

TE OGH 2008/11/4 10ObS121/08d

JUSLINE Entscheidung

© Veröffentlicht am 04.11.2008

Kopf

Der Oberste Gerichtshof hat als Revisionsgericht in Arbeits- und Sozialrechtssachen durch den Senatspräsidenten Dr. Schinko als Vorsitzenden, die Hofräte Dr. Fellinger und Dr. Hoch sowie die fachkundigen Laienrichter Dir. Dr. Hans Lahner (aus dem Kreis der Arbeitgeber) und Wolfgang Birbamer (aus dem Kreis der Arbeitnehmer) als weitere Richter in der Sozialrechtssache der klagenden Partei mj Silvia H***** vertreten durch ihren Vater Sven H*****, beide *****, dieser vertreten durch Dr. Walter Riedl, Rechtsanwalt in Wien, gegen die beklagte Partei Land Salzburg, vertreten durch Dr. Hitzenbichler & Dr. Zettl, Rechtsanwälte in Salzburg, wegen Pflegegeld (Revisionsinteresse 9.198,30 EUR), infolge Revision der klagenden Partei gegen das Urteil des Oberlandesgerichts Linz als Berufungsgericht in Arbeits- und Sozialrechtssachen vom 20. Mai 2008, GZ 12 Rs 35/08s-47, womit infolge Berufung der klagenden Partei das Urteil des Landesgerichts Salzburg als Arbeits- und Sozialgericht vom 21. Mai 2007, GZ 11 Cgs 106/01x-43, bestätigt wurde, in nichtöffentlicher Sitzung zu Recht erkannt:

Spruch

Der Revision wird nicht Folge gegeben.

Die klagende Partei hat die Kosten ihres Rechtsmittels selbst zu tragen.

Text

Entscheidungsgründe:

Die am 22. 9. 1997 geborene Klägerin, eine deutsche Staatsangehörige, ist schwer körperbehindert. Sie wohnt gemeinsam mit ihren Eltern, die ebenfalls deutsche Staatsangehörige sind, in einer an der Grenze zu Österreich gelegenen Gemeinde in Deutschland. Die Mutter der Klägerin unterlag bis zum Ende ihres dreijährigen Erziehungsurlaubs am 21. 9. 2000 der deutschen Pflegeversicherung und bezog für ihre behinderte Tochter Pflegegeld von der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK). Diese Geldleistung wurde mit dem Hinweis eingestellt, dass sie nur gewährt werden könne, solange in Deutschland eine Pflegeversicherung bestehe.

Die Mutter der Klägerin ging in der Folge keiner Beschäftigung nach. Sie war aber in der deutschen Krankenversicherung freiwillig selbstversichert, wofür sie monatliche Versicherungsbeiträge in Höhe von zunächst 112,68 EUR bis zuletzt 126,58 EUR zu entrichten hatte. Aufgrund dieser Selbstversicherung war die Mutter der Klägerin Mitglied bei der DAK. Diese Selbstversicherung erfolgte im Hinblick darauf, dass die Klägerin bei ihrer Mutter mitversichert ist und ein Pflegegeld beziehen kann. Der Klägerin wurde von der DAK-Pflegekasse für die Zeit vom 1. 1. 2001 bis 30. 8. 2005 Pflegegeld der Stufe II in Höhe von 410 EUR monatlich und vom 1. 9. 2005 bis 28. 2. 2007 Pflegegeld der Stufe III in Höhe von 665 EUR monatlich (als Geldleistung) gewährt. Weiters erhielt sie ein monatliches Pauschale von 31 EUR für Pflegehilfsmittel erstattet. Die Mutter der Klägerin kündigte ihre Mitgliedschaft bei der DAK mit 7. 3. 2007. Die Klägerin erhielt daher für März 2007 nur mehr ein anteiliges Pflegegeld von 155,17 EUR. Die Mutter der Klägerin ging in der Folge keiner Beschäftigung nach. Sie war aber in der deutschen Krankenversicherung freiwillig

selbstversichert, wofür sie monatliche Versicherungsbeiträge in Höhe von zunächst 112,68 EUR bis zuletzt 126,58 EUR zu entrichten hatte. Aufgrund dieser Selbstversicherung war die Mutter der Klägerin Mitglied bei der DAK. Diese Selbstversicherung erfolgte im Hinblick darauf, dass die Klägerin bei ihrer Mutter mitversichert ist und ein Pflegegeld beziehen kann. Der Klägerin wurde von der DAK-Pflegekasse für die Zeit vom 1. 1. 2001 bis 30. 8. 2005 Pflegegeld der Stufe römisch II in Höhe von 410 EUR monatlich und vom 1. 9. 2005 bis 28. 2. 2007 Pflegegeld der Stufe römisch III in Höhe von 665 EUR monatlich (als Geldleistung) gewährt. Weiters erhielt sie ein monatliches Pauschale von 31 EUR für Pflegehilfsmittel erstattet. Die Mutter der Klägerin kündigte ihre Mitgliedschaft bei der DAK mit 7. 3. 2007. Die Klägerin erhielt daher für März 2007 nur mehr ein anteiliges Pflegegeld von 155,17 EUR.

Der Vater der Klägerin ist seit 1994 als pragmatisierter Pflichtschullehrer bei der Beklagten beschäftigt. Er übt seine Erwerbstätigkeit in Österreich aus und unterliegt hier der Steuer- und Sozialversicherungspflicht. Die Klägerin ist als Angehörige ihres Vaters in Österreich krankenversichert.

Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 14. 5. 2001 den am 7. 12. 2000 für die Klägerin gestellten Antrag auf Zuerkennung des Pflegegeldes nach dem Salzburger Pflegegeldgesetz (SPGG) mit der Begründung ab, dass gemäß § 3 Abs 1 Z 2 SPPG der Hauptwohnsitz der pflegebedürftigen Person im Bundesland Salzburg unabdingbare Voraussetzung für die Gewährung von Landespflegegeld sei. Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 14. 5. 2001 den am 7. 12. 2000 für die Klägerin gestellten Antrag auf Zuerkennung des Pflegegeldes nach dem Salzburger Pflegegeldgesetz (SPGG) mit der Begründung ab, dass gemäß Paragraph 3, Absatz eins, Ziffer 2, SPPG der Hauptwohnsitz der pflegebedürftigen Person im Bundesland Salzburg unabdingbare Voraussetzung für die Gewährung von Landespflegegeld sei.

Mit der dagegen erhobenen Klage begeht die Klägerin die Zahlung von Pflegegeld im gesetzlichen Ausmaß.

Im Rahmen einer im ersten Rechtsgang ergangenen Vorabentscheidung hat der EuGH mit Urteil vom 21. 2. 2006, RsC-286/03, Slg 2006, I-01771, zu Recht erkannt, dass das nach dem Salzburger Pflegegeldgesetz vorgesehene Pflegegeld eine Leistung bei Krankheit im Sinne des Art 4 Abs 1 lit a der Verordnung 1408/71 darstelle, welche die Familienangehörige eines im Bundesland Salzburg beschäftigten Arbeitnehmers, der mit seiner Familie in Deutschland wohne, bei Erfüllung der sonstigen Anspruchsvoraussetzungen verlangen könne, sofern sie nicht nach den Rechtsvorschriften des Staates, in dem sie wohne, Anspruch auf eine gleichartige Leistung habe. Im Rahmen einer im ersten Rechtsgang ergangenen Vorabentscheidung hat der EuGH mit Urteil vom 21. 2. 2006, Rs C-286/03, Slg 2006, I-01771, zu Recht erkannt, dass das nach dem Salzburger Pflegegeldgesetz vorgesehene Pflegegeld eine Leistung bei Krankheit im Sinne des Art 4 Absatz eins, lit a der Verordnung 1408/71 darstelle, welche die Familienangehörige eines im Bundesland Salzburg beschäftigten Arbeitnehmers, der mit seiner Familie in Deutschland wohne, bei Erfüllung der sonstigen Anspruchsvoraussetzungen verlangen könne, sofern sie nicht nach den Rechtsvorschriften des Staates, in dem sie wohne, Anspruch auf eine gleichartige Leistung habe.

Das Erstgericht erkannte die Beklagte im zweiten Rechtsgang schuldig, der Klägerin Pflegegeld der Stufe 6 in Höhe von 1.148,70 EUR monatlich ab 1. 1. 2001 bzw in Höhe von 1.171,70 EUR monatlich ab 1. 1. 2005 unter Anrechnung von 31 EUR monatlich für die Zeit vom 1. 1. 2001 bis 28. 2. 2007, von 409,04 EUR monatlich für die Zeit vom 1. 1. 2001 bis 31. 12. 2001, von 410 EUR monatlich für die Zeit vom 1. 1. 2002 bis 31. 8. 2005, von 665 EUR monatlich für die Zeit vom 1. 9. 2005 bis 28. 2. 2007 und von 155,17 EUR für den Monat März 2007 sowie ab 8. 3. 2007 an bereits geleistetem Landespflegegeld zu zahlen. Das darüber hinausgehende Mehrbegehren der Klägerin wurde abgewiesen.

Im Rechtsmittelverfahren ist allein noch die Rechtsfrage strittig, ob auf das der Klägerin gebührende Landespflegegeld die von der DAK-Pflegekasse nach dem dSGB XI erbrachten Geldleistungen im vollen Umfang oder nur teilweise (nämlich unter Abzug der von der Mutter der Klägerin monatlich geleisteten Versicherungsbeiträge) anzurechnen sind. Im Rechtsmittelverfahren ist allein noch die Rechtsfrage strittig, ob auf das der Klägerin gebührende Landespflegegeld die von der DAK-Pflegekasse nach dem dSGB römisch XI erbrachten Geldleistungen im vollen Umfang oder nur teilweise (nämlich unter Abzug der von der Mutter der Klägerin monatlich geleisteten Versicherungsbeiträge) anzurechnen sind.

Das Erstgericht hat dazu die Auffassung vertreten, dass die von der DAK-Pflegekasse erbrachten Geldleistungen gemäß § 6 SPPG im vollen Umfang auf den Anspruch der Klägerin anzurechnen seien, weil in dieser Bestimmung Versicherungsbeiträge nicht als Abzugsposten bei der Anrechnung von Pflegegeldleistungen angeführt seien. Im

Übrigen habe die Mutter der Klägerin ihre freiwillige Krankenversicherung nicht nur für ihre Tochter, sondern auch für eigene Arztbesuche in Anspruch genommen und seien auch die Beiträge zur Selbstversicherung nicht aus dem Vermögen der Klägerin geleistet worden.

Das Berufungsgericht gab der Berufung der Klägerin keine Folge. Das Pflegegeld sei nach der Rechtsprechung des EuGH als Geldleistung bei Krankheit gemäß Art 19 VO 1408/71 zu qualifizieren. Eine Unterscheidung zwischen Pflichtversicherung und freiwilliger Versicherung werde in Art 19 VO 1408/71 nicht vorgenommen. Sowohl der Pflichtversicherung als auch der freiwilligen Versicherung in der Krankenversicherung seien Beitragszahlungen immanent. Es könne daher bei der Auslegung des § 6 SPGG keinen Unterschied machen, ob die anrechenbare Geldleistung aus einer freiwilligen Versicherung oder aus einer Pflichtversicherung resultiere. Das Berufungsgericht gab der Berufung der Klägerin keine Folge. Das Pflegegeld sei nach der Rechtsprechung des EuGH als Geldleistung bei Krankheit gemäß Artikel 19, VO 1408/71 zu qualifizieren. Eine Unterscheidung zwischen Pflichtversicherung und freiwilliger Versicherung werde in Artikel 19 &, #, 160 ;, fünf O, &, #, 160 ;, 1408 /, 71, nicht vorgenommen. Sowohl der Pflichtversicherung als auch der freiwilligen Versicherung in der Krankenversicherung seien Beitragszahlungen immanent. Es könne daher bei der Auslegung des § 6 SPGG keinen Unterschied machen, ob die anrechenbare Geldleistung aus einer freiwilligen Versicherung oder aus einer Pflichtversicherung resultiere.

Die Anrechnungsbestimmung des § 6 SPGG regle nur, dass eine wegen Pflegebedürftigkeit nach den Vorschriften eines anderen Staates gewährte Geldleistung auf das nach dem SPGG zu erbringende Pflegegeld anzurechnen sei, ohne dass ein Ausgleich der dafür im anderen Staat aufgewendeten Beiträge vorgesehen sei. Es fehle daher jede Grundlage für die von der Klägerin begehrte Berücksichtigung derartiger Beitragszahlungen. Der klare Wortlaut des § 6 SPGG verbiete jede andere Auslegung, die auch aus gemeinschaftsrechtlicher Sicht nicht geboten sei, zumal es sich beim Pflegegeld - wie bei allen anderen Leistungen aus der Krankenversicherung - typischerweise um Leistungen handle, denen stets - in welcher Form auch immer - Beitragsleistungen der Versicherten zur Finanzierung des Sozialversicherungssystems gegenüberstünden. Das Erstgericht habe daher zu Recht die von der Klägerin aufgrund ihrer Pflegeversicherung tatsächlich erhaltenen Geldleistungen auf das zuerkannte Landespflegegeld angerechnet, ohne weiter zu prüfen, ob für die bei ihrer Mutter mitversicherte Klägerin überhaupt Beiträge zu entrichten gewesen seien bzw in welchem anteiligen Ausmaß solche Beitragsleistungen auf die Pflegeversicherung der Klägerin entfallen seien.

Das Berufungsgericht sprach aus, dass die ordentliche Revision zulässig sei, weil eine Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofs zu § 6 SPGG bzw zur gleichlautenden Bestimmung des § 7 BPGB über das Ausmaß der Anrechnung einer ausländischen, aus einer freiwilligen Selbstversicherung gebührenden Geldleistung fehle.

Gegen diese Entscheidung richtet sich die Revision der Klägerin wegen unrichtiger rechtlicher Beurteilung mit dem Antrag, das angefochtene Urteil im Ergebnis dahin abzuändern, dass eine Anrechnung der von ihr bezogenen deutschen Pflegegeldleistungen im Umfang der dafür geleisteten Versicherungsbeiträge nicht zu erfolgen habe.

Die beklagte Partei beantragt in ihrer Revisionsbeantwortung, der Revision keine Folge zu geben.

Rechtliche Beurteilung

Die Revision ist aus dem vom Berufungsgericht genannten Grund zulässig, aber nicht berechtigt.

In der Revision wird weiterhin der Standpunkt vertreten, die Anrechnung der deutschen Pflegegeldleistungen auf den Pflegegeldanspruch der Klägerin sei gemäß § 6 SPGG auf den „Nettozufluss“ (also unter Abzug der geleisteten monatlichen Versicherungsbeiträge) zu beschränken. Einer solchen Auslegung stehe weder Art 12 VO 1408/71 noch der Wortlaut des § 6 SPGG entgegen. So habe der Landesgesetzgeber in § 6 SPGG nur auf Leistungen abgestellt, auf die ein Rechtsanspruch bestehe. Die Anrechnung von Leistungen aus einer privaten Pflegeversicherung, welche einer freiwilligen Versicherung vergleichbar sei, sei daher nicht vorgesehen. Es sei schließlich den Ausführungen des Berufungsgerichts zwar insoweit zu folgen, dass bei Beiträgen für eine Pflichtversicherung eine Entlastung bei der Anrechnung um die Beitragsleistungen nicht erfolgen könne, da diese Beiträge bei einer Pflichtversicherung in jedem Fall zu leisten seien. Hingegen treffe die Notwendigkeit einer vollen Anrechnung zur Vermeidung eines Doppelbezugs bei einer freiwilligen Beitragsleistung schon grundsätzlich, insbesondere aber dann nicht zu, wenn die Beitragsleistung - wie im vorliegenden Fall - nur deshalb erfolgt sei, weil der Anspruch auf Pflegegeld nach dem SPGG von der Beklagten zu Unrecht abgelehnt worden sei. In der Revision wird weiterhin der Standpunkt vertreten, die Anrechnung der deutschen Pflegegeldleistungen auf den Pflegegeldanspruch der Klägerin sei gemäß § 6 SPGG auf den „Nettozufluss“

(also unter Abzug der geleisteten monatlichen Versicherungsbeiträge) zu beschränken. Einer solchen Auslegung stehe weder Artikel 12, VO 1408/71 noch der Wortlaut des § 6 SPGG entgegen. So habe der Landesgesetzgeber in § 6 SPGG nur auf Leistungen abgestellt, auf die ein Rechtsanspruch bestehe. Die Anrechnung von Leistungen aus einer privaten Pflegeversicherung, welche einer freiwilligen Versicherung vergleichbar sei, sei daher nicht vorgesehen. Es sei schließlich den Ausführungen des Berufungsgerichts zwar insoweit zu folgen, dass bei Beiträgen für eine Pflichtversicherung eine Entlastung bei der Anrechnung um die Beitragsleistungen nicht erfolgen könne, da diese Beiträge bei einer Pflichtversicherung in jedem Fall zu leisten seien. Hingegen treffe die Notwendigkeit einer vollen Anrechnung zur Vermeidung eines Doppelbezugs bei einer freiwilligen Beitragsleistung schon grundsätzlich, insbesondere aber dann nicht zu, wenn die Beitragsleistung - wie im vorliegenden Fall - nur deshalb erfolgt sei, weil der Anspruch auf Pflegegeld nach dem SPGG von der Beklagten zu Unrecht abgelehnt worden sei.

Diesen Ausführungen kann nicht gefolgt werden.

Die VO 1408/71 regelt ua das Zusammentreffen von Leistungen und formuliert in Art 12 den Grundsatz, dass ein Anspruch auf mehrere Leistungen gleicher Art aus derselben Pflichtversicherungszeit aufgrund der Verordnung grundsätzlich weder erworben noch aufrechterhalten werden kann. Diese Vorschrift stellt ein Gegengewicht zu den Vorteilen dar, die die Wanderarbeitnehmer aus der VO 1408/71 ableiten können: Sie sollen durch die Anwendbarkeit mehrerer Rechtsordnungen im Vergleich zu den anderen Arbeitnehmern keine wesentliche Besserstellung durch Doppelleistungen erfahren. Nach Art 12 Abs 2 VO 1408/71 sind Kürzungs- oder Ruhensbestimmungen, die in den Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats für den Fall des Zusammentreffens einer Leistung mit anderen Leistungen der sozialen Sicherheit oder mit sonstigen Einkünften vorgesehen sind, einem Berechtigten gegenüber auch anwendbar, wenn es sich um Leistungen handelt, die nach den Rechtsvorschriften eines anderen Mitgliedstaats erworben wurden, oder wenn es sich um Einkünfte handelt, die im Gebiet eines anderen Mitgliedstaats bezogen werden. Durch diese Bestimmung wird es den Mitgliedstaaten ermöglicht, zur Vermeidung einer Überversorgung von Versicherten durch Doppelleistungen im nationalen Recht vorgesehene Kürzungs- oder Ruhensbestimmungen auf strukturgleiche Leistungen nach dem Recht anderer Mitgliedstaaten zu erstrecken (Windisch-Graetz, Europäisches Krankenversicherungs- recht 132 f). Die VO 1408/71 regelt ua das Zusammentreffen von Leistungen und formuliert in Artikel 12, den Grundsatz, dass ein Anspruch auf mehrere Leistungen gleicher Art aus derselben Pflichtversicherungszeit aufgrund der Verordnung grundsätzlich weder erworben noch aufrechterhalten werden kann. Diese Vorschrift stellt ein Gegengewicht zu den Vorteilen dar, die die Wanderarbeitnehmer aus der VO 1408/71 ableiten können: Sie sollen durch die Anwendbarkeit mehrerer Rechtsordnungen im Vergleich zu den anderen Arbeitnehmern keine wesentliche Besserstellung durch Doppelleistungen erfahren. Nach Art 12 Absatz 2, VO 1408/71 sind Kürzungs- oder Ruhensbestimmungen, die in den Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats für den Fall des Zusammentreffens einer Leistung mit anderen Leistungen der sozialen Sicherheit oder mit sonstigen Einkünften vorgesehen sind, einem Berechtigten gegenüber auch anwendbar, wenn es sich um Leistungen handelt, die nach den Rechtsvorschriften eines anderen Mitgliedstaats erworben wurden, oder wenn es sich um Einkünfte handelt, die im Gebiet eines anderen Mitgliedstaats bezogen werden. Durch diese Bestimmung wird es den Mitgliedstaaten ermöglicht, zur Vermeidung einer Überversorgung von Versicherten durch Doppelleistungen im nationalen Recht vorgesehene Kürzungs- oder Ruhensbestimmungen auf strukturgleiche Leistungen nach dem Recht anderer Mitgliedstaaten zu erstrecken (WindischGraetz, Europäisches Krankenversicherungs- recht 132 f).

Es ist zwischen den Parteien nicht strittig, dass im Sinne dieser dargelegten Ausführungen im vorliegenden Fall die Anrechnungsbestimmung des § 6 SPGG zu berücksichtigen ist. Danach sind Geldleistungen, die wegen Pflegebedürftigkeit nach innerstaatlichen oder ausländischen Vorschriften gewährt werden, auf das Pflegegeld nach diesem Gesetz anzurechnen. Diese Bestimmung dient der Vermeidung von Doppelleistungen, die unter anderem wegen Pflegebedürftigkeit nach ausländischen Vorschriften gewährt werden (vgl 10 ObS 1/03z = SSV-NF 17/44 zu § 6 Abs 2 Vorarlberger Landes-Pflegegeldgesetz). Von der Anrechnung nicht erfasst werden unter anderem Leistungen, die aufgrund vertraglicher Verpflichtungen (etwa eines Ausgedinges oder eines Versicherungsvertrags) gebühren (vgl Pfeil, BPGG 117 zur inhaltsgleichen Anrechnungsbestimmung des § 7 BPGG). Es ist zwischen den Parteien nicht strittig, dass im Sinne dieser dargelegten Ausführungen im vorliegenden Fall die Anrechnungsbestimmung des § 6 SPGG zu berücksichtigen ist. Danach sind Geldleistungen, die wegen Pflegebedürftigkeit nach innerstaatlichen oder ausländischen Vorschriften gewährt werden, auf das Pflegegeld nach diesem Gesetz anzurechnen. Diese Bestimmung dient der Vermeidung von Doppelleistungen, die unter anderem wegen Pflegebedürftigkeit nach ausländischen

Vorschriften gewährt werden vergleiche 10 ObS 1/03z = SSV-NF 17/44 zu § 6 Absatz 2, Vorarlberger Landes-Pflegegeldgesetz). Von der Anrechnung nicht erfasst werden unter anderem Leistungen, die aufgrund vertraglicher Verpflichtungen (etwa eines Ausgedinges oder eines Versicherungsvertrags) gebühren vergleiche Pfeil, BPGG 117 zur inhaltsgleichen Anrechnungsbestimmung des § 7 BPGG).

Soweit die Revisionswerberin geltend macht, die freiwillige Krankenversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung sei einer privaten Krankenversicherung gleichzusetzen und Ansprüche aus der freiwilligen Krankenversicherung fielen daher nicht unter die Anrechnungsbestimmung des § 6 SPGG, ist ihr entgegenzuhalten, dass auch in Deutschland die freiwillige Krankenversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung im Verhältnis zur privaten Krankenversicherung sowohl auf anderen rechtlichen als auch sozialpolitischen Grundlagen beruht. Während der Inhalt der freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung im Gesetz sowie in der Satzung der jeweiligen Krankenkasse beschrieben ist, werden die Rechte und Pflichten bei einer privaten Versicherung vertraglich geregelt. Grundlage für die private Krankenversicherung ist also ein Versicherungsvertrag. Zwar ist beiden Formen der Versicherung gemeinsam, dass sie durch den Entschluss des Berechtigten zustande kommt; jedoch gibt es in der gesetzlichen Krankenversicherung - anders als in der privaten Krankenversicherung - grundsätzlich nicht die Möglichkeit, den Inhalt des Versicherungsverhältnisses nach eigenem Belieben zu gestalten und den individuellen Bedürfnissen (Abdeckung nur eines bestimmten Risikos) anzupassen. Auch können die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherungsberechtigte nicht zurückweisen, wenn alle Voraussetzungen für den freiwilligen Beitritt erfüllt sind. Unternehmen im privaten Krankenversicherungsbereich haben hingegen gegebenenfalls die Möglichkeit, den Aufnahmeantrag abzulehnen. Ein weiterer wesentlicher Unterschied ergibt sich bei der Bemessung der Beiträge. Diese werden in der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem Solidaritätsprinzip ermittelt. Basis ist also das Einkommen des Versicherten und nicht das zu versichernde Risiko. Dem gegenüber steht in der privaten Krankenversicherung das Äquivalenzprinzip, das heißt, die Prämie des Versicherungsnehmers wird nach dem übernommenen Risiko bemessen (vgl Bress in Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung, Bd 1, 146. Lfg Kap. 9-9). Da sich somit die freiwillige Krankenversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung grundlegend von der privaten Krankenversicherung unterscheidet, fallen auch Pflegegeldansprüche eines Versicherten aufgrund einer in Deutschland bestehenden freiwilligen Krankenversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung unter die Anrechnungsbestimmung des § 6 SPGG. Soweit die Revisionswerberin geltend macht, die freiwillige Krankenversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung sei einer privaten Krankenversicherung gleichzusetzen und Ansprüche aus der freiwilligen Krankenversicherung fielen daher nicht unter die Anrechnungsbestimmung des § 6 SPGG, ist ihr entgegenzuhalten, dass auch in Deutschland die freiwillige Krankenversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung im Verhältnis zur privaten Krankenversicherung sowohl auf anderen rechtlichen als auch sozialpolitischen Grundlagen beruht. Während der Inhalt der freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung im Gesetz sowie in der Satzung der jeweiligen Krankenkasse beschrieben ist, werden die Rechte und Pflichten bei einer privaten Versicherung vertraglich geregelt. Grundlage für die private Krankenversicherung ist also ein Versicherungsvertrag. Zwar ist beiden Formen der Versicherung gemeinsam, dass sie durch den Entschluss des Berechtigten zustande kommt; jedoch gibt es in der gesetzlichen Krankenversicherung - anders als in der privaten Krankenversicherung - grundsätzlich nicht die Möglichkeit, den Inhalt des Versicherungsverhältnisses nach eigenem Belieben zu gestalten und den individuellen Bedürfnissen (Abdeckung nur eines bestimmten Risikos) anzupassen. Auch können die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherungsberechtigte nicht zurückweisen, wenn alle Voraussetzungen für den freiwilligen Beitritt erfüllt sind. Unternehmen im privaten Krankenversicherungsbereich haben hingegen gegebenenfalls die Möglichkeit, den Aufnahmeantrag abzulehnen. Ein weiterer wesentlicher Unterschied ergibt sich bei der Bemessung der Beiträge. Diese werden in der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem Solidaritätsprinzip ermittelt. Basis ist also das Einkommen des Versicherten und nicht das zu versichernde Risiko. Dem gegenüber steht in der privaten Krankenversicherung das Äquivalenzprinzip, das heißt, die Prämie des Versicherungsnehmers wird nach dem übernommenen Risiko bemessen vergleiche Bress in Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung, Bd 1, 146. Lfg Kap. 9-9). Da sich somit die freiwillige Krankenversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung grundlegend von der privaten Krankenversicherung unterscheidet, fallen auch Pflegegeldansprüche eines Versicherten aufgrund einer in Deutschland bestehenden freiwilligen Krankenversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung unter die Anrechnungsbestimmung des § 6 SPGG.

Die Wendung „Pflegebedürftigkeit nach anderen innerstaatlichen oder ausländischen Vorschriften“ in § 6 SPGG ist

grundsätzlich weit zu verstehen. Eine Anrechnung nach dieser Gesetzesstelle soll daher bereits erfolgen, wenn die andere Leistung demselben Zweck dient wie das Pflegegeld, nämlich pflegebedingten Mehraufwand zumindest teilweise abzugelten (vgl Pfeil aaO BPGG 118 zu § 7 BPGG). Daraus folgt, dass das von der Klägerin aufgrund der freiwilligen Selbstversicherung ihrer Mutter in der Krankenversicherung nach den Bestimmungen des dSGB XI bezogene funktionsgleiche deutsche Pflegegeld auf den Anspruch der Klägerin auf Landespflegegeld nach dem SPGG anzurechnen ist. Der Ansicht der Klägerin, eine volle Anrechnung der von ihr vom deutschen Versicherungsträger bezogenen Pflegegeldleistungen käme nur bei Vorliegen einer Pflichtversicherung, nicht jedoch bei Vorliegen einer freiwilligen Versicherung in Betracht, hat bereits das Berufungsgericht zutreffend entgegengehalten, dass für eine solche unterschiedliche Behandlung schon deshalb kein Anlass besteht, weil sowohl der Pflichtversicherung als auch der freiwilligen Versicherung in der Krankenversicherung Beitragszahlungen immanent sind. Es kann daher bei der Auslegung des § 6 SPGG keinen Unterschied machen, ob die anrechenbare Geldleistung aus einer freiwilligen Versicherung oder aus einer Pflichtversicherung resultiert. Die Vorinstanzen haben somit zu Recht die von der Klägerin aufgrund ihrer Pflegeversicherung in Deutschland tatsächlich erhaltenen Geldleistungen ungekürzt auf das zuerkannte Landespflegegeld angerechnet. Soweit die Klägerin unter Hinweis auf von ihr auch geltend gemachte Staats- und Amtshaftungsansprüche meint, die Beklagte hafte im vorliegenden Fall aufgrund der rechtswidrigen Ablehnung ihres Pflegegeldantrags auch für die dadurch verursachten Beiträge zur Selbstversicherung ihrer Mutter in der Krankenversicherung, ist ihr entgegenzuhalten, dass derartige Schadenersatzansprüche gegen die beklagte Partei nicht in die Zuständigkeit der Arbeits- und Sozialgerichte fallen (vgl 10 ObS 25/04f = SSV-NF 18/22). Die Wendung „Pflegebedürftigkeit nach anderen innerstaatlichen oder ausländischen Vorschriften“ in § 6 SPGG ist grundsätzlich weit zu verstehen. Eine Anrechnung nach dieser Gesetzesstelle soll daher bereits erfolgen, wenn die andere Leistung demselben Zweck dient wie das Pflegegeld, nämlich pflegebedingten Mehraufwand zumindest teilweise abzugelten vergleiche Pfeil aaO BPGG 118 zu § 7 BPGG). Daraus folgt, dass das von der Klägerin aufgrund der freiwilligen Selbstversicherung ihrer Mutter in der Krankenversicherung nach den Bestimmungen des dSGB römischem XI bezogene funktionsgleiche deutsche Pflegegeld auf den Anspruch der Klägerin auf Landespflegegeld nach dem SPGG anzurechnen ist. Der Ansicht der Klägerin, eine volle Anrechnung der von ihr vom deutschen Versicherungsträger bezogenen Pflegegeldleistungen käme nur bei Vorliegen einer Pflichtversicherung, nicht jedoch bei Vorliegen einer freiwilligen Versicherung in Betracht, hat bereits das Berufungsgericht zutreffend entgegengehalten, dass für eine solche unterschiedliche Behandlung schon deshalb kein Anlass besteht, weil sowohl der Pflichtversicherung als auch der freiwilligen Versicherung in der Krankenversicherung Beitragszahlungen immanent sind. Es kann daher bei der Auslegung des Paragraph 6, SPGG keinen Unterschied machen, ob die anrechenbare Geldleistung aus einer freiwilligen Versicherung oder aus einer Pflichtversicherung resultiert. Die Vorinstanzen haben somit zu Recht die von der Klägerin aufgrund ihrer Pflegeversicherung in Deutschland tatsächlich erhaltenen Geldleistungen ungekürzt auf das zuerkannte Landespflegegeld angerechnet. Soweit die Klägerin unter Hinweis auf von ihr auch geltend gemachte Staats- und Amtshaftungsansprüche meint, die Beklagte hafte im vorliegenden Fall aufgrund der rechtswidrigen Ablehnung ihres Pflegegeldantrags auch für die dadurch verursachten Beiträge zur Selbstversicherung ihrer Mutter in der Krankenversicherung, ist ihr entgegenzuhalten, dass derartige Schadenersatzansprüche gegen die beklagte Partei nicht in die Zuständigkeit der Arbeits- und Sozialgerichte fallen (vgl 10 ObS 25/04f = SSV-NF 18/22).

Der Revision war daher ein Erfolg zu versagen.

Die Kostenentscheidung gründet sich auf § 77 Abs 1 Z 2 lit b ASGG. Gründe für einen ausnahmsweisen Kostenzuspruch nach Billigkeit im Sinne dieser Gesetzesstelle wurden nicht vorgebracht und sind auch aus dem Akt nicht ersichtlich. Die Kostenentscheidung gründet sich auf § 77 Absatz eins, Ziffer 2, lit b ASGG. Gründe für einen ausnahmsweisen Kostenzuspruch nach Billigkeit im Sinne dieser Gesetzesstelle wurden nicht vorgebracht und sind auch aus dem Akt nicht ersichtlich.

Textnummer

E89262

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:OGH0002:2008:010OBS00121.08D.1104.000

Im RIS seit

04.12.2008

Zuletzt aktualisiert am

06.09.2010

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

© 2026 JUSLINE

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

www.jusline.at