) Teilablehnung der Kostenerstattung erfolgt sei, unrichtig sei. Konkret habe dieser (richtigerweise) die "Kostenerstattung in Höhe der österreichischen Vertragstarife" beantragt. Eine Kostenerstattung in Höhe des tatsächlichen Rechnungsbetrages von EUR XXXX sei mit Antrag vom XXXX nicht begehrt worden und könne folglich nicht von einer Teilablehnung hinsichtlich des den geleisteten Kostenerstattungsbetrages von EUR XXXX übersteigenden Betrages gesprochen werden. Die gesetzliche Krankenversicherung ersetze lediglich einen gewissen Prozentsatz der Echkosten. Mit Anbringen vom XXXX habe der BF schließlich die Erlassung eines Bescheides mit der Begründung begehrt, die Kostenerstattung sei "mangels Bearbeitung des diesbezüglichen Antrages" nicht erfolgt, nicht jedoch mit der Begründung, dass die tatsächlich geleistete Kostenerstattung zu niedrig sei. Der BF habe sich vielmehr auf die österreichischen Kostenerstattungstarife entsprechend der §§ 131 bzw. 150 ASVG berufen. Im Zusammenhang mit der Antragstellung vom XXXX habe er jedoch übersehen, dass am XXXX bereits Kostenerstattung geleistet wurde. Im Hinblick auf die vom Begehren her eindeutigen Anträge vom XXXX und XXXX auf Kostenerstattung in Höhe der österreichischen Vertragstarife könne der BF nicht geltend machen, dass eine über die Höhe der geleisteten Kostenerstattung hinausgehende Kostenerstattung beantragt worden sei und diesbezüglich eine allenfalls implizite Teilablehnung erfolgt sei. Begehre er eine höhere, als die geleistete Kostenerstattung und darüber einen Bescheid, müsse ein neuer Antrag gestellt werden.

1.3. Mit Beschwerdeverentscheidung vom römisch 40 , Zl. römisch 40 , wies die belangte Behörde die gegen den Bescheid vom römisch 40 gerichtete Beschwerde des BF als unbegründet ab und führte in der Bescheidebegründung im Wesentlichen kurz zusammengefasst aus, dass das Vorbringen des BF, wonach eine (implizite) Teilablehnung der Kostenerstattung erfolgt sei, unrichtig sei. Konkret habe dieser (richtigerweise) die "Kostenerstattung in Höhe der österreichischen Vertragstarife" beantragt. Eine Kostenerstattung in Höhe des tatsächlichen Rechnungsbetrages von EUR römisch 40 sei mit Antrag vom römisch 40 nicht begehrt worden und könne folglich nicht von einer Teilablehnung hinsichtlich des den geleisteten Kostenerstattungsbetrages von EUR römisch 40 übersteigenden Betrages gesprochen werden. Die gesetzliche Krankenversicherung ersetze lediglich einen gewissen Prozentsatz der Echkosten. Mit Anbringen vom römisch 40 habe der BF schließlich die Erlassung eines Bescheides mit der Begründung begehrt, die Kostenerstattung sei "mangels Bearbeitung des diesbezüglichen Antrages" nicht erfolgt, nicht jedoch mit der Begründung, dass die tatsächlich geleistete Kostenerstattung zu niedrig sei. Der BF habe sich vielmehr auf die österreichischen Kostenerstattungstarife entsprechend der Paragraphen 131, bzw. 150 ASVG berufen. Im Zusammenhang mit der Antragstellung vom römisch 40 habe er jedoch übersehen, dass am römisch 40 bereits Kostenerstattung geleistet wurde. Im Hinblick auf die vom Begehren her eindeutigen Anträge vom römisch 40 und römisch 40 auf Kostenerstattung in Höhe der österreichischen Vertragstarife könne der BF nicht geltend machen, dass eine über die Höhe der geleisteten Kostenerstattung hinausgehende Kostenerstattung beantragt worden sei und diesbezüglich eine allenfalls implizite Teilablehnung erfolgt sei. Begehre er eine höhere, als die geleistete Kostenerstattung und darüber einen Bescheid, müsse ein neuer Antrag gestellt werden.

1.4. Gegen diesen Bescheid richtete sich der (begründet ausgeführte) Vorlageantrag des BF vom XXXX, den er mit dem Begehren verband, seine gegen den Bescheid der belangten Behörde vom XXXX gerichtete Beschwerde dem Bundesverwaltungsgericht vorzulegen.

1.4. Gegen diesen Bescheid richtete sich der (begründet ausgeführte) Vorlageantrag des BF vom römisch 40 , den er mit dem Begehren verband, seine gegen den Bescheid der belangten Behörde vom römisch 40 gerichtete Beschwerde dem Bundesverwaltungsgericht vorzulegen.

Begründend führte er zusammengefasst aus, dass nicht von der Hand zu weisen sei, dass die belangte Behörde unter dem Deckmantel einer formellen Entscheidung, nämlich, dass sein Antrag auf Erlassung eines Bescheides nicht

zulässig sei, tatsächlich eine meritorische Entscheidung getroffen habe. Mit den Ausführungen der belangten Behörde im angefochtenen Bescheid vom XXXX "Herrn XXXX gebührt daher für den zweitägigen stationären Aufenthalt im ,XXXX' ein Pflegekostenzuschuss in Höhe von EUR XXXX. Dieser Betrag wurde Herrn XXXX von der XXXX Gebietskrankenkasse bereits am XXXX angewiesen und damit schuldbefreiend geleistet." habe diese in Wahrheit inhaltlich über den Anspruch des BF abgesprochen. Wenn - wie hier - die Kostenerstattung in Höhe der österreichischen Vertragstarife beantragt werde und die belangte Behörde überweise anstatt dem für drei Tage gebührenden Pflegekostenzuschuss von EUR XXXX lediglich EUR XXXX, so habe die Behörde über Verlangen des Versicherungsnehmers auch einen diesbezüglichen Bescheid auszustellen, zumal die bescheidmäßige Entscheidung in den meisten Fällen auch Voraussetzung für die Eröffnung des gerichtlichen Klageweges sei. Im parallel geführten ordentlichen Gerichtsverfahren sei seine gegen den hier angefochtenen Bescheid vom XXXX, Zl. XXXX eingereichte Klage wegen "Unzulässigkeit des Rechtsweges" zurückgewiesen worden. De facto werde ihm nun der Rechtsschutz verwehrt und verkenne die belangte Behörde, dass ein Antrag auf Ausstellung eines Bescheides gemäß § 367 ASVG keiner Begründung bedarf. Begründend führte er zusammengefasst aus, dass nicht von der Hand zu weisen sei, dass die belangte Behörde unter dem Deckmantel einer formellen Entscheidung, nämlich, dass sein Antrag auf Erlassung eines Bescheides nicht zulässig sei, tatsächlich eine meritorische Entscheidung getroffen habe. Mit den Ausführungen der belangten Behörde im angefochtenen Bescheid vom römisch 40 "Herrn römisch 40 gebührt daher für den zweitägigen stationären Aufenthalt im ,XXXX' ein Pflegekostenzuschuss in Höhe von EUR römisch 40 . Dieser Betrag wurde Herrn römisch 40 von der römisch 40 Gebietskrankenkasse bereits am römisch 40 angewiesen und damit schuldbefreiend geleistet." habe diese in Wahrheit inhaltlich über den Anspruch des BF abgesprochen. Wenn - wie hier - die Kostenerstattung in Höhe der österreichischen Vertragstarife beantragt werde und die belangte Behörde überweise anstatt dem für drei Tage gebührenden Pflegekostenzuschuss von EUR römisch 40 lediglich EUR römisch 40 , so habe die Behörde über Verlangen des Versicherungsnehmers auch einen diesbezüglichen Bescheid auszustellen, zumal die bescheidmäßige Entscheidung in den meisten Fällen auch Voraussetzung für die Eröffnung des gerichtlichen Klageweges sei. Im parallel geführten ordentlichen Gerichtsverfahren sei seine gegen den hier angefochtenen Bescheid vom römisch 40 , Zl. römisch 40 eingereichte Klage wegen "Unzulässigkeit des Rechtsweges" zurückgewiesen worden. De facto werde ihm nun der Rechtsschutz verwehrt und verkenne die belangte Behörde, dass ein Antrag auf Ausstellung eines Bescheides gemäß Paragraph 367, ASVG keiner Begründung bedarf.

1.5. Mit Schreiben vom XXXX legte die belangte Behörde auf Grund des Vorlageantrages des BF dessen gegen den oben näher bezeichneten Erstbescheid gerichtete Beschwerde und die Bezug habenden Akten des Verwaltungsverfahrens dem Bundesverwaltungsgericht vor. 1.5. Mit Schreiben vom römisch 40 legte die belangte Behörde auf Grund des Vorlageantrages des BF dessen gegen den oben näher bezeichneten Erstbescheid gerichtete Beschwerde und die Bezug habenden Akten des Verwaltungsverfahrens dem Bundesverwaltungsgericht vor.

Hier wurde die Beschwerdesache der Gerichtsabteilung G305 zur Erledigung zugeteilt.

1.6. Am XXXX wurde vor dem erkennenden Bundesverwaltungsgericht eine mündliche Verhandlung durchgeführt. 1.6. Am römisch 40 wurde vor dem erkennenden Bundesverwaltungsgericht eine mündliche Verhandlung durchgeführt.

2. Zweitverfahren:

2.1. Mit einem weiteren, ebenfalls zum XXXX datierten Bescheid, Zl. XXXX, wies die belangte Behörde den auf die Kostenerstattung gerichteten Antrag der Versicherung AG zurück. 2.1. Mit einem weiteren, ebenfalls zum römisch 40 datierten Bescheid, Zl. römisch 40 , wies die belangte Behörde den auf die Kostenerstattung gerichteten Antrag der Versicherung AG zurück.

Begründend führte die belangte Behörde im Kern aus, dass der Anspruchswerber oder dessen gesetzlicher Vertreter zur Stellung eines Antrages nach § 367 Abs. 1 (auf Feststellung der Leistungsansprüche in der Krankenversicherung) berechtigt seien. Anspruchswerber seien ausschließlich der Versicherte bzw. (unter bestimmten Voraussetzung) auch dessen Angehörige. Da die Versicherung AG weder Versicherter, noch antragsberechtigter Angehöriger sei, bestehe weder dem Grunde nach ein Anspruch auf Kostenerstattung, noch ein Antragsrecht auf Ausstellung eines die Sache meritorisch erledigenden Bescheides. Begründend führte die belangte Behörde im Kern aus, dass der Anspruchswerber oder dessen gesetzlicher Vertreter zur Stellung eines Antrages nach Paragraph 367, Absatz eins, (auf Feststellung der Leistungsansprüche in der Krankenversicherung) berechtigt seien. Anspruchswerber seien

ausschließlich der Versicherte bzw. (unter bestimmten Voraussetzung) auch dessen Angehörige. Da die Versicherung AG weder Versicherter, noch antragsberechtigter Angehöriger sei, bestehe weder dem Grunde nach ein Anspruch auf Kostenerstattung, noch ein Antragsrecht auf Ausstellung eines die Sache meritorisch erledigenden Bescheides.

2.2. Gegen diesen Bescheid wurde kein Rechtsmittel erhoben, sodass dieser in Rechtskraft erwuchs und daher nicht den Gegenstand dieses Beschwerdeverfahrens bildet.

II. Das Bundesverwaltungsgericht hat erwogen: Das Bundesverwaltungsgericht hat erwogen:

1. Feststellungen:

1. Es steht fest, dass der BF während seines urlaubsbedingten Aufenthaltes in Hurghada (Ägypten) auf Grund starker Schmerzen im Unterbauch am XXXX, um XXXX Uhr im Krankenhaus "XXXX" stationär aufgenommen wurde. Noch am selben Tag, um XXXX Uhr wurde er zur Durchführung eines operativen Eingriffs in den Operationssaal des genannten Krankenhauses verlegt. Nach erfolgter Entfernung einer chronisch entzündeten Hernie wurde er am XXXX, um XXXX Uhr, in den Aufwachraum verlegt. Anschließend an den operativen Eingriff folgte eine postoperative - stationäre - Nachbehandlung und wurde der Beschwerdeführer am XXXX aus der stationären Krankenhausbehandlung entlassen.
1. Es steht fest, dass der BF während seines urlaubsbedingten Aufenthaltes in Hurghada (Ägypten) auf Grund starker Schmerzen im Unterbauch am römisch 40, um römisch 40 Uhr im Krankenhaus "XXXX" stationär aufgenommen wurde. Noch am selben Tag, um römisch 40 Uhr wurde er zur Durchführung eines operativen Eingriffs in den Operationssaal des genannten Krankenhauses verlegt. Nach erfolgter Entfernung einer chronisch entzündeten Hernie wurde er am römisch 40, um römisch 40 Uhr, in den Aufwachraum verlegt. Anschließend an den operativen Eingriff folgte eine postoperative - stationäre - Nachbehandlung und wurde der Beschwerdeführer am römisch 40 aus der stationären Krankenhausbehandlung entlassen.

Es steht weiter fest, dass dem BF für den stationären Aufenthalt im Krankenhaus "XXXX" inklusive sonstiger im Zuge dessen erbrachten Leistungen (Medikation, ärztliche Hilfe) eine Faktura über einen Betrag von EUR XXXX ausgefolgt wurde. Es steht weiter fest, dass dem BF für den stationären Aufenthalt im Krankenhaus "XXXX" inklusive sonstiger im Zuge dessen erbrachten Leistungen (Medikation, ärztliche Hilfe) eine Faktura über einen Betrag von EUR römisch 40 ausgefolgt wurde.

Auch steht fest, dass die XXXX (im Folgenden: Versicherung AG) dem BF mit Schreiben vom 15.02.2016 mitteilte, einen Rechnungsbetrag in Höhe von EUR XXXX an das Reisebüro XXXX für Behandlungskosten im "XXXX" im Zeitraum XXXX bis XXXX überwiesen zu haben. Auch steht fest, dass die römisch 40 (im Folgenden: Versicherung AG) dem BF mit Schreiben vom 15.02.2016 mitteilte, einen Rechnungsbetrag in Höhe von EUR römisch 40 an das Reisebüro römisch 40 für Behandlungskosten im "XXXX" im Zeitraum römisch 40 bis römisch 40 überwiesen zu haben.

2. Mit an die belangte Behörde gerichtetem Schriftsatz vom XXXX beantragte die Versicherung AG unter Hinzutritt des Beschwerdeführers die Erstattung der Pflegekosten "in Höhe der österreichischen Vertragstarife".
2. Mit an die belangte Behörde gerichtetem Schriftsatz vom römisch 40 beantragte die Versicherung AG unter Hinzutritt des Beschwerdeführers die Erstattung der Pflegekosten "in Höhe der österreichischen Vertragstarife".

Der Kostenerstattungsantrag weist nachstehenden, auszugsweise wörtlich wiedergegebenen Wortlaut auf:

"[...] Wir ersuchen, die Kostenerstattung in Höhe der österreichischen Vertragstarife auf das Kanzleikonto Nummer XXXX bei der Bankhaus XXXX, lautend auf XXXX zur Anweisung zu bringen sowie sämtliche Korrespondenz über unsere Kanzlei zu führen. [...]"
" [...] Wir ersuchen, die Kostenerstattung in Höhe der österreichischen Vertragstarife auf das Kanzleikonto Nummer römisch 40 bei der Bankhaus römisch 40, lautend auf römisch 40 zur Anweisung zu bringen sowie sämtliche Korrespondenz über unsere Kanzlei zu führen. [...]"

Mit dem Kostenerstattungsantrag war jedoch kein konkretes Begehren auf Ersatz eines konkreten Betrages verbunden. Darin wurde weder explizit angeführt, welche der in der Aufgliederung der Kosten des "XXXX" Krankenhauses in Ägypten angeführten Positionen für die Kostenerstattung begehrt werden, noch dass eine Erstattung aller in der Aufgliederung angeführten Positionen begehrt wird.

Dem Kostenerstattungsantrag war ein Urkundenkonvolut angefügt, der insbesondere eine Rechnung der RXXXX vom XXXX und einer darin enthaltenen Abrechnung von Auslagen für eine Stationäre Heilbehandlung in Höhe von EUR XXXX, eine Darstellung des Krankenhauses über von ihm erbrachte Leistungen und eine Aufgliederung der Kosten des Krankenhauses über einen Gesamtbetrag von EUR XXXX enthielt. Dem Kostenerstattungsantrag war ein

Urkundenkonvolut angefügt, der insbesondere eine Rechnung der RXXX vom römisch 40 und einer darin enthaltenen Abrechnung von Auslagen für eine Stationäre Heilbehandlung in Höhe von EUR römisch 40 , eine Darstellung des Krankenhauses über von ihm erbrachte Leistungen und eine Aufgliederung der Kosten des Krankenhauses über einen Gesamtbetrag von EUR römisch 40 enthielt.

3. Die belangte Behörde überwies dem BF am XXXX für zwei Pflagetage einen Betrag in Höhe von EUR XXXX (Pflegekostenzuschuss in Höhe von EUR XXXX pro Tag der stationären Behandlung in einer Krankenanstalt gemäß § 38 Abs. 1 Z 1 der Satzung 2011 der XXXX Gebietskrankenkasse idF. der amtlichen Verlautbarung im Internet Nr.: 195/2014 vom 11.12.2014).3. Die belangte Behörde überwies dem BF am römisch 40 für zwei Pflagetage einen Betrag in Höhe von EUR römisch 40 (Pflegekostenzuschuss in Höhe von EUR römisch 40 pro Tag der stationären Behandlung in einer Krankenanstalt gemäß Paragraph 38, Absatz eins, Ziffer eins, der Satzung 2011 der römisch 40 Gebietskrankenkasse in der Fassung der amtlichen Verlautbarung im Internet Nr.: 195 aus 2014, vom 11.12.2014).

4. Mit Schriftsatz vom XXXX beehrten die Versicherung AG und der BF die Erlassung eines Bescheides und begründeten dies im Wesentlichen zusammengefasst damit, dass die beantragte Kostenerstattung mangels Bearbeitung des diesbezüglichen Antrages nicht erfolgt sei.4. Mit Schriftsatz vom römisch 40 beehrten die Versicherung AG und der BF die Erlassung eines Bescheides und begründeten dies im Wesentlichen zusammengefasst damit, dass die beantragte Kostenerstattung mangels Bearbeitung des diesbezüglichen Antrages nicht erfolgt sei.

5. Über diesen Antrag vom XXXX erging der Bescheid vom XXXX, Zl. XXXX, auf Grund dessen die belangte Behörde den Kostenerstattungsantrag des Beschwerdeführers für den stationären Aufenthalt im "XXXX" Krankenhaus im Zeitraum XXXX bis XXXX zurückwies.5. Über diesen Antrag vom römisch 40 erging der Bescheid vom römisch 40 , Zl. römisch 40 , auf Grund dessen die belangte Behörde den Kostenerstattungsantrag des Beschwerdeführers für den stationären Aufenthalt im "XXXX" Krankenhaus im Zeitraum römisch 40 bis römisch 40 zurückwies.

Den Bescheid begründete die belangte Behörde im Kern damit, dass dem Beschwerdeführer für den zweitägigen Aufenthalt im "XXXX" ein Pflegekostenzuschuss in Höhe von EUR XXXX gebühre und dieser Betrag am XXXX angewiesen und damit schuldbefreiend geleistet worden sei, weshalb die Voraussetzungen des § 367 Abs. 1 Z 2 ASVG nicht vorliegen würden.Den Bescheid begründete die belangte Behörde im Kern damit, dass dem Beschwerdeführer für den zweitägigen Aufenthalt im "XXXX" ein Pflegekostenzuschuss in Höhe von EUR römisch 40 gebühre und dieser Betrag am römisch 40 angewiesen und damit schuldbefreiend geleistet worden sei, weshalb die Voraussetzungen des Paragraph 367, Absatz eins, Ziffer 2, ASVG nicht vorliegen würden.

6. Mit einem weiteren, ebenfalls zum XXXX datierten, an die Versicherung AG gerichteten Bescheid, Zl. XXXX, wies die belangte Behörde den Kostenerstattungsantrag der Versicherung AG für den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers im "XXXX" Krankenhaus im Zeitraum XXXX bis XXXX mit der Begründung zurück, dass die Versicherung AG weder Versicherter, noch antragsberechtigter Angehöriger sei, weshalb ein Anspruch auf Kostenerstattung bzw. ein Antragsrecht auf Ausstellung eines die Sache meritorisch erledigenden Bescheides nicht bestehe und daher auch die Voraussetzungen des § 367 Abs. 1 Z 2 ASVG nicht vorlägen.6. Mit einem weiteren, ebenfalls zum römisch 40 datierten, an die Versicherung AG gerichteten Bescheid, Zl. römisch 40 , wies die belangte Behörde den Kostenerstattungsantrag der Versicherung AG für den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers im "XXXX" Krankenhaus im Zeitraum römisch 40 bis römisch 40 mit der Begründung zurück, dass die Versicherung AG weder Versicherter, noch antragsberechtigter Angehöriger sei, weshalb ein Anspruch auf Kostenerstattung bzw. ein Antragsrecht auf Ausstellung eines die Sache meritorisch erledigenden Bescheides nicht bestehe und daher auch die Voraussetzungen des Paragraph 367, Absatz eins, Ziffer 2, ASVG nicht vorlägen.

Dieser Bescheid blieb unbekämpft und erwuchs daher in Rechtskraft.

7. Der Beschwerdeführer brachte darüber hinaus wegen des gegen ihn erlassenen Bescheides vom XXXX, Zl. XXXX, Klage gegen die belangte Behörde beim Landesgericht XXXX als Arbeits- und Sozialgericht ein.7. Der Beschwerdeführer brachte darüber hinaus wegen des gegen ihn erlassenen Bescheides vom römisch 40 , Zl. römisch 40 , Klage gegen die belangte Behörde beim Landesgericht römisch 40 als Arbeits- und Sozialgericht ein.

Mit Beschluss vom XXXX, Zl. XXXX, wies das Landesgericht XXXX die Klage des Beschwerdeführers wegen Unzulässigkeit des Rechtsweges zurück und begründete dies unter Berufung auf die höchstgerichtliche Rechtsprechung im Wesentlichen kurz zusammengefasst damit, dass das Arbeits- und Sozialgericht in einer Leistungssache nur angerufen werden könne, wenn es sich bei dem mit der Klage angefochtenen Bescheid um eine Sachentscheidung handle. Eine

Sachentscheidung liege im vorliegenden Fall nicht vor. Mit Beschluss vom römisch 40, Zl. römisch 40, wies das Landesgericht römisch 40 die Klage des Beschwerdeführers wegen Unzulässigkeit des Rechtsweges zurück und begründete dies unter Berufung auf die höchstgerichtliche Rechtsprechung im Wesentlichen kurz zusammengefasst damit, dass das Arbeits- und Sozialgericht in einer Leistungssache nur angerufen werden könne, wenn es sich bei dem mit der Klage angefochtenen Bescheid um eine Sachentscheidung handle. Eine Sachentscheidung liege im vorliegenden Fall nicht vor.

Dem gegen diesen Beschluss des Landesgerichtes XXXX erhobenen Rekurs gab das Oberlandesgericht XXXX mit Beschluss vom XXXX, Zl. XXXX, keine Folge und führte - wie schon das Erstgericht - in der Begründung im Kern aus, dass jede Klage einen Bescheid des Versicherungsträgers voraussetze, der eine Sachentscheidung enthalten müsse. Das Fehlen einer meritorischen Entscheidung des Versicherungsträgers schließe eine Überprüfung durch das Gericht im Rahmen der sukzessiven Kompetenz aus. Eine bloße Formalentscheidung erfülle die Voraussetzung einer Entscheidung des Versicherungsträgers über den Anspruch nicht und sei eine dennoch erhobene Klage gemäß § 73 ASGG wegen Unzulässigkeit des Rechtsweges zurückzuweisen. Dem gegen diesen Beschluss des Landesgerichtes römisch 40 erhobenen Rekurs gab das Oberlandesgericht römisch 40 mit Beschluss vom römisch 40, Zl. römisch 40, keine Folge und führte - wie schon das Erstgericht - in der Begründung im Kern aus, dass jede Klage einen Bescheid des Versicherungsträgers voraussetze, der eine Sachentscheidung enthalten müsse. Das Fehlen einer meritorischen Entscheidung des Versicherungsträgers schließe eine Überprüfung durch das Gericht im Rahmen der sukzessiven Kompetenz aus. Eine bloße Formalentscheidung erfülle die Voraussetzung einer Entscheidung des Versicherungsträgers über den Anspruch nicht und sei eine dennoch erhobene Klage gemäß Paragraph 73, ASGG wegen Unzulässigkeit des Rechtsweges zurückzuweisen.

2. Beweiswürdigung:

Der oben angeführte Verfahrensgang und der festgestellte Sachverhalt ergeben sich aus dem diesbezüglich unbedenklichen und unzweifelhaften Akteninhalt der vorgelegten Verwaltungsakten sowie aus dem vorliegenden Gerichtsakt.

Die zum stationären Krankenhausaufenthalt des Beschwerdeführers im oben näher bezeichneten Krankenhaus, sowie zum operativen Eingriff getroffenen Feststellungen gründen im Wesentlichen auf dem Inhalt der vorgelegten Urkunden und dem damit im Einklang stehenden Vorbringen der Verfahrensparteien.

Die dazu getroffenen Feststellungen, dass mit dem Kostenerstattungsantrag kein konkretes Begehren auf Ersatz eines konkreten Betrages verbunden war und dass darin weder explizit angeführt wurde, welche der in der Aufgliederung der Kosten des "XXXX" Krankenhauses in Ägypten angeführten Positionen für die Kostenerstattung begehrt werden, noch dass eine Erstattung aller in der Aufgliederung angeführten Positionen begehrt wird, gründen auf dem ergänzenden Vorbringen der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers in der mündlichen Verhandlung vor dem Bundesverwaltungsgericht, das insgesamt glaubwürdig erscheint und dem Verfahrensergebnis auf Grundlage der freien Beweiswürdigung zu Grunde gelegt werden konnte.

3. Rechtliche Beurteilung:

3.1. Zu Spruchteil A): Abweisung der Beschwerde:

Mit dem vom Beschwerdeführer angefochtenen Bescheid vom XXXX, Zl. XXXX, wies die belangte Behörde den auf die Erlassung eines über den Kostenerstattungsantrag absprechenden Bescheides gerichteten Antrag des Beschwerdeführers mit der Begründung ab, dass ihm für den zweitägigen Aufenthalt im "XXXX" ein Pflegekostenzuschuss in Höhe von EUR XXXX gebühre und dieser Betrag am XXXX angewiesen und damit schuldbefreiend geleistet worden sei. Ein die Sache meritorisch erledigender Bescheid sei daher nur unter der Voraussetzung zu erlassen, dass eine bestimmte Leistung beantragt und vom Sozialversicherungsträger abgelehnt werde. Da der Beschwerdeführer eine generelle, betragsmäßig jedoch nicht konkretisierte Kostenerstattung für seinen stationären Krankenhausaufenthalt beantragte und diesem Antrag durch Leistung des Pflegekostenzuschusses stattgegeben wurde, und eine auch nur teilweise Ablehnung des Antrages im Hinblick auf das gestellte Begehren "auf Kostenerstattung" nicht erfolgt sei, sei mangels Vorliegens der Voraussetzungen des § 367 Abs. 1 Z 2 ASVG spruchgemäß zu entscheiden gewesen. Mit dem vom Beschwerdeführer angefochtenen Bescheid vom römisch 40, Zl. römisch 40, wies die belangte Behörde den auf die Erlassung eines über den Kostenerstattungsantrag absprechenden

Bescheides gerichteten Antrag des Beschwerdeführers mit der Begründung ab, dass ihm für den zweitägigen Aufenthalt im "XXXX" ein Pflegekostenzuschuss in Höhe von EUR römisch 40 gebühre und dieser Betrag am römisch 40 angewiesen und damit schuldbefreiend geleistet worden sei. Ein die Sache meritorisch erledigender Bescheid sei daher nur unter der Voraussetzung zu erlassen, dass eine bestimmte Leistung beantragt und vom Sozialversicherungsträger abgelehnt werde. Da der Beschwerdeführer eine generelle, betragsmäßig jedoch nicht konkretisierte Kostenerstattung für seinen stationären Krankenhausaufenthalt beantragte und diesem Antrag durch Leistung des Pflegekostenzuschusses stattgegeben wurde, und eine auch nur teilweise Ablehnung des Antrages im Hinblick auf das gestellte Begehren "auf Kostenerstattung" nicht erfolgt sei, sei mangels Vorliegens der Voraussetzungen des Paragraph 367, Absatz eins, Ziffer 2, ASVG spruchgemäß zu entscheiden gewesen.

In der gegen diesen Bescheid gerichteten Beschwerde heißt es, dass der BF im Krankenhaus "XXXX" an drei Tagen stationär behandelt wurde, ihm jedoch ein Pflegekostenzuschuss von EUR XXXX erstattet worden sei, weshalb ihm ein Pflegekostenzuschuss in Höhe von EUR XXXX gebühre. Daraus folge, dass der Pflegekostenzuschuss für einen weiteren (dritten) Tag abgelehnt worden sei, weshalb die Voraussetzungen für die Erlassung eines meritorischen Bescheides gegeben seien. In der gegen diesen Bescheid gerichteten Beschwerde heißt es, dass der BF im Krankenhaus "XXXX" an drei Tagen stationär behandelt wurde, ihm jedoch ein Pflegekostenzuschuss von EUR römisch 40 erstattet worden sei, weshalb ihm ein Pflegekostenzuschuss in Höhe von EUR römisch 40 gebühre. Daraus folge, dass der Pflegekostenzuschuss für einen weiteren (dritten) Tag abgelehnt worden sei, weshalb die Voraussetzungen für die Erlassung eines meritorischen Bescheides gegeben seien.

3.2. Für den gegenständlichen Fall bedeutet dies:

3.2.1. Die für den beschwerdegegenständlichen Zeitraum (XXXX bis XXXX) maßgebliche Fassung des § 150 Abs. 1 Z 2 und Abs. 2 ASVG lautet wörtlich wie folgt: 3.2.1. Die für den beschwerdegegenständlichen Zeitraum (römisch 40 bis römisch 40) maßgebliche Fassung des Paragraph 150, Absatz eins, Ziffer 2 und Absatz 2, ASVG lautet wörtlich wie folgt:

"§ 150. (1) War die Anstaltspflege notwendig, so hat der Versicherungsträger dem Versicherten einen Pflegekostenzuschuß zu leisten, wenn

1. [...]

2. der Erkrankte in einer Krankenanstalt, mit der keine vertragliche Regelung gemäß § 149 besteht, ohne Einweisung durch den Versicherungsträger untergebracht wurde. 2. der Erkrankte in einer Krankenanstalt, mit der keine vertragliche Regelung gemäß Paragraph 149, besteht, ohne Einweisung durch den Versicherungsträger untergebracht wurde.

(2) Der Pflegekostenzuschuss ist für Versicherte, die in einer Krankenanstalt nach § 149 Abs. 3 erster Satz, mit der kein Vertrag besteht, aufgenommen wurden, vom Fonds nach § 149 Abs. 3 zweiter Satz im Namen der Sozialversicherung in der Höhe zu leisten, die sich aus der Anwendung des § 149 Abs. 3 vorletzter Satz ergibt. In allen übrigen Fällen ist der Pflegekostenzuschuss in der Satzung des Versicherungsträgers in dem Ausmaß festzusetzen, der dem Durchschnitt der vom Fonds pro Verpflegstag aufzuwendenden Mittel entspricht. (2) Der Pflegekostenzuschuss ist für Versicherte, die in einer Krankenanstalt nach Paragraph 149, Absatz 3, erster Satz, mit der kein Vertrag besteht, aufgenommen wurden, vom Fonds nach Paragraph 149, Absatz 3, zweiter Satz im Namen der Sozialversicherung in der Höhe zu leisten, die sich aus der Anwendung des Paragraph 149, Absatz 3, vorletzter Satz ergibt. In allen übrigen Fällen ist der Pflegekostenzuschuss in der Satzung des Versicherungsträgers in dem Ausmaß festzusetzen, der dem Durchschnitt der vom Fonds pro Verpflegstag aufzuwendenden Mittel entspricht.

[...]"

Die für den beschwerdegegenständlichen Zeitraum maßgebliche Fassung des § 38 Abs. 1 der Satzung der XXXX Gebietskrankenkasse für 2011 lautet wörtlich wie folgt: Die für den beschwerdegegenständlichen Zeitraum maßgebliche Fassung des Paragraph 38, Absatz eins, der Satzung der römisch 40 Gebietskrankenkasse für 2011 lautet wörtlich wie folgt:

"§ 38. (1) Hat der/die Versicherte (Angehörige) notwendige Anstaltspflege in einer Krankenanstalt (stationär oder tagesklinisch) in Anspruch genommen, die nicht über den Landesfonds finanziert wird und mit der keine vertragliche Regelung gemäß § 149 Abs. 3 ASVG i.V.m. § 150 Abs. 2 ASVG besteht, erbringt die Kasse einen Pflegekostenzuschuss in Höhe" § 38. (1) Hat der/die Versicherte (Angehörige) notwendige Anstaltspflege in einer Krankenanstalt (stationär oder

tagesklinisch) in Anspruch genommen, die nicht über den Landesfonds finanziert wird und mit der keine vertragliche Regelung gemäß Paragraph 149, Absatz 3, ASVG in Verbindung mit Paragraph 150, Absatz 2, ASVG besteht, erbringt die Kasse einen Pflegekostenzuschuss in Höhe

1. des Pauschalbetrages von € 202,30 pro Tag der stationären Behandlung in einer Krankenanstalt,
2. der im Anhang 7 angeführten Pauschalbeträge für tagesklinische Leistungen,

jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Die Pauschalbeträge verringern sich um 10% für Angehörige, sofern nicht gemäß § 447f Abs. 7 Z 1 bis 3 ASVG davon abzusehen ist. jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Die Pauschalbeträge verringern sich um 10% für Angehörige, sofern nicht gemäß Paragraph 447 f, Absatz 7, Ziffer eins bis 3 ASVG davon abzusehen ist.

(2) Dies gilt entsprechend auch für die Anstaltspflege in einer ausländischen Krankenanstalt, sofern die Kasse keine volle Übernahme der Kosten im Voraus zugesichert hat."

Die Bestimmung des § 367 Abs. 1 Z 2 ASVG in der für den beschwerdegegenständlichen Zeitraum maßgeblichen Fassung lautete wörtlich wie folgt: Die Bestimmung des Paragraph 367, Absatz eins, Ziffer 2, ASVG in der für den beschwerdegegenständlichen Zeitraum maßgeblichen Fassung lautete wörtlich wie folgt:

"§ 367. (1) Über den Antrag auf Zuerkennung einer Leistung aus der Krankenversicherung oder auf Gewährung von Unfallheilbehandlung, von Familien-, Tag-, Verehrten- und Übergangsgeld oder von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln aus der Unfallversicherung, ferner bei amtswegiger Feststellung der angeführten Leistungen der Unfallversicherung sowie über den Antrag auf Gewährung von Übergangsgeld oder medizinische Maßnahmen der Rehabilitation aus der Pensionsversicherung ist ein Bescheid zu erlassen, wenn

1. [...]

2. die beantragte Leistung ganz oder teilweise abgelehnt wird und der Anspruchswerber ausdrücklich einen Bescheid verlangt oder

3. [...].

Über den Antrag auf Zuerkennung oder über die amtswegige Feststellung einer sonstigen Leistung aus der Unfallversicherung, ausgenommen eine Leistung nach § 173 Z 1 lit. c sowie die Feststellung, daß eine Gesundheitsstörung Folge eines Arbeitsunfalls beziehungsweise einer Berufskrankheit ist, auch wenn nach Eintritt einer Gesundheitsstörung eine Leistung aus der Unfallversicherung nicht anfällt, ferner über den Antrag auf eine Leistung gemäß § 222 Abs. 1 und 2 aus der Pensionsversicherung, ausgenommen eine Leistung nach § 222 Abs. 1 Z 2 lit. a, sowie auf Feststellung von Versicherungs- und Schwerarbeitszeiten außerhalb des Leistungsfeststellungsverfahrens (§ 247) ist jedenfalls ein Bescheid zu erlassen. Über einen Antrag auf Leistung aus einem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit ist, sofern die Wartezeit (§ 236) erfüllt ist, über das Vorliegen der Invalidität, Berufsunfähigkeit oder Dienstunfähigkeit im Bescheid gesondert zu entscheiden." Über den Antrag auf Zuerkennung oder über die amtswegige Feststellung einer sonstigen Leistung aus der Unfallversicherung, ausgenommen eine Leistung nach Paragraph 173, Ziffer eins, Litera c, sowie die Feststellung, daß eine Gesundheitsstörung Folge eines Arbeitsunfalls beziehungsweise einer Berufskrankheit ist, auch wenn nach Eintritt einer Gesundheitsstörung eine Leistung aus der Unfallversicherung nicht anfällt, ferner über den Antrag auf eine Leistung gemäß Paragraph 222, Absatz eins und 2 aus der Pensionsversicherung, ausgenommen eine Leistung nach Paragraph 222, Absatz eins, Ziffer 2, Litera a,, sowie auf Feststellung von Versicherungs- und Schwerarbeitszeiten außerhalb des Leistungsfeststellungsverfahrens (Paragraph 247,) ist jedenfalls ein Bescheid zu erlassen. Über einen Antrag auf Leistung aus einem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit ist, sofern die Wartezeit (Paragraph 236,) erfüllt ist, über das Vorliegen der Invalidität, Berufsunfähigkeit oder Dienstunfähigkeit im Bescheid gesondert zu entscheiden."

Demnach ist über den Antrag auf Zuerkennung einer Leistung aus der Krankenversicherung insbesondere dann ein Bescheid zu erlassen, wenn die beantragte Leistung ganz oder teilweise abgelehnt wird und der Anspruchswerber ausdrücklich einen Bescheid verlangt.

3.2.2 Beschwerdegegenständlich ist unstrittig, dass der Beschwerdeführer mit Schriftsatz vom XXXX unter gleichzeitiger Übermittlung eines Urkundenkonvoluts, insbesondere bestehend aus einer Rechnung der RXXXX GmbH

vom XXXX, einer darin enthaltenen Abrechnung von Auslagen für eine stationäre Heilbehandlung in Höhe von EUR XXXX, einer Darstellung des Krankenhauses über von ihm erbrachte Leistungen und einer Aufgliederung der Kosten des Krankenhauses über einen Gesamtbetrag von EUR XXXX formlos die Erstattung der Pflegekosten "in Höhe der österreichischen Vertragstarife" begehrte.3.2.2 Beschwerdegegenständlich ist unstrittig, dass der Beschwerdeführer mit Schriftsatz vom römisch 40 unter gleichzeitiger Übermittlung eines Urkundenkonvoluts, insbesondere bestehend aus einer Rechnung der RXXXX GmbH vom römisch 40, einer darin enthaltenen Abrechnung von Auslagen für eine stationäre Heilbehandlung in Höhe von EUR römisch 40, einer Darstellung des Krankenhauses über von ihm erbrachte Leistungen und einer Aufgliederung der Kosten des Krankenhauses über einen Gesamtbetrag von EUR römisch 40 formlos die Erstattung der Pflegekosten "in Höhe der österreichischen Vertragstarife" begehrte.

Unstrittig ist weiter, dass im Antrag auf Kostenerstattung kein konkretes, auf den Ersatz eines bestimmten Betrages verbundenes Begehren enthalten war. So wurde im Anbringen weder explizit angeführt, welche der in der Aufgliederung der Kosten des "XXXX" Krankenhauses in Ägypten angeführten Positionen für die Kostenerstattung begehrt werden, noch dass eine Erstattung aller in der Aufgliederung angeführten Positionen begehrt wird.

Dem Kostenerstattungsbegehren trug die belangte Behörde mit der am XXXX erfolgten Überweisung eines Pflegekostenzuschusses in Höhe von EUR XXXX für zwei Tage stationären Aufenthaltes im Krankenhaus "XXXX" Rechnung. Dem Kostenerstattungsbegehren trug die belangte Behörde mit der am römisch 40 erfolgten Überweisung eines Pflegekostenzuschusses in Höhe von EUR römisch 40 für zwei Tage stationären Aufenthaltes im Krankenhaus "XXXX" Rechnung.

Im hier in Beschwerde gezogenen Bescheid der belangten Behörde vom XXXX, Zl. XXXX, mit dem über den Antrag des BF auf Bescheiderlassung vom XXXX abgesprochen wird, heißt es explizit, dass der Beschwerdeführer im Rahmen eines urlaubsbedingten Aufenthaltes in Hurghada, Ägypten, auf Grund eines Leistenbruches im Krankenhaus "XXXX" vom XXXX bis XXXX stationär behandelt wurde und dass auf Grund des Faktums, dass an ihn am XXXX ein Pflegekostenzuschuss in Höhe von EUR XXXX angewiesen wurde, ein die Sache meritorisch erledigender Bescheid gemäß § 367 Abs. 1 Z 2 ASVG nur unter der Voraussetzung erlassen werden dürfe, dass eine (bestimmte) Leistung beantragt wurde, die vom Sozialversicherungsträger abgelehnt wird. Im hier in Beschwerde gezogenen Bescheid der belangten Behörde vom römisch 40, Zl. römisch 40, mit dem über den Antrag des BF auf Bescheiderlassung vom römisch 40 abgesprochen wird, heißt es explizit, dass der Beschwerdeführer im Rahmen eines urlaubsbedingten Aufenthaltes in Hurghada, Ägypten, auf Grund eines Leistenbruches im Krankenhaus "XXXX" vom römisch 40 bis römisch 40 stationär behandelt wurde und dass auf Grund des Faktums, dass an ihn am römisch 40 ein Pflegekostenzuschuss in Höhe von EUR römisch 40 angewiesen wurde, ein die Sache meritorisch erledigender Bescheid gemäß Paragraph 367, Absatz eins, Ziffer 2, ASVG nur unter der Voraussetzung erlassen werden dürfe, dass eine (bestimmte) Leistung beantragt wurde, die vom Sozialversicherungsträger abgelehnt wird.

Grundsätzlich sind Bescheide über Sachleistungen der Krankenversicherung zu erlassen, wenn der Versicherungsträger von sich aus tätig wird, ansonsten nur über Verlangen des Versicherten bei Ablehnung einer Leistung. Die sogenannte "bedingte Bescheidspflicht" erfasst Leistungen, die nur einmalig oder kurzfristig zu erbringen sind. Der Versicherte kann, wenn er mit dem Inhalt einer "schlichten Mitteilung" nicht einverstanden ist, einen (auf die meritorische Erledigung gerichteten) Bescheid beantragen und sich damit den Weg zum Arbeits- und Sozialgericht eröffnen (Tarmann-Prentner in Sonntag, ASVG, 8. Aufl., Rz. 1 zu § 367 ASVG und die dort referierte höchstgerichtliche Rechtsprechung). Ansprüche auf die in § 367 Abs. 1 Z 2 ASVG genannten Geldleistungen haben jedenfalls in Bescheidform zu ergehen und bildet die Erlassung eines meritorischen Bescheides die Voraussetzung für die Inanspruchnahme der sukzessiven Kompetenz des Arbeits- und Sozialgerichtes (Tarmann-Prentner in Sonntag, a.a.O., Rz. 2, 3 und 13 zu § 367 ASVG). Der Versicherte darf eine Klage in einer Leistungssache nach § 65 Abs. 1 Z 1 ASGG nur dann erheben, wenn der Versicherungsträger über den der betreffenden Leistungssache zu Grunde liegenden Anspruch entschieden hat (Tarmann-Prentner in Sonntag, a.a.O., Rz. 13 zu § 367 ASVG und die dort referierte höchstgerichtliche Rechtsprechung; Kneihls in Mosler/Müller/Pfeil, SV-Komm, Rz. 3 zu § 367 ASVG). Grundsätzlich sind Bescheide über Sachleistungen der Krankenversicherung zu erlassen, wenn der Versicherungsträger von sich aus tätig wird, ansonsten nur über Verlangen des Versicherten bei Ablehnung einer Leistung. Die sogenannte "bedingte Bescheidspflicht" erfasst Leistungen, die nur einmalig oder kurzfristig zu erbringen sind. Der Versicherte kann, wenn er mit dem Inhalt einer "schlichten Mitteilung" nicht einverstanden ist, einen (auf die meritorische Erledigung gerichteten) Bescheid beantragen und sich damit den Weg zum Arbeits- und Sozialgericht eröffnen (Tarmann-Prentner in Sonntag,

ASVG, 8. Aufl., Rz. 1 zu Paragraph 367, ASVG und die dort referierte höchstgerichtliche Rechtsprechung). Ansprüche auf die in Paragraph 367, Absatz eins, Ziffer 2, ASVG genannten Geldleistungen haben jedenfalls in Bescheidform zu ergehen und bildet die Erlassung eines meritorischen Bescheides die Voraussetzung für die Inanspruchnahme der sukzessiven Kompetenz des Arbeits- und Sozialgerichtes (Tarmann-Prentner in Sonntag, a.a.O., Rz. 2, 3 und 13 zu Paragraph 367, ASVG). Der Versicherte darf eine Klage in einer Leistungssache nach Paragraph 65, Absatz eins, Ziffer eins, ASGG nur dann erheben, wenn der Versicherungsträger über den der betreffenden Leistungssache zu Grunde liegenden Anspruch entschieden hat (Tarmann-Prentner in Sonntag, a.a.O., Rz. 13 zu Paragraph 367, ASVG und die dort referierte höchstgerichtliche Rechtsprechung; Kneihls in Mosler/Müller/Pfeil, SV-Komm, Rz. 3 zu Paragraph 367, ASVG).

Wird eine Leistung des Sozialversicherungsträgers gewährt, so bedarf es dafür in der Regel keines Bescheides; in diesem Fall wird die Leistung durch einen Realakt erbracht. Mit Bescheid ist jedoch dann zu entscheiden, wenn die Leistung abgelehnt wird. Für die Frage der Bescheidspflicht ist es jedoch nicht relevant, ob über einen Antrag des Versicherten entschieden oder ob das Nichtbestehen des Anspruchs von Amts wegen festgestellt wird (Kneihls in Mosler/Müller/Pfeil, a. a.O., Rz. 11 zu § 367 ASVG). Wird eine Leistung des Sozialversicherungsträgers gewährt, so bedarf es dafür in der Regel keines Bescheides; in diesem Fall wird die Leistung durch einen Realakt erbracht. Mit Bescheid ist jedoch dann zu entscheiden, wenn die Leistung abgelehnt wird. Für die Frage der Bescheidspflicht ist es jedoch nicht relevant, ob über einen Antrag des Versicherten entschieden oder ob das Nichtbestehen des Anspruchs von Amts wegen festgestellt wird (Kneihls in Mosler/Müller/Pfeil, a. a.O., Rz. 11 zu Paragraph 367, ASVG).

Mit Schriftsatz vom XXXX beehrten der Beschwerdeführer und die Versicherung AG von der belangten Behörde die Erlassung eines Bescheides, den sie im Wesentlichen damit begründeten, dass die beantragte Kostenerstattung durch den Sozialversicherungsträger mangels Bearbeitung des diesbezüglichen Antrages nicht erfolgt sei. Der bezogene Antrag auf Bescheiderlassung hat folgenden auszugsweise wörtlich wiedergegebenen Wortlaut: Mit Schriftsatz vom römisch 40 beehrten der Beschwerdeführer und die Versicherung AG von der belangten Behörde die Erlassung eines Bescheides, den sie im Wesentlichen damit begründeten, dass die beantragte Kostenerstattung durch den Sozialversicherungsträger mangels Bearbeitung des diesbezüglichen Antrages nicht erfolgt sei. Der bezogene Antrag auf Bescheiderlassung hat folgenden auszugsweise wörtlich wiedergegebenen Wortlaut:

"[...] In umseitiger Kostenerstattungssache stellen die Antragsteller den Antrag auf Erlassung eines Bescheides und begründen dies wie folgt:

Die beantragte Kostenerstattung durch den Sozialversicherungsträger erfolgte mangels Bearbeitung des diesbezüglichen Antrages nicht.

Es bedarf daher einer bescheidmäßigen Erledigung, welche ebenso die Angaben zu den für die Berechnung der Kostenerstattung herangezogenen gesetzlichen Grundlagen (z.B. § 7b SV-EG; §§ 150 oder 131 ASVG; §§ 85 und 98a GSVG; §§ 80 und 93 BSVG oder §§ 59 und 68a B_KUVG) und/oder Tarifen (z.B. § 7b Abs. 6 SV-EG und die darin genannten Berechnungsgrundlagen; Tarif laut Vereinbarung mit Leistungsträgern oder Berechnung des Taggeldsatzes) zu enthalten hat, um die Berechnung der Höhe und der Richtigkeit und der Richtigkeit der Kostenerstattung nachvollziehen zu können. [...]" Es bedarf daher einer bescheidmäßigen Erledigung, welche ebenso die Angaben zu den für die Berechnung der Kostenerstattung herangezogenen gesetzlichen Grundlagen (z.B. Paragraph 7 b, SV-EG; Paragraphen 150, oder 131 ASVG; Paragraphen 85 und 98 a GSVG; Paragraphen 80 und 93 BSVG oder Paragraphen 59 und 68 a B_KUVG) und/oder Tarifen (z.B. Paragraph 7 b, Absatz 6, SV-EG und die darin genannten Berechnungsgrundlagen; Tarif laut Vereinbarung mit Leistungsträgern oder Berechnung des Taggeldsatzes) zu enthalten hat, um die Berechnung der Höhe und der Richtigkeit und der Richtigkeit der Kostenerstattung nachvollziehen zu können. [...]"

Ein Antrag - wie der verfahrensgegenständliche - verhält die Behörde nicht nur zur Durchführung des Verwaltungsverfahrens, sondern bildet dieser gleichzeitig die Voraussetzung für die Durchführung der Entscheidung (VwGH vom 29.03.2001, Zl. 2000/20/0473 und vom 26.06.2001, Zl. 98/04/0234) und schafft zugleich die materiellrechtliche Grundlage für die Erlassung des Bescheides (VwGH vom 17.01.2000, Zl. 97/09/0014 und vom 18.01.1990, Zl. 89/09/0070). Dementsprechend konstituiert und begrenzt der Inhalt eines solchen Antrages den Prozessgegenstand des Verwaltungsverfahrens, sohin die (Verwaltungs-)Sache im Sinne der §§ 8, 66 Abs. 4 und 68 Abs. 1 AVG (insb. VwGH vom 17.01.2000, Zl. 97/09/0014 und vom 30.06.2004, Zl. 2004/04/0014). Ein Antrag - wie der

verfahrensgegenständliche - verhält die Behörde nicht nur zur Durchführung des Verwaltungsverfahrens, sondern bildet dieser gleichzeitig die Voraussetzung für die Durchführung der Entscheidung (VwGH vom 29.03.2001, Zl. 2000/20/0473 und vom 26.06.2001, Zl.98/04/0234) und schafft zugleich die materiellrechtliche Grundlage für die Erlassung des Bescheides (VwGH vom 17.01.2000, Zl. 97/09/0014 und vom 18.01.1990, Zl.89/09/0070). Dementsprechend konstituiert und begrenzt der Inhalt eines solchen Antrages den Prozessgegenstand des Verwaltungsverfahrens, sohin die (Verwaltungs-)Sache im Sinne der Paragraphen 8, 66, Absatz 4 und 68 Absatz eins, AVG (insb. VwGH vom 17.01.2000, Zl. 97/09/0014 und vom 30.06.2004, Zl.2004/04/0014).

Anlassbezogen begehrte der BF die Erlassung eines Bescheides mit der Begründung, dass dem Kostenerstattungsantrag mangels Bearbeitung des diesbezüglichen Antrages keine Rechnung getragen worden sei.

Gegenständlich wurde dem Kostenerstattungsbegehren des BF mit Realakt, nämlich mit der am XXXX erfolgten Überweisung eines Betrages in Höhe von EUR XXXX entsprochen. Gegenständlich wurde dem Kostenerstattungsbegehren des BF mit Realakt, nämlich mit der am römisch 40 erfolgten Überweisung eines Betrages in Höhe von EUR römisch 40 entsprochen.

Die in der Beschwerdeentscheidung vom XXXX der belangten Behörde enthaltene Rüge, dass der Beschwerdeführer eine Kostenerstattung in Höhe der österreichischen Vertragstarife und keine über die tatsächlich geleistete Kostenerstattung von EUR XXXX hinausgehende Erstattung begehrt hat, weshalb gemäß § 367 Abs. 1 Z 2 ASVG die Erlassung eines meritorischen Bescheides unzulässig sei, erweist sich als berechtigt, da mit dem Kostenerstattungsantrag kein konkretes Begehren auf Ersatz eines konkreten Betrages verbunden war. Auch wurde im Kostenerstattungsantrag nicht explizit angeführt, welche der in der Aufgliederung der Kosten des "XXXX" Krankenhauses in Ägypten angeführten Positionen für die Kostenerstattung begehrt werden bzw. dass die Erstattung aller in der Aufgliederung angeführten Positionen begehrt wird. Die in der Beschwerdeentscheidung vom römisch 40 der belangten Behörde enthaltene Rüge, dass der Beschwerdeführer eine Kostenerstattung in Höhe der österreichischen Vertragstarife und keine über die tatsächlich geleistete Kostenerstattung von EUR römisch 40 hinausgehende Erstattung begehrt hat, weshalb gemäß Paragraph 367, Absatz eins, Ziffer 2, ASVG die Erlassung eines meritorischen Bescheides unzulässig sei, erweist sich als berechtigt, da mit dem Kostenerstattungsantrag kein konkretes Begehren auf Ersatz eines konkreten Betrages verbunden war. Auch wurde im Kostenerstattungsantrag nicht explizit angeführt, welche der in der Aufgliederung der Kosten des "XXXX" Krankenhauses in Ägypten angeführten Positionen für die Kostenerstattung begehrt werden bzw. dass die Erstattung aller in der Aufgliederung angeführten Positionen begehrt wird.

In der hier verfahrensgegenständlichen Eingabe vom XXXX wird lediglich zum Ausdruck gebracht, dass der Sozialversicherungsträger dem Kostenerstattungsantrag mangels Bearbeitung des diesbezüglichen Antrages nicht entsprochen habe. Führt man sich das Begehren des BF auf Erstattung der Pflegekosten "in Höhe der österreichischen Vertragstarife" vor Augen, so lässt sich aus dem verfahrensgegenständlichen Bescheiderlassungsantrag des Beschwerdeführers nicht entnehmen, dass die belangte Behörde ein bestimmtes Kostenerstattungsbegehren (wenn auch nur teilweise) abgelehnt hätte. In der hier verfahrensgegenständlichen Eingabe vom römisch 40 wird lediglich zum Ausdruck gebracht, dass der Sozialversicherungsträger dem Kostenerstattungsantrag mangels Bearbeitung des diesbezüglichen Antrages nicht entsprochen habe. Führt man sich das Begehren des BF auf Erstattung der Pflegekosten "in Höhe der österreichischen Vertragstarife" vor Augen, so lässt sich aus dem verfahrensgegenständlichen Bescheiderlassungsantrag des Beschwerdeführers nicht entnehmen, dass die belangte Behörde ein bestimmtes Kostenerstattungsbegehren (wenn auch nur teilweise) abgelehnt hätte.

Wenn es im Bescheiderlassungsantrag wörtlich heißt: "Die beantragte Kostenerstattung durch den Sozialversicherungsträger erfolgte mangels Bearbeitung des diesbezüglichen Antrages nicht", so unterstellt der BF damit der belangten Behörde insofern Untätigkeit, als diese den Antrag auf Kostenerstattung nicht bearbeitet habe. Aus der Diktion des Bescheiderlassungsantrages kann jedoch, wie die belangte Behörde in der Beschwerdeentscheidung zutreffend ausführt, nicht abgeleitet werden, dass eine über die Höhe der tatsächlich geleisteten Kostenerstattung hinausgehende Erstattung begehrt wurde und diesbezüglich eine (allenfalls implizite) Teablehnung erfolgte.

Die hier maßgebliche Bestimmung des § 367 Abs. 1 Z 2 ASVG, dass über den Antrag auf Zuerkennung einer Leistung aus der Krankenversicherung ein Bescheid zu erlassen ist, wenn die beantragte Leistung ganz oder teilweise abgelehnt

wird und der Anspruchswerber ausdrücklich einen Bescheid verlangt unterstellt jedoch ein Tätigwerden des Sozialversicherungsträgers, der in einer gänzlichen oder teilweisen Ablehnung des Antrages auf Zuerkennung einer Leistung aus der Krankenversicherung zu bestehen hat. Aus dem hier anhängig gemachten Antrag auf Bescheiderlassung ergibt sich jedoch nicht, dass die beantragte Leistung nach einem (allfälligen) Tätigwerden der belangten Behörde ganz oder teilweise abgelehnt worden wäre. Die hier maßgebliche Bestimmung des Paragraph 367, Absatz eins, Ziffer 2, ASVG, dass über den Antrag auf Zuerkennung einer Leistung aus der Krankenversicherung ein Bescheid zu erlassen ist, wenn die beantragte Leistung ganz oder teilweise abgelehnt wird und der Anspruchswerber ausdrücklich einen Bescheid verlangt unterstellt jedoch ein Tätigwerden des Sozialversicherungsträgers, der in einer gänzlichen oder teilweisen Ablehnung des Antrages auf Zuerkennung einer Leistung aus der Krankenversicherung zu bestehen hat. Aus dem hier anhängig gemachten Antrag auf Bescheiderlassung ergibt sich jedoch nicht, dass die beantragte Leistung nach einem (allfälligen) Tätigwerden der belangten Behörde ganz oder teilweise abgelehnt worden wäre.

3.2.3. Ungeachtet der Erledigungen des Landesgerichtes XXXX als Arbeits- und Sozialgericht vom XXXX, Zl. XXXX und des Oberlandesgerichtes XXXX vom XXXX, Zl. XXXX erweist sich die von der belangten Behörde im angefochtenen Bescheid getroffene Entscheidung als berechtigt, da im Antrag auf Bescheiderlassung im Hinblick auf die Bestimmung des § 367 Abs. 1 Z 2 ASVG nicht behauptet wurde, dass die mit dem Kostenerstattungsantrag begehrte Leistung zur Gänze oder teilweise abgelehnt worden wäre. Diesbezüglich hat die belangte Behörde bereits angemerkt, dass es dem Beschwerdeführer unbenommen ist, einen entsprechenden Antrag nachzureichen. 3.2.3. Ungeachtet der Erledigungen des Landesgerichtes römisch 40 als Arbeits- und Sozialgericht vom XXXX, Zl. römisch 40 und des Oberlandesgerichtes römisch 40 vom römisch 40, Zl. römisch 40 erweist sich die von der belangten Behörde im angefochtenen Bescheid getroffene Entscheidung als berechtigt, da im Antrag auf Bescheiderlassung im Hinblick auf die Bestimmung des Paragraph 367, Absatz eins, Ziffer 2, ASVG nicht behauptet wurde, dass die mit dem Kostenerstattungsantrag begehrte Leistung zur Gänze oder teilweise abgelehnt worden wäre. Diesbezüglich hat die belangte Behörde bereits angemerkt, dass es dem Beschwerdeführer unbenommen ist, einen entsprechenden Antrag nachzureichen.

3.2.4. Aus den angeführten Gründen war spruchgemäß zu entscheiden.

Zu Spruchteil B): Unzulässigkeit der Revision:

Gemäß § 25a Abs. 1 des Verwaltungsgerichtshofgesetzes 1985 (VwGG), BGBl. Nr. 10/1985, Gemäß Paragraph 25 a, Absatz eins, des Verwaltungsgerichtshofgesetzes 1985 (VwGG), Bundesgesetzblatt Nr.

10/1985 idgF, hat das Verwaltungsgericht im Spruch seines Erkenntnisses oder Beschlusses auszusprechen, ob die Revision gemäß Art. 133 Abs. 4 B-VG zulässig ist. Der Ausspruch ist kurz zu begründen. 10 aus 1985, idgF, hat das Verwaltungsgericht im Spruch seines Erkenntnisses oder Beschlusses auszusprechen, ob die Revision gemäß Artikel 133, Absatz 4, B-VG zulässig ist. Der Ausspruch ist kurz zu begründen.

Die Revision gegen die gegenständliche Entscheidung ist gemäß Art. 133 Abs. 4 B-VG nicht zulässig, weil die Entscheidung nicht von der Lösung einer Rechtsfrage abhängt, der grundsätzliche Bedeutung zukommt. Weder weicht die gegenständliche Entscheidung von der bisherigen Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes ab, noch fehlt es an einer Rechtsprechung; weiters ist die vorliegende Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes auch nicht als uneinheitlich zu beurteilen. Auch liegen keine sonstigen Hinweise auf eine grundsätzliche Bedeutung der zu lösenden Rechtsfrage vor. Konkrete Rechtsfragen grundsätzlicher Bedeutung sind weder in der gegenständlichen Beschwerde vorgebracht worden noch im Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht hervorgekommen. Die Revision gegen die gegenständliche Entscheidung ist gemäß Artikel 133, Absatz 4, B-VG nicht zulässig, weil die Entscheidung nicht von der Lösung einer Rechtsfrage abhängt, der grundsätzliche Bedeutung zukommt. Weder weicht die gegenständliche Entscheidung von der bisherigen Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes ab, noch fehlt es an einer Rechtsprechung; weiters ist die vorliegende Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes auch nicht als uneinheitlich zu beurteilen. Auch liegen keine sonstigen Hinweise auf eine grundsätzliche Bedeutung der zu lösenden Rechtsfrage vor. Konkrete Rechtsfragen grundsätzlicher Bedeutung sind weder in der gegenständlichen Beschwerde vorgebracht worden noch im Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht hervorgekommen.

Die oben in der rechtlichen Beurteilung angeführte Judikatur des VwGH vertritt eine eindeutige und einheitliche Rechtsprechung, weshalb keine Rechtsfrage grundsätzlicher Bedeutung vorliegt.

Schlagworte

Antragsbegehren, Konkretisierung, Kostenersatz

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:BVWG:2017:G305.2159676.1.00

Zuletzt aktualisiert am

27.09.2017

Quelle: Bundesverwaltungsgericht BVwg, <https://www.bvwg.gv.at>

© 2026 JUSLINE

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

www.jusline.at