

TE OGH 2008/10/14 10ObS119/08k

JUSLINE Entscheidung

🕒 Veröffentlicht am 14.10.2008

Kopf

Der Oberste Gerichtshof hat durch den Senatspräsidenten Dr. Schinko als Vorsitzenden sowie die Hofräte Dr. Fellingner und Dr. Hoch als weitere Richter (Senat nach § 11a Abs 3 ASGG) in der Sozialrechtssache der klagenden Partei MMag. Dr. Martin B*****, vertreten durch Dr. Michael Brandauer, Rechtsanwalt in Feldkirch, gegen die beklagte Partei Vorarlberger Gebietskrankenkasse, 6850 Dornbirn, Jahngasse 4, vor dem Obersten Gerichtshof nicht vertreten, wegen 5.878,32 EUR sA, infolge Revisionsrekurses der klagenden Partei gegen den Beschluss des Oberlandesgerichts Innsbruck als Rekursgericht in Arbeits- und Sozialrechtssachen vom 11. Juni 2008, GZ 25 Rs 31/08g-12, womit infolge Rekurses der klagenden Partei der Beschluss des Landesgerichts Feldkirch als Arbeits- und Sozialgericht vom 3. Dezember 2007, GZ 35 Cgs 222/07z-8, bestätigt wurde, in nichtöffentlicher Sitzung denDer Oberste Gerichtshof hat durch den Senatspräsidenten Dr. Schinko als Vorsitzenden sowie die Hofräte Dr. Fellingner und Dr. Hoch als weitere Richter (Senat nach Paragraph 11 a, Absatz 3, ASGG) in der Sozialrechtssache der klagenden Partei MMag. Dr. Martin B*****, vertreten durch Dr. Michael Brandauer, Rechtsanwalt in Feldkirch, gegen die beklagte Partei Vorarlberger Gebietskrankenkasse, 6850 Dornbirn, Jahngasse 4, vor dem Obersten Gerichtshof nicht vertreten, wegen 5.878,32 EUR sA, infolge Revisionsrekurses der klagenden Partei gegen den Beschluss des Oberlandesgerichts Innsbruck als Rekursgericht in Arbeits- und Sozialrechtssachen vom 11. Juni 2008, GZ 25 Rs 31/08g-12, womit infolge Rekurses der klagenden Partei der Beschluss des Landesgerichts Feldkirch als Arbeits- und Sozialgericht vom 3. Dezember 2007, GZ 35 Cgs 222/07z-8, bestätigt wurde, in nichtöffentlicher Sitzung den

Beschluss

gefasst:

Spruch

Dem Revisionsrekurs wird Folge gegeben.

Die Beschlüsse der Vorinstanzen werden aufgehoben. Die Rechtssache wird zur neuerlichen Entscheidung nach Verfahrensergänzung an das Erstgericht zurückverwiesen.

Die Kosten des Rechtsmittelverfahrens sind weitere Verfahrenskosten.

Text

Begründung:

Der Kläger stellte am 3. 9. 2007 über einen ihn behandelnden Facharzt für Augenheilkunde und Optometrie bei der Beklagten den Antrag auf Krankenbehandlung im Ausland. Er leide an einem „Keratokonius III - IV“ und es sei eine notwendige Behandlung „Epikeratophakie (EPI) zur Erhaltung der Hornhaut“ in der „Praxis-Klinik Dr. Jörg H. K*****, Facharzt für Augenheilkunde, ambulante Operationen“ in Bochum geplant. Als Datum des Behandlungsantritts ist der 19. 9. 2007 angeführt und eine voraussichtliche Dauer der Behandlung mit ca sechs Tagen (inklusive Nachkontrolle vor

Ort) angegeben. Als Grund für die Auslandsbehandlung ist angeführt, dass die behandelnde/unterfertigende Stelle nicht in der Lage sei, die dem erforderlichen medizinischen Standard entsprechende Leistung selbst zu erbringen, und entsprechend der Dringlichkeit des Falls auch an einer anderen österreichischen Behandlungsstelle die notwendige Behandlung mit der gebotenen Qualität nicht erbracht werden könne. Der Kläger stellte am 3. 9. 2007 über einen ihn behandelnden Facharzt für Augenheilkunde und Optometrie bei der Beklagten den Antrag auf Krankenbehandlung im Ausland. Er leide an einem „Keratokonius römisch III - IV“ und es sei eine notwendige Behandlung „Epikeratophakie (EPI) zur Erhaltung der Hornhaut“ in der „Praxis-Klinik Dr. Jörg H. K*****, Facharzt für Augenheilkunde, ambulante Operationen“ in Bochum geplant. Als Datum des Behandlungsantritts ist der 19. 9. 2007 angeführt und eine voraussichtliche Dauer der Behandlung mit ca sechs Tagen (inklusive Nachkontrolle vor Ort) angegeben. Als Grund für die Auslandsbehandlung ist angeführt, dass die behandelnde/unterfertigende Stelle nicht in der Lage sei, die dem erforderlichen medizinischen Standard entsprechende Leistung selbst zu erbringen, und entsprechend der Dringlichkeit des Falls auch an einer anderen österreichischen Behandlungsstelle die notwendige Behandlung mit der gebotenen Qualität nicht erbracht werden könne.

Mit Bescheid der Beklagten vom 12. 9. 2007 wurde dieser Antrag auf Kostenübernahme einer Krankenbehandlung im Ausland mittels Formblatt E 112 im Wesentlichen mit der Begründung abgewiesen, dass nach der Auskunft des Leiters der Augenklinik in Salzburg alle Verfahren, die zur Behandlung eines Keratokonius erforderlich seien, von österreichischen Kliniken durchgeführt würden. Die Bewilligung einer Kostenübernahme für eine Krankenbehandlung im Ausland könne gemäß Art 22 Abs 1 lit c VO (EWG) 1408/71 nur erfolgen, wenn eine ausreichende und zweckmäßige Behandlung einer Krankheit im Inland nicht oder nicht in einem angemessenen Zeitraum möglich sei. Da eine ausreichende und zweckmäßige Behandlung eines Keratokonius in einer österreichischen Behandlungsstelle ohne weiteres möglich sei und laut Auskunft des Keratokonius-Center Bochum die deutschen gesetzlichen Krankenkassen für die Epikeratophakie grundsätzlich keine Kosten übernähmen, sei eine zwischenstaatliche Abrechnung mittels Formblatt E 112 nicht möglich. Der Bescheid enthielt weiters den Hinweis, dass bei Durchführung einer gezielten Krankenbehandlung im Ausland ohne vorherige Genehmigung durch die Beklagte die Möglichkeit bestehe, die bezahlte Original-Honorarnote zum tariflichen Rückersatz einzureichen. Mit Bescheid der Beklagten vom 12. 9. 2007 wurde dieser Antrag auf Kostenübernahme einer Krankenbehandlung im Ausland mittels Formblatt E 112 im Wesentlichen mit der Begründung abgewiesen, dass nach der Auskunft des Leiters der Augenklinik in Salzburg alle Verfahren, die zur Behandlung eines Keratokonius erforderlich seien, von österreichischen Kliniken durchgeführt würden. Die Bewilligung einer Kostenübernahme für eine Krankenbehandlung im Ausland könne gemäß Artikel 22, Absatz eins, Litera c, VO (EWG) 1408/71 nur erfolgen, wenn eine ausreichende und zweckmäßige Behandlung einer Krankheit im Inland nicht oder nicht in einem angemessenen Zeitraum möglich sei. Da eine ausreichende und zweckmäßige Behandlung eines Keratokonius in einer österreichischen Behandlungsstelle ohne weiteres möglich sei und laut Auskunft des Keratokonius-Center Bochum die deutschen gesetzlichen Krankenkassen für die Epikeratophakie grundsätzlich keine Kosten übernähmen, sei eine zwischenstaatliche Abrechnung mittels Formblatt E 112 nicht möglich. Der Bescheid enthielt weiters den Hinweis, dass bei Durchführung einer gezielten Krankenbehandlung im Ausland ohne vorherige Genehmigung durch die Beklagte die Möglichkeit bestehe, die bezahlte Original-Honorarnote zum tariflichen Rückersatz einzureichen.

Gegen diesen Bescheid richtet sich die vorliegende Klage mit dem Begehren, die Beklagte schuldig zu erkennen, „dem Kläger die Kosten der Epikeratophakie am linken Auge in der Praxis und Klinik Dr. K***** in Bochum/Deutschland vom 20. 9. 2007 samt Folgekosten im Betrag von 5.878,32 EUR zuzüglich 4 % Zinsen aus diesem Betrag seit Klagseinbringung binnen 14 Tagen ... zu ersetzen bzw zu zahlen“. Der Kläger brachte im Wesentlichen vor, die Genehmigung für die beantragte Krankenbehandlung im Ausland hätte nur verweigert werden dürfen, wenn eine gleiche oder für ihn ebenso wirksame Behandlung rechtzeitig im Wohnsitzstaat hätte erlangt werden können. Aufgrund des fortgeschrittenen Stadiums der Erkrankung des linken Auges sowie der Dauerhaftigkeit der Entzündung des Auges sei für eine Behandlung des Klägers grundsätzlich nur eine Hornhauttransplantation in Betracht gekommen. Nur die Praxis-Klinik Dr. K***** in Bochum habe die Behandlungsmethode der Epikeratophakie empfohlen, welche die bestehende Hornhaut erhalte, mit wesentlichen geringeren Belastungen und Risiken verbunden und darüber hinaus auch kostengünstiger sei. Da die Epikeratophakie in Österreich nicht, jedenfalls nicht mit annähernd gleichen Erfolgen und Erfahrungen wie in der genannten Praxis-Klinik in Deutschland durchgeführt werde und eine andere adäquate Krankenbehandlung in Österreich im Fall des Klägers nicht zur Verfügung stehe, sei die von ihm im Sinn des Art 22 VO (EWG) 1408/71 beantragte Krankenbehandlung im Ausland von der Beklagten zu Unrecht abgelehnt

worden. Die Entscheidung der Beklagten verstoße auch gegen Art 49 EGV, wonach ein Versicherter grundsätzlich das Recht habe, sich in das Gebiet eines anderen Vertragsstaats zu begeben, um dort eine seinem Zustand angemessene Behandlung zu erhalten. Nach der Rechtsprechung des EuGH und des Obersten Gerichtshofs habe der Kläger auch im Fall einer widerrechtlichen Versagung der Genehmigung nach Art 22 VO (EWG) 1408/71 einen unmittelbaren Anspruch gegen die Beklagte auf Kostenerstattung in der Höhe, wie sie normalerweise zu erbringen gewesen wäre, wenn die Genehmigung von Anfang an ordnungsgemäß erteilt worden wäre. Dass die Kosten einer Epikeratophakie von den gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland nicht übernommen würden, sei unzutreffend und würde nur den Erstattungsanspruch des Klägers gegen die Beklagte erhöhen. Da in Österreich im Krankenhaus oder durch Vertragspartner der Beklagten offensichtlich keine solchen Operationen durchgeführt werden, seien die tatsächlich durch die gegenständliche Behandlung angefallenen Kosten zu ersetzen, jedenfalls aber die Kosten einer Hornhauttransplantation in einer Vertragsklinik der Beklagten. Da eine (weitere) Verschlechterung des Augenzustands des Klägers die Vornahme einer Epikeratophakie verhindert hätte, sei diese Operation am linken Auge des Klägers am 19. 9. 2007 in der genannten Praxis-Klinik in Deutschland ambulant und erfolgreich durchgeführt worden. Durch diese im Zeitraum vom 19. 9. bis 24. 9. 2007 durchgeführte Behandlung seien dem Kläger Kosten in Höhe von insgesamt 5.878,32 EUR entstanden, deren Ersatz er nunmehr von der Beklagten begehre. Gegen diesen Bescheid richtet sich die vorliegende Klage mit dem Begehren, die Beklagte schuldig zu erkennen, „dem Kläger die Kosten der Epikeratophakie am linken Auge in der Praxis und Klinik Dr. K***** in Bochum/Deutschland vom 20. 9. 2007 samt Folgekosten im Betrag von 5.878,32 EUR zuzüglich 4 % Zinsen aus diesem Betrag seit Klagseinbringung binnen 14 Tagen ... zu ersetzen bzw zu zahlen“. Der Kläger brachte im Wesentlichen vor, die Genehmigung für die beantragte Krankenbehandlung im Ausland hätte nur verweigert werden dürfen, wenn eine gleiche oder für ihn ebenso wirksame Behandlung rechtzeitig im Wohnsitzstaat hätte erlangt werden können. Aufgrund des fortgeschrittenen Stadiums der Erkrankung des linken Auges sowie der Dauerhaftigkeit der Entzündung des Auges sei für eine Behandlung des Klägers grundsätzlich nur eine Hornhauttransplantation in Betracht gekommen. Nur die Praxis-Klinik Dr. K***** in Bochum habe die Behandlungsmethode der Epikeratophakie empfohlen, welche die bestehende Hornhaut erhalte, mit wesentlichen geringeren Belastungen und Risiken verbunden und darüber hinaus auch kostengünstiger sei. Da die Epikeratophakie in Österreich nicht, jedenfalls nicht mit annähernd gleichen Erfolgen und Erfahrungen wie in der genannten Praxis-Klinik in Deutschland durchgeführt werde und eine andere adäquate Krankenbehandlung in Österreich im Fall des Klägers nicht zur Verfügung stehe, sei die von ihm im Sinn des Artikel 22, VO (EWG) 1408/71 beantragte Krankenbehandlung im Ausland von der Beklagten zu Unrecht abgelehnt worden. Die Entscheidung der Beklagten verstoße auch gegen Artikel 49, EGV, wonach ein Versicherter grundsätzlich das Recht habe, sich in das Gebiet eines anderen Vertragsstaats zu begeben, um dort eine seinem Zustand angemessene Behandlung zu erhalten. Nach der Rechtsprechung des EuGH und des Obersten Gerichtshofs habe der Kläger auch im Fall einer widerrechtlichen Versagung der Genehmigung nach Artikel 22, VO (EWG) 1408/71 einen unmittelbaren Anspruch gegen die Beklagte auf Kostenerstattung in der Höhe, wie sie normalerweise zu erbringen gewesen wäre, wenn die Genehmigung von Anfang an ordnungsgemäß erteilt worden wäre. Dass die Kosten einer Epikeratophakie von den gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland nicht übernommen würden, sei unzutreffend und würde nur den Erstattungsanspruch des Klägers gegen die Beklagte erhöhen. Da in Österreich im Krankenhaus oder durch Vertragspartner der Beklagten offensichtlich keine solchen Operationen durchgeführt werden, seien die tatsächlich durch die gegenständliche Behandlung angefallenen Kosten zu ersetzen, jedenfalls aber die Kosten einer Hornhauttransplantation in einer Vertragsklinik der Beklagten. Da eine (weitere) Verschlechterung des Augenzustands des Klägers die Vornahme einer Epikeratophakie verhindert hätte, sei diese Operation am linken Auge des Klägers am 19. 9. 2007 in der genannten Praxis-Klinik in Deutschland ambulant und erfolgreich durchgeführt worden. Durch diese im Zeitraum vom 19. 9. bis 24. 9. 2007 durchgeführte Behandlung seien dem Kläger Kosten in Höhe von insgesamt 5.878,32 EUR entstanden, deren Ersatz er nunmehr von der Beklagten begehre.

Die Beklagte beantragte die Zurückweisung der Klage wegen Unzulässigkeit des Rechtswegs, hilfsweise die Abweisung des Klagebegehrens. Der Kläger mache mit der vorliegenden Klage nicht mehr die Bewilligung einer Krankenbehandlung im Ausland nach den zwischenstaatlichen Koordinationsregeln geltend, sondern den Ersatz der anlässlich einer (ohne Bewilligung bereits durchgeführten) Behandlung entstandenen Kosten von angeblich 5.878,32 EUR sA. Da der Kläger einen entsprechenden Kostenersatz bei der Beklagten bisher nicht beantragt und die behaupteten Behandlungskosten durch Vorlage entsprechender Rechnungen auch nicht nachgewiesen habe, habe die Beklagte bisher noch keine Gelegenheit gehabt, über einen allfälligen Kostenersatz mit Bescheid zu entscheiden. Da es

sich beim gegenständlichen Begehren auf Kostenerstattung um eine Sozialrechtssache nach § 65 Abs 1 Z 1 ASGG handle, sei eine Klage an das Arbeits- und Sozialgericht nur zulässig, wenn der beklagte Sozialversicherungsträger über dieses Begehren bereits mit Bescheid entschieden habe. Die österreichische Rechtslage der sukzessiven Kompetenz stehe auch im Einklang mit der Judikatur des EuGH, wonach bei gerichtlicher Feststellung der allfälligen Unbegründetheit einer Ablehnung einer Genehmigung nach Art 22 Abs 1 lit c VO (EWG) 1408/71 ein Anspruch auf Kostenersatz unmittelbar gegen den zuständigen Träger geltend zu machen sei und erst in der Folge - nach bescheidmäßiger Erledigung eines allfälligen Kostenerstattungsantrags - die Geltendmachung einer (allenfalls auch höheren) Kostenerstattung beim zuständigen Sozialgericht möglich sei. Die Beklagte beantragte die Zurückweisung der Klage wegen Unzulässigkeit des Rechtswegs, hilfsweise die Abweisung des Klagebegehrens. Der Kläger mache mit der vorliegenden Klage nicht mehr die Bewilligung einer Krankenbehandlung im Ausland nach den zwischenstaatlichen Koordinationsregeln geltend, sondern den Ersatz der anlässlich einer (ohne Bewilligung bereits durchgeführten) Behandlung entstandenen Kosten von angeblich 5.878,32 EUR sA. Da der Kläger einen entsprechenden Kostenersatz bei der Beklagten bisher nicht beantragt und die behaupteten Behandlungskosten durch Vorlage entsprechender Rechnungen auch nicht nachgewiesen habe, habe die Beklagte bisher noch keine Gelegenheit gehabt, über einen allfälligen Kostenersatz mit Bescheid zu entscheiden. Da es sich beim gegenständlichen Begehren auf Kostenerstattung um eine Sozialrechtssache nach Paragraph 65, Absatz eins, Ziffer eins, ASGG handle, sei eine Klage an das Arbeits- und Sozialgericht nur zulässig, wenn der beklagte Sozialversicherungsträger über dieses Begehren bereits mit Bescheid entschieden habe. Die österreichische Rechtslage der sukzessiven Kompetenz stehe auch im Einklang mit der Judikatur des EuGH, wonach bei gerichtlicher Feststellung der allfälligen Unbegründetheit einer Ablehnung einer Genehmigung nach Artikel 22, Absatz eins, Litera c, VO (EWG) 1408/71 ein Anspruch auf Kostenersatz unmittelbar gegen den zuständigen Träger geltend zu machen sei und erst in der Folge - nach bescheidmäßiger Erledigung eines allfälligen Kostenerstattungsantrags - die Geltendmachung einer (allenfalls auch höheren) Kostenerstattung beim zuständigen Sozialgericht möglich sei.

Im Übrigen sei die Genehmigung rechtmäßig versagt worden, weil die Augenerkrankung des Klägers in österreichischen Krankenanstalten in ausreichendem und zweckmäßigen Ausmaß im Sinne des § 133 Abs 2 ASVG behandelt werden könne. Sonstige, insbesondere über das Maß des Notwendigen hinausgehende Krankenbehandlungen gehörten gemäß § 133 Abs 2 ASVG nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen österreichischen Krankenversicherung. Für eine notwendige Krankenbehandlung, die ohne Genehmigung im Ausland konsumiert werde, leistet die Beklagte grundsätzlich dieselben Kostenersätze und -zuschüsse, wie wenn diese Behandlung bei österreichischen Leistungserbringern ohne Kassenvertrag in Anspruch genommen werde. Diese Vorgangsweise verstoße nicht gegen die Dienstleistungsfreiheit nach Art 49 EGV. Im Übrigen sei die Genehmigung rechtmäßig versagt worden, weil die Augenerkrankung des Klägers in österreichischen Krankenanstalten in ausreichendem und zweckmäßigen Ausmaß im Sinne des Paragraph 133, Absatz 2, ASVG behandelt werden könne. Sonstige, insbesondere über das Maß des Notwendigen hinausgehende Krankenbehandlungen gehörten gemäß Paragraph 133, Absatz 2, ASVG nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen österreichischen Krankenversicherung. Für eine notwendige Krankenbehandlung, die ohne Genehmigung im Ausland konsumiert werde, leistet die Beklagte grundsätzlich dieselben Kostenersätze und -zuschüsse, wie wenn diese Behandlung bei österreichischen Leistungserbringern ohne Kassenvertrag in Anspruch genommen werde. Diese Vorgangsweise verstoße nicht gegen die Dienstleistungsfreiheit nach Artikel 49, EGV.

Der Kläger hielt dem Einwand der Unzulässigkeit des Rechtswegs im Wesentlichen entgegen, sein Antrag auf Kostenübernahme für die Krankenbehandlung im Ausland enthalte implizit auch den Antrag auf Kostenerstattung. „Kostenübernahme“ bedeute nach der Rechtsprechung des EuGH auch die Erstattung der Kosten gegenüber dem Versicherten. Es sei daher nicht zulässig, den Begriff „Kostenübernahme“ einschränkend auszulegen und die Frage der Sachleistung bzw der Kostenerstattung in getrennten Verfahren zu prüfen. Außerdem verlange der EuGH bei einem Genehmigungsverfahren ein (für den Versicherten) leicht zugängliches Verfahren mit Garantien für Unparteilichkeit, Objektivität, Behandlung in angemessener Frist und Anfechtbarkeit in einem gerichtlichen Verfahren. Die Rechtmäßigkeit der Nichterteilung der Genehmigung sei im gegenständlichen Verfahren zu klären, da andernfalls der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 12. 9. 2007, den der Kläger nicht akzeptieren könne, in Rechtskraft erwachse.

Das Erstgericht wies die Klage gemäß § 73 ASGG im Wesentlichen mit der Begründung zurück, dass nach § 67 Abs 1 Z 1

ASGG in einer Leistungssache nach § 65 Abs 1 Z 1 ASGG vom Versicherten eine Klage nur erhoben werden dürfe, wenn der Versicherungsträger darüber mit Bescheid entschieden (Bescheidklage) oder den Bescheid nicht innerhalb der gesetzlichen Fristen erlassen habe. Der (zulässige) Gegenstand einer Bescheidklage beschränke sich auf jene Ansprüche, über die der Versicherungsträger entschieden habe. Da die Beklagte im angefochtenen Bescheid eine Kostenübernahme einer Krankenbehandlung im Ausland mittels Formblatt E 112 abgewiesen habe, der Kläger im gegenständlichen Verfahren jedoch einen Anspruch auf Kostenerstattung für die Krankenbehandlung im Ausland geltend mache, liege der gegenständlichen Klage keine von der Beklagten im angefochtenen Bescheid entschiedene Frage zugrunde, weshalb die Klage wegen Unzulässigkeit des Rechtswegs zurückzuweisen sei. Das Erstgericht wies die Klage gemäß Paragraph 73, ASGG im Wesentlichen mit der Begründung zurück, dass nach Paragraph 67, Absatz eins, Ziffer eins, ASGG in einer Leistungssache nach Paragraph 65, Absatz eins, Ziffer eins, ASGG vom Versicherten eine Klage nur erhoben werden dürfe, wenn der Versicherungsträger darüber mit Bescheid entschieden (Bescheidklage) oder den Bescheid nicht innerhalb der gesetzlichen Fristen erlassen habe. Der (zulässige) Gegenstand einer Bescheidklage beschränke sich auf jene Ansprüche, über die der Versicherungsträger entschieden habe. Da die Beklagte im angefochtenen Bescheid eine Kostenübernahme einer Krankenbehandlung im Ausland mittels Formblatt E 112 abgewiesen habe, der Kläger im gegenständlichen Verfahren jedoch einen Anspruch auf Kostenerstattung für die Krankenbehandlung im Ausland geltend mache, liege der gegenständlichen Klage keine von der Beklagten im angefochtenen Bescheid entschiedene Frage zugrunde, weshalb die Klage wegen Unzulässigkeit des Rechtswegs zurückzuweisen sei.

Das Rekursgericht bestätigte diese Entscheidung. Es schloss sich im Ergebnis mit ausführlicher Begründung der Rechtsansicht des Erstgerichts an und sprach aus, dass der ordentliche Revisionsrekurs zulässig sei, weil zur Frage der Rechtswegzulässigkeit unter Einbeziehung des Gemeinschaftsrechts eine jüngere Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofs nicht vorliege und der auf die Einheit des Versicherungsfalls und Leistungsanspruchs aus einem Krankheitsfall gestützten Argumentation des Klägers im Hinblick auf eine allenfalls gebotene gemeinschaftsrechtliche Sichtweise und die Tendenz der Rechtsprechung des EuGH der Ermöglichung eines leichteren Zugangs zur Überprüfung verwaltungsbehördlicher Entscheidungen durch ordentliche Gerichte auch unter Berücksichtigung des Art 94 B-VG eine Beachtlichkeit nicht abgesprochen werden könne. Das Rekursgericht bestätigte diese Entscheidung. Es schloss sich im Ergebnis mit ausführlicher Begründung der Rechtsansicht des Erstgerichts an und sprach aus, dass der ordentliche Revisionsrekurs zulässig sei, weil zur Frage der Rechtswegzulässigkeit unter Einbeziehung des Gemeinschaftsrechts eine jüngere Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofs nicht vorliege und der auf die Einheit des Versicherungsfalls und Leistungsanspruchs aus einem Krankheitsfall gestützten Argumentation des Klägers im Hinblick auf eine allenfalls gebotene gemeinschaftsrechtliche Sichtweise und die Tendenz der Rechtsprechung des EuGH der Ermöglichung eines leichteren Zugangs zur Überprüfung verwaltungsbehördlicher Entscheidungen durch ordentliche Gerichte auch unter Berücksichtigung des Artikel 94, B-VG eine Beachtlichkeit nicht abgesprochen werden könne.

Gegen diese Entscheidung richtet sich der Revisionsrekurs des Klägers wegen unrichtiger rechtlicher Beurteilung mit dem Antrag, die Beschlüsse der Vorinstanzen ersatzlos aufzuheben und dem Erstgericht die Fortsetzung des Verfahrens unter Abstandnahme vom gebrauchten Zurückweisungsgrund aufzutragen. Hilfsweise wird ein Aufhebungsantrag gestellt.

Die Beklagte hat sich am Rechtsmittelverfahren nicht beteiligt.

Rechtliche Beurteilung

Der Revisionsrekurs, über den gemäß § 11a Abs 3 Z 2 ASGG ohne Beiziehung fachkundiger Laienrichter zu entscheiden war, ist aus dem vom Rekursgericht genannten Grund zulässig und im Sinne der beschlossenen Aufhebung auch berechtigt. Der Revisionsrekurs, über den gemäß Paragraph 11 a, Absatz 3, Ziffer 2, ASGG ohne Beiziehung fachkundiger Laienrichter zu entscheiden war, ist aus dem vom Rekursgericht genannten Grund zulässig und im Sinne der beschlossenen Aufhebung auch berechtigt.

Der Kläger macht im Wesentlichen geltend, der von ihm gestellte Antrag auf Krankenbehandlung im Ausland erfasse generell den Anspruch auf „Kostenübernahme“, weshalb der angefochtene Bescheid der Beklagten inhaltlich auch seinen Antrag auf Kostenerstattung abgewiesen habe. Ein Antrag sei im Zweifel immer zugunsten des Versicherten auszulegen. Weise die Beklagte - wie im vorliegenden Fall - den Antrag auf Kostenübernahme im Wege des Formblatts

E 112 ab, so impliziere dies zwingend auch, dass eine Kostenerstattung im Sinn des Art 22 VO (EWG) 1408/71 nicht erfolgen werde. Der Kläger macht im Wesentlichen geltend, der von ihm gestellte Antrag auf Krankenbehandlung im Ausland erfasse generell den Anspruch auf „Kostenübernahme“, weshalb der angefochtene Bescheid der Beklagten inhaltlich auch seinen Antrag auf Kostenerstattung abgewiesen habe. Ein Antrag sei im Zweifel immer zugunsten des Versicherten auszulegen. Weise die Beklagte - wie im vorliegenden Fall - den Antrag auf Kostenübernahme im Wege des Formblatts E 112 ab, so impliziere dies zwingend auch, dass eine Kostenerstattung im Sinn des Artikel 22, VO (EWG) 1408/71 nicht erfolgen werde.

Auch nach Ansicht des Rekursgerichts falle mit einer zulässigen Feststellungsklage der „Versicherungsfall zur Gänze“ in die Kompetenz der Gerichte und es seien Änderungen in der Sachverhaltsgrundlage (zB ein zwischenzeitlich entstandener Kostenerstattungsanspruch) bis zum Schluss der Verhandlung zu berücksichtigen. Es könne dabei keinen Unterschied machen, ob die Änderungen in der Sachverhaltsgrundlage vor, mit oder nach der Klagseinbringung (bis zum Schluss der mündlichen Verhandlung) eingetreten seien. Seien die Änderungen - wie im vorliegenden Fall - vor der Klagseinbringung eingetreten, liege bei Identität des Anspruchs (Kostenübernahme), des Versicherungsfalls (Augenoperation) und der Rechtsgrundlage (Art 22 VO [EWG] 1408/71 iVm Art 49 EGV) der gleiche Versicherungsfall vor, der zur Gänze in die gerichtliche Zuständigkeit falle. Auch nach Ansicht des Rekursgerichts falle mit einer zulässigen Feststellungsklage der „Versicherungsfall zur Gänze“ in die Kompetenz der Gerichte und es seien Änderungen in der Sachverhaltsgrundlage (zB ein zwischenzeitlich entstandener Kostenerstattungsanspruch) bis zum Schluss der Verhandlung zu berücksichtigen. Es könne dabei keinen Unterschied machen, ob die Änderungen in der Sachverhaltsgrundlage vor, mit oder nach der Klagseinbringung (bis zum Schluss der mündlichen Verhandlung) eingetreten seien. Seien die Änderungen - wie im vorliegenden Fall - vor der Klagseinbringung eingetreten, liege bei Identität des Anspruchs (Kostenübernahme), des Versicherungsfalls (Augenoperation) und der Rechtsgrundlage (Artikel 22, VO [EWG] 1408/71 in Verbindung mit Artikel 49, EGV) der gleiche Versicherungsfall vor, der zur Gänze in die gerichtliche Zuständigkeit falle.

Der Kläger habe einen Anspruch auf (kostenfreie) Krankenbehandlung im Ausland und im Fall einer ungerechtfertigten Abweisung dieses Antrags einen Anspruch auf Kostenerstattung. Werde die Genehmigung widerrechtlich nicht erteilt, entstehe der Anspruch auf Kostenerstattung unmittelbar, ohne dass ein neuerlicher Antrag auf Kostenerstattung unter Vorlage von Rechnungen erforderlich wäre. Es würde der Rechtsprechung des EuGH widersprechen, wenn die Feststellung der „Unbegründetheit dieser Ablehnung“ zwingend in einem eigenen, gesonderten Hauptverfahren durch eine gerichtliche Entscheidung erforderlich wäre. Die Auslegung der Vorinstanzen, den Begriff „Kostenübernahme“ einschränkend zu verstehen und die Fragen der Verrechnung mit dem Formular E 112 bzw der Kostenerstattung zwingend in zwei getrennte Bescheide (Hauptverfahren) aufzuspalten, stehe im Widerspruch zur Judikatur des EuGH. Die Unrechtmäßigkeit der von der Beklagten verweigerten Genehmigung sei somit im gegenständlichen Verfahren zu klären, da andernfalls der Bescheid der Beklagten vom 12. 9. 2007 in Rechtskraft erwachsen und nachteilige Rechtsfolgen für den Kläger erzeugen würde.

Weiters sei eine Umstellung des Klagebegehrens auf das nach der Durchführung der Operation am 19. 9. 2007 „verbliebene Interesse“ (im Sinne des Ersatzes bzw der Übernahme der vom Kläger konkret dafür aufgewendeten Kosten) im Sinn des § 235 Abs 4 ZPO zulässig. Schließlich sei bis zum Schluss der mündlichen Verhandlung eine Heilung der bestrittenen Unzulässigkeit des Rechtswegs möglich. Da bis zu diesem Zeitpunkt alle Unterlagen (insbesondere die saldierten Rechnungen) vorgelegen seien, welche eine Entscheidung über die Kostenerstattung ermöglicht hätten, sei jedenfalls eine Heilung des Vorliegens der Prozessvoraussetzung der Zulässigkeit des Rechtswegs eingetreten. Weiters sei eine Umstellung des Klagebegehrens auf das nach der Durchführung der Operation am 19. 9. 2007 „verbliebene Interesse“ (im Sinne des Ersatzes bzw der Übernahme der vom Kläger konkret dafür aufgewendeten Kosten) im Sinn des Paragraph 235, Absatz 4, ZPO zulässig. Schließlich sei bis zum Schluss der mündlichen Verhandlung eine Heilung der bestrittenen Unzulässigkeit des Rechtswegs möglich. Da bis zu diesem Zeitpunkt alle Unterlagen (insbesondere die saldierten Rechnungen) vorgelegen seien, welche eine Entscheidung über die Kostenerstattung ermöglicht hätten, sei jedenfalls eine Heilung des Vorliegens der Prozessvoraussetzung der Zulässigkeit des Rechtswegs eingetreten.

Der erkennende Senat hat dazu Folgendes erwogen:

1. Zum Gemeinschaftsrecht:

1.1. Nach ständiger Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) fallen Gesundheitsleistungen, die

Gegenstand sozialversicherungsrechtlicher Ansprüche sind, unter die Dienstleistungsfreiheit der Art 49 ff EGV, ohne dass danach zu unterscheiden wäre, ob die Versorgung in einer Krankenanstalt oder außerhalb davon erbracht wird (vgl. die Judikaturnachweise in 10 ObS 137/04a = SZ 2004/156). Dies gilt auch, wenn der Leistungsempfänger einem Krankenversicherungssystem angehört, das die Krankenbehandlung als Sachleistung gewährt. Das Gemeinschaftsrecht lässt zwar die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten zur Ausgestaltung ihrer Systeme der sozialen Sicherheit unberührt; gleichwohl müssen die Mitgliedstaaten bei der Ausübung dieser Befugnis das Gemeinschaftsrecht beachten (10 ObS 137/04a = SZ 2004/156 mwN).

1.1. Nach ständiger Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) fallen Gesundheitsleistungen, die Gegenstand sozialversicherungsrechtlicher Ansprüche sind, unter die Dienstleistungsfreiheit der Artikel 49, ff EGV, ohne dass danach zu unterscheiden wäre, ob die Versorgung in einer Krankenanstalt oder außerhalb davon erbracht wird (vergleiche die Judikaturnachweise in 10 ObS 137/04a = SZ 2004/156). Dies gilt auch, wenn der Leistungsempfänger einem Krankenversicherungssystem angehört, das die Krankenbehandlung als Sachleistung gewährt. Das Gemeinschaftsrecht lässt zwar die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten zur Ausgestaltung ihrer Systeme der sozialen Sicherheit unberührt; gleichwohl müssen die Mitgliedstaaten bei der Ausübung dieser Befugnis das Gemeinschaftsrecht beachten (10 ObS 137/04a = SZ 2004/156 mwN).

1.2. Nach Art 22 Abs 1 lit c der VO (EWG) Nr 1408/71 (im Folgenden: VO 1408/71) hat ein Versicherter, der vom zuständigen Träger die Genehmigung erhalten hat, sich in das Gebiet eines anderen Mitgliedstaats zu begeben, um dort eine seinem Zustand angemessene Behandlung zu erhalten, Anspruch auf Sachleistungen, die der Träger des Aufenthalts- oder Wohnorts nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften für Rechnung des zuständigen Trägers gewährt. Die Dauer der Leistungsgewährung richtet sich jedoch nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Staats. Die erforderliche Genehmigung darf gemäß Art 22 Abs 2 VO 1408/71 nicht verweigert werden, wenn die betreffende Behandlung zu den Leistungen gehört, die nach dem Recht des Wohnsitzstaats vorgesehen sind, und wenn der Betreffende in Anbetracht seines Gesundheitszustands und des voraussichtlichen Verlaufs der Krankheit die Behandlung nicht innerhalb des im Wohnsitzstaat üblichen Zeitraums erhalten kann.

1.2. Nach Artikel 22, Absatz eins, Litera c, der VO (EWG) Nr 1408/71 (im Folgenden: VO 1408/71) hat ein Versicherter, der vom zuständigen Träger die Genehmigung erhalten hat, sich in das Gebiet eines anderen Mitgliedstaats zu begeben, um dort eine seinem Zustand angemessene Behandlung zu erhalten, Anspruch auf Sachleistungen, die der Träger des Aufenthalts- oder Wohnorts nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften für Rechnung des zuständigen Trägers gewährt. Die Dauer der Leistungsgewährung richtet sich jedoch nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Staats. Die erforderliche Genehmigung darf gemäß Artikel 22, Absatz 2, VO 1408/71 nicht verweigert werden, wenn die betreffende Behandlung zu den Leistungen gehört, die nach dem Recht des Wohnsitzstaats vorgesehen sind, und wenn der Betreffende in Anbetracht seines Gesundheitszustands und des voraussichtlichen Verlaufs der Krankheit die Behandlung nicht innerhalb des im Wohnsitzstaat üblichen Zeitraums erhalten kann.

1.3. Art 22 Abs 1 lit c VO 1408/71 gewährt also dem Versicherten einen Anspruch auf jene Sachleistung, die der Versicherungsträger des Aufenthaltsorts nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften für Rechnung des zuständigen Trägers gewährt (sogenannte aushelfende Sachleistungserbringung).

1.3. Artikel 22, Absatz eins, Litera c, VO 1408/71 gewährt also dem Versicherten einen Anspruch auf jene Sachleistung, die der Versicherungsträger des Aufenthaltsorts nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften für Rechnung des zuständigen Trägers gewährt (sogenannte aushelfende Sachleistungserbringung).

1.4. Nach Art 22 Abs 1 und 3 der Verordnung (EWG) Nr 574/72 (Durchführungsverordnung) hat ein Versicherter auch für den Bezug von Sachleistungen nach Art 22 Abs 1 lit c Z i VO 1408/71 dem Träger des Aufenthalts- oder Wohnorts eine Bescheinigung darüber vorzulegen, dass er zum Weiterbezug dieser Leistungen berechtigt ist. Der zuständige Träger stellt diese Bescheinigung aus und gibt darin gegebenenfalls insbesondere die Höchstdauer an, für die die Sachleistungen nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Staats noch gewährt werden dürfen. Die Bescheinigung kann auch nach der Abreise der betreffenden Person auf deren Antrag ausgestellt werden, wenn ihre vorherige Ausstellung aus Gründen höherer Gewalt nicht möglich war. Der Vordruck E 112 stellt die für die Anwendung von Art 22 Abs 1 lit c Z i VO 1408/71 erforderliche Bescheinigung dar.

1.4. Nach Artikel 22, Absatz eins und 3 der Verordnung (EWG) Nr 574/72 (Durchführungsverordnung) hat ein Versicherter auch für den Bezug von Sachleistungen nach Artikel 22, Absatz eins, Litera c, Z i VO 1408/71 dem Träger des Aufenthalts- oder Wohnorts eine Bescheinigung darüber vorzulegen, dass er zum Weiterbezug dieser Leistungen berechtigt ist. Der zuständige Träger

stellt diese Bescheinigung aus und gibt darin gegebenenfalls insbesondere die Höchstdauer an, für die die Sachleistungen nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Staats noch gewährt werden dürfen. Die Bescheinigung kann auch nach der Abreise der betreffenden Person auf deren Antrag ausgestellt werden, wenn ihre vorherige Ausstellung aus Gründen höherer Gewalt nicht möglich war. Der Vordruck E 112 stellt die für die Anwendung von Artikel 22, Absatz eins, Litera c, Z i VO 1408/71 erforderliche Bescheinigung dar.

1.5. Aus Art 22 Abs 1 lit c VO 1408/71 ergibt sich somit, dass einem Versicherten, dem eine Genehmigung (durch Ausstellung des Vordrucks E 112) erteilt wurde, grundsätzlich Sachleistungen für Rechnung des zuständigen Sozialversicherungsträgers vom Träger des Aufenthaltsorts nach den Rechtsvorschriften des Staats der Leistungserbringung so zu gewähren sind, als ob er dort versichert wäre. Er hat damit Anspruch auf die gleiche Behandlung wie Personen, die dem nationalen System der sozialen Sicherheit des Aufenthalts- oder Wohnorts angeschlossen sind. Demnach sind die nach den Rechtsvorschriften des behandelnden Mitgliedstaats geltenden Modalitäten der Kostenübernahme anzuwenden und hat der zuständige Träger später dem Träger des Aufenthaltsorts unter den in Art 36 VO 1408/71 vorgesehenen Voraussetzungen dessen Aufwendungen zu ersetzen. 1.5. Aus Artikel 22, Absatz eins, Litera c, VO 1408/71 ergibt sich somit, dass einem Versicherten, dem eine Genehmigung (durch Ausstellung des Vordrucks E 112) erteilt wurde, grundsätzlich Sachleistungen für Rechnung des zuständigen Sozialversicherungsträgers vom Träger des Aufenthaltsorts nach den Rechtsvorschriften des Staats der Leistungserbringung so zu gewähren sind, als ob er dort versichert wäre. Er hat damit Anspruch auf die gleiche Behandlung wie Personen, die dem nationalen System der sozialen Sicherheit des Aufenthalts- oder Wohnorts angeschlossen sind. Demnach sind die nach den Rechtsvorschriften des behandelnden Mitgliedstaats geltenden Modalitäten der Kostenübernahme anzuwenden und hat der zuständige Träger später dem Träger des Aufenthaltsorts unter den in Artikel 36, VO 1408/71 vorgesehenen Voraussetzungen dessen Aufwendungen zu ersetzen.

1.6. Nach Art 36 Abs 1 VO 1408/71 sind die Aufwendungen für solche Sachleistungen in voller Höhe zu erstatten. Diese Erstattungen werden nach Maßgabe der Durchführungsverordnung 574/72 gemäß Art 98 entweder gegen Nachweis der tatsächlichen Aufwendungen oder unter Zugrundelegung von Pauschalbeträgen festgestellt und vorgenommen (Art 36 Abs 2 VO 1408/71). 1.6. Nach Artikel 36, Absatz eins, VO 1408/71 sind die Aufwendungen für solche Sachleistungen in voller Höhe zu erstatten. Diese Erstattungen werden nach Maßgabe der Durchführungsverordnung 574/72 gemäß Artikel 98, entweder gegen Nachweis der tatsächlichen Aufwendungen oder unter Zugrundelegung von Pauschalbeträgen festgestellt und vorgenommen (Artikel 36, Absatz 2, VO 1408/71).

1.7. Daraus folgt, dass der Versicherte eines Wohnsitzmitgliedstaats nur dann von einer direkten Kostenbelastung befreit ist, wenn ihm vom zuständigen Wohnsitz-Sozialversicherungsträger mittels Vordruck E 112 die Genehmigung zur Vornahme einer Krankenbehandlung in einem anderen Mitgliedstaat erteilt wurde und im vorgesehenen Behandlungsstaat die Krankenbehandlung als Sachleistung zu erbringen ist. Bei diesem System der Sachleistungsaushilfe gemäß Art 22 Abs 1 VO 1408/71 wird der Versicherte weitergehend als bei der Kostenerstattung in das Krankenversicherungssystem des Aufenthaltslands integriert und diese Integration auch durch zahlreiche Gebote der Kostenerstattung und Zusammenarbeit zwischen den Trägern der unterschiedlichen Mitgliedstaaten garantiert. Der Versicherte braucht in diesem Fall keine Zahlung vorzustrecken und Kostenerstattung zu beantragen, wenn dies im Aufenthaltsland nicht üblich ist (vgl Bieback in Fuchs, Europäisches Sozialrecht⁴ Art 22 VO 1408/71 Rz 60). 1.7. Daraus folgt, dass der Versicherte eines Wohnsitzmitgliedstaats nur dann von einer direkten Kostenbelastung befreit ist, wenn ihm vom zuständigen Wohnsitz-Sozialversicherungsträger mittels Vordruck E 112 die Genehmigung zur Vornahme einer Krankenbehandlung in einem anderen Mitgliedstaat erteilt wurde und im vorgesehenen Behandlungsstaat die Krankenbehandlung als Sachleistung zu erbringen ist. Bei diesem System der Sachleistungsaushilfe gemäß Artikel 22, Absatz eins, VO 1408/71 wird der Versicherte weitergehend als bei der Kostenerstattung in das Krankenversicherungssystem des Aufenthaltslands integriert und diese Integration auch durch zahlreiche Gebote der Kostenerstattung und Zusammenarbeit zwischen den Trägern der unterschiedlichen Mitgliedstaaten garantiert. Der Versicherte braucht in diesem Fall keine Zahlung vorzustrecken und Kostenerstattung zu beantragen, wenn dies im Aufenthaltsland nicht üblich ist vergleiche Bieback in Fuchs, Europäisches Sozialrecht⁴ Artikel 22, VO 1408/71 Rz 60).

1.8. Von der Sachleistungsaushilfe nach Art 22 Abs 1 VO 1408/71 zu unterscheiden ist das System der schlichten Kostenerstattung einer Behandlung im Ausland wegen fehlender Vertragsbeziehungen im Rahmen der

Dienstleistungsfreiheit (Art 49 EGV). So berechtigt Art 49 EGV alle Staatsangehörigen der Mitgliedstaaten aufgrund der Tatsache, dass sie in der Gemeinschaft niedergelassen sind, die Erstattung der in einem anderen Mitgliedstaat entstandenen Kosten ärztlicher Behandlung nach den Tarifen des Versicherungsstaats zu verlangen, auch wenn sie nicht über eine Genehmigung verfügen. Es können daher die Versicherten wählen, ob sie auf das in Art 22 Abs 1 lit c VO 1408/71 geregelte Verfahren zurückgreifen oder sich innerhalb der durch die Rechtsprechung des EuGH gesetzten Grenzen auf Art 49 EGV berufen (vgl Schlussanträge des Generalanwalts Colomer vom 21. 1. 2003, C-56/01, Inizan, Slg 2003, I-12403 Rdnr 30 f mwN). Zu einer Direktverrechnung im Sinn des § 36 VO 1408/71 kann es daher nur bei einem Anspruch auf Sachleistungsaushilfe kommen (vgl Binder, Krankenbehandlung im Ausland, DRdA 2001, 383 ff und 518 ff [518 f] mwN).

1.8. Von der Sachleistungsaushilfe nach Artikel 22, Absatz eins, VO 1408/71 zu unterscheiden ist das System der schlichten Kostenerstattung einer Behandlung im Ausland wegen fehlender Vertragsbeziehungen im Rahmen der Dienstleistungsfreiheit (Artikel 49, EGV). So berechtigt Artikel 49, EGV alle Staatsangehörigen der Mitgliedstaaten aufgrund der Tatsache, dass sie in der Gemeinschaft niedergelassen sind, die Erstattung der in einem anderen Mitgliedstaat entstandenen Kosten ärztlicher Behandlung nach den Tarifen des Versicherungsstaats zu verlangen, auch wenn sie nicht über eine Genehmigung verfügen. Es können daher die Versicherten wählen, ob sie auf das in Artikel 22, Absatz eins, Litera c, VO 1408/71 geregelte Verfahren zurückgreifen oder sich innerhalb der durch die Rechtsprechung des EuGH gesetzten Grenzen auf Artikel 49, EGV berufen (vergleiche Schlussanträge des Generalanwalts Colomer vom 21. 1. 2003, C-56/01, Inizan, Slg 2003, I-12403 Rdnr 30 f mwN). Zu einer Direktverrechnung im Sinn des Paragraph 36, VO 1408/71 kann es daher nur bei einem Anspruch auf Sachleistungsaushilfe kommen (vergleiche Binder, Krankenbehandlung im Ausland, DRdA 2001, 383 ff und 518 ff [518 f] mwN).

1.9. Nach der Rechtsprechung des EuGH steht Art 22 Abs 1 lit c Z i VO 1408/71 im Einklang mit den Art 49 und 50 EGV über den freien Dienstleistungsverkehr, da er dadurch, dass er für die Sozialversicherten, die unter die Rechtsstellung eines Mitgliedstaats fallen und mit einer Genehmigung versehen sind, einen Zugang zur Behandlung in den anderen Mitgliedstaaten unter Voraussetzungen der Kostenübernahme garantiert, die ebenso günstig sind wie für die unter die Rechtsvorschriften der letztgenannten Staaten fallenden Sozialversicherten, dazu beiträgt, die Freizügigkeit der Sozialversicherten zu fördern und die Erbringung von grenzüberschreitenden medizinischen Dienstleistungen zu erleichtern (vgl EuGH, 23. 10. 2003, C-56/01, Inizan, Slg 2003, I-12403 Rdnr 21 ff). Weiters wurde ausgesprochen, dass sich das System der vorherigen behördlichen Genehmigung, das die Mitgliedstaaten nach Art 22 Abs 1 lit c Z i und Abs 2 VO 1408/71 einzurichten haben, insbesondere auf eine leicht zugängliche Verfahrensregelung stützen und geeignet sein muss, den Betroffenen zu garantieren, dass ihr Antrag innerhalb angemessener Frist sowie objektiv und unparteiisch behandelt wird, wobei eine Versagung der Genehmigung im Rahmen eines gerichtlichen Verfahrens anfechtbar sein muss. Daraus folgt unter anderem, dass Ablehnungen einer Genehmigung oder Gutachten, auf die diese Ablehnungen gegebenenfalls gestützt sind, die spezifischen Vorschriften bezeichnen müssen, auf denen sie beruhen und in Bezug auf diese ordnungsgemäß begründet sein müssen. Auch müssen die Gerichte, bei denen eine Klage gegen derartig ablehnende Entscheidungen anhängig ist, unabhängige Sachverständige, die alle Garantien für Objektivität und Unparteilichkeit bieten, hinzuziehen können, wenn sie dies für die Ausübung der ihnen obliegenden Kontrolle für erforderlich halten (vgl Urteil Inizan aaO Slg 2003, I-12403 Rdnr 48 f mwN). Will daher ein Versicherter in einem anderen als seinem Wohnstaat eine medizinische Behandlung in Anspruch nehmen, hat er zunächst um Genehmigung bei seinem zuständigen Träger anzusuchen. Die einzuhaltenden Verfahrensvorschriften richten sich hiebei nach dem nationalen Recht des zuständigen Staats. Der Versicherte hat sich dann mit dem Vordruck E 112 zum aushelfenden Träger zu begeben, womit er diesem nachweist, dass er zum Bezug der Leistungen berechtigt ist (vgl Windisch-Graetz, Europäisches Krankenversicherungsrecht 249).

1.9. Nach der Rechtsprechung des EuGH steht Artikel 22, Absatz eins, Litera c, Z i VO 1408/71 im Einklang mit den Artikel 49 und 50 EGV über den freien Dienstleistungsverkehr, da er dadurch, dass er für die Sozialversicherten, die unter die Rechtsstellung eines Mitgliedstaats fallen und mit einer Genehmigung versehen sind, einen Zugang zur Behandlung in den anderen Mitgliedstaaten unter Voraussetzungen der Kostenübernahme garantiert, die ebenso günstig sind wie für die unter die Rechtsvorschriften der letztgenannten Staaten fallenden Sozialversicherten, dazu beiträgt, die Freizügigkeit der Sozialversicherten zu fördern und die Erbringung von grenzüberschreitenden medizinischen Dienstleistungen zu erleichtern (vergleiche EuGH, 23. 10. 2003, C-56/01, Inizan, Slg 2003, I-12403 Rdnr 21 ff). Weiters wurde ausgesprochen, dass sich das System der vorherigen behördlichen Genehmigung, das die Mitgliedstaaten nach Artikel 22, Absatz eins, Litera c, Z i und Absatz 2, VO 1408/71 einzurichten

haben, insbesondere auf eine leicht zugängliche Verfahrensregelung stützen und geeignet sein muss, den Betroffenen zu garantieren, dass ihr Antrag innerhalb angemessener Frist sowie objektiv und unparteiisch behandelt wird, wobei eine Versagung der Genehmigung im Rahmen eines gerichtlichen Verfahrens anfechtbar sein muss. Daraus folgt unter anderem, dass Ablehnungen einer Genehmigung oder Gutachten, auf die diese Ablehnungen gegebenenfalls gestützt sind, die spezifischen Vorschriften bezeichnen müssen, auf denen sie beruhen und in Bezug auf diese ordnungsgemäß begründet sein müssen. Auch müssen die Gerichte, bei denen eine Klage gegen derartig ablehnende Entscheidungen anhängig ist, unabhängige Sachverständige, die alle Garantien für Objektivität und Unparteilichkeit bieten, hinzuziehen können, wenn sie dies für die Ausübung der ihnen obliegenden Kontrolle für erforderlich halten (vergleiche Urteil Inizan aaO Slg 2003, I-12403 Rdnr 48 f mwN). Will daher ein Versicherter in einem anderen als seinem Wohnstaat eine medizinische Behandlung in Anspruch nehmen, hat er zunächst um Genehmigung bei seinem zuständigen Träger anzusuchen. Die einzuhaltenden Verfahrensvorschriften richten sich hiebei nach dem nationalen Recht des zuständigen Staats. Der Versicherte hat sich dann mit dem Vordruck E 112 zum aushelfenden Träger zu begeben, womit er diesem nachweist, dass er zum Bezug der Leistungen berechtigt ist (vergleiche WindischGraetz, Europäisches Krankenversicherungsrecht 249).

1.10. Wurde ein Genehmigungsantrag, den ein Versicherter gemäß Art 22 Abs 1 lit c VO 1408/71 gestellt hat, durch den zuständigen Träger abgelehnt und wird die Unbegründetheit dieser Ablehnung später entweder vom zuständigen Träger selbst oder durch gerichtliche Entscheidung festgestellt, so hat der Betroffene einen unmittelbaren Anspruch gegen den zuständigen Träger auf eine Erstattung in der Höhe, wie sie der Träger des Aufenthaltsorts gemäß der Regelung nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften zu erbringen gehabt hätte, wenn die Genehmigung von Anfang an ordnungsgemäß erteilt worden wäre. Hat jedoch ein Versicherter in dem zuständigen Mitgliedstaat Anspruch auf einen Betrag, der höher ist als der Betrag, auf den er in dem Mitgliedstaat der Behandlung Anspruch hätte, so hat der Versicherte Anspruch auf eine ergänzende Erstattung gemäß dem Unterschied zwischen den Beteiligungsregelungen beider Mitgliedstaaten (vgl. EuGH, 12. 7. 2001, C-368/98, Vanbraekel, Slg 2001, I-5363 Rdnr 34 und 53 ua; 10 ObS 137/04a = SZ 2004/156; Bieback in Fuchs aaO Art 22 VO 1408/71 Rz 28).

1.10. Wurde ein Genehmigungsantrag, den ein Versicherter gemäß Artikel 22, Absatz eins, Litera c, VO 1408/71 gestellt hat, durch den zuständigen Träger abgelehnt und wird die Unbegründetheit dieser Ablehnung später entweder vom zuständigen Träger selbst oder durch gerichtliche Entscheidung festgestellt, so hat der Betroffene einen unmittelbaren Anspruch gegen den zuständigen Träger auf eine Erstattung in der Höhe, wie sie der Träger des Aufenthaltsorts gemäß der Regelung nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften zu erbringen gehabt hätte, wenn die Genehmigung von Anfang an ordnungsgemäß erteilt worden wäre. Hat jedoch ein Versicherter in dem zuständigen Mitgliedstaat Anspruch auf einen Betrag, der höher ist als der Betrag, auf den er in dem Mitgliedstaat der Behandlung Anspruch hätte, so hat der Versicherte Anspruch auf eine ergänzende Erstattung gemäß dem Unterschied zwischen den Beteiligungsregelungen beider Mitgliedstaaten (vergleiche EuGH, 12. 7. 2001, C-368/98, Vanbraekel, Slg 2001, I-5363 Rdnr 34 und 53 ua; 10 ObS 137/04a = SZ 2004/156; Bieback in Fuchs aaO Artikel 22, VO 1408/71 Rz 28).

2. Zum nationalen Recht:

2.1. Nach § 135 Abs 1 ASVG wird die ärztliche Hilfe nach Wahl des Versicherten unter anderem durch Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen sowie durch Ärzte in eigenen Einrichtungen (oder Vertragseinrichtungen) der Versicherungsträger auf Rechnung der Träger der Krankenversicherung gewährt. In diesem Bereich herrscht das Sachleistungsprinzip. Nimmt der Versicherte nicht die Vertragspartner oder die eigenen Einrichtungen des Krankenversicherungsträgers zur Erbringung der Sachleistungen der Krankenbehandlung in Anspruch, so gebührt ihm der Ersatz der Kosten dieser Krankenbehandlung im Ausmaß von 80 % des Betrags, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre (§ 131 Abs 1 ASVG).

2.1. Nach Paragraph 135, Absatz eins, ASVG wird die ärztliche Hilfe nach Wahl des Versicherten unter anderem durch Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen sowie durch Ärzte in eigenen Einrichtungen (oder Vertragseinrichtungen) der Versicherungsträger auf Rechnung der Träger der Krankenversicherung gewährt. In diesem Bereich herrscht das Sachleistungsprinzip. Nimmt der Versicherte nicht die Vertragspartner oder die eigenen Einrichtungen des Krankenversicherungsträgers zur Erbringung der Sachleistungen der Krankenbehandlung in Anspruch, so gebührt ihm der Ersatz der Kosten dieser Krankenbehandlung im Ausmaß von 80 % des Betrags, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre (Paragraph 131, Absatz eins, ASVG).

2.2. Bei einer Leistung aus der Krankenversicherung handelt es sich um eine Leistungssache gemäß § 354 Z 1 ASVG, die vom örtlich und sachlich zuständigen Versicherungsträger auf Antrag (§ 361 Abs 1 Z 1 ASVG) festzustellen ist. Für die Feststellung von Leistungsansprüchen in der Krankenversicherung gilt somit das Antragsprinzip; eine Leistungsgewährung ist daher nur aufgrund eines Antrags zulässig. Bei der Beurteilung von Anträgen der Versicherten durch die Sozialversicherungsträger muss der Antrag im Zweifel zugunsten des Versicherten ausgelegt werden. Die Fiktion eines tatsächlich nicht gestellten Antrags lässt sich aber auch aus den Grundsätzen sozialer Rechtsanwendung nicht ableiten (RIS-Justiz RS0085092 [T3, T5, T7 und T8] mwN). Im Fall der gänzlichen oder teilweisen Ablehnung der beantragten Leistung aus der Krankenversicherung hat der Versicherungsträger über Verlangen des Versicherten einen Bescheid zu erlassen (§ 367 Abs 1 Z 2 ASVG).

2.2. Bei einer Leistung aus der Krankenversicherung handelt es sich um eine Leistungssache gemäß Paragraph 354, Ziffer eins, ASVG, die vom örtlich und sachlich zuständigen Versicherungsträger auf Antrag (Paragraph 361, Absatz eins, Ziffer eins, ASVG) festzustellen ist. Für die Feststellung von Leistungsansprüchen in der Krankenversicherung gilt somit das Antragsprinzip; eine Leistungsgewährung ist daher nur aufgrund eines Antrags zulässig. Bei der Beurteilung von Anträgen der Versicherten durch die Sozialversicherungsträger muss der Antrag im Zweifel zugunsten des Versicherten ausgelegt werden. Die Fiktion eines tatsächlich nicht gestellten Antrags lässt sich aber auch aus den Grundsätzen sozialer Rechtsanwendung nicht ableiten (RIS-Justiz RS0085092 [T3, T5, T7 und T8] mwN). Im Fall der gänzlichen oder teilweisen Ablehnung der beantragten Leistung aus der Krankenversicherung hat der Versicherungsträger über Verlangen des Versicherten einen Bescheid zu erlassen (Paragraph 367, Absatz eins, Ziffer 2, ASVG).

2.3. Gegen einen Bescheid des Versicherungsträgers in einer Leistungssache nach § 354 ASVG kann vom Versicherten nach dem in Sozialrechtssachen geltenden Grundsatz der sukzessiven Kompetenz Klage beim Arbeits- und Sozialgericht erhoben werden. Mit der Klage tritt der Bescheid im Umfang des Klagebegehrens außer Kraft (§ 71 Abs 1 ASGG) und die Entscheidungskompetenz geht auf das Arbeits- und Sozialgericht über (RIS-Justiz RS0112044). Das Verfahren vor dem Arbeits- und Sozialgericht ist kein (kontrollierendes) Rechtsmittelverfahren, sondern das Gericht hat den durch die Klage geltend gemachten Anspruch selbständig und unabhängig vom Verfahren vor dem Versicherungsträger auf Basis der Sach- und Rechtslage bei Schluss der mündlichen Verhandlung erster Instanz zu prüfen (RIS-Justiz RS0085839).

2.3. Gegen einen Bescheid des Versicherungsträgers in einer Leistungssache nach Paragraph 354, ASVG kann vom Versicherten nach dem in Sozialrechtssachen geltenden Grundsatz der sukzessiven Kompetenz Klage beim Arbeits- und Sozialgericht erhoben werden. Mit der Klage tritt der Bescheid im Umfang des Klagebegehrens außer Kraft (Paragraph 71, Absatz eins, ASGG) und die Entscheidungskompetenz geht auf das Arbeits- und Sozialgericht über (RIS-Justiz RS0112044). Das Verfahren vor dem Arbeits- und Sozialgericht ist kein (kontrollierendes) Rechtsmittelverfahren, sondern das Gericht hat den durch die Klage geltend gemachten Anspruch selbständig und unabhängig vom Verfahren vor dem Versicherungsträger auf Basis der Sach- und Rechtslage bei Schluss der mündlichen Verhandlung erster Instanz zu prüfen (RIS-Justiz RS0085839).

2.4. Nach § 67 Abs 1 ASGG kann - von den hier nicht vorliegenden Säumnisfällen abgesehen - eine Klage jedoch nur erhoben werden, wenn der Versicherungsträger darüber bereits mit Bescheid entschieden hat. Aus dem Zweck der sukzessiven Zuständigkeit, vorerst den Sozialversicherungsträger mit der Sache zu befassen und den Gerichten nur die wirklich streitigen Fälle zuzuführen, ist abzuleiten, dass nur eine meritorische Entscheidung des Sozialversicherungsträgers über den der betreffenden Leistungssache zugrunde liegenden Anspruch des Versicherten den Weg zum Sozialgericht ebnet. Liegt eine solche nicht vor, so ist grundsätzlich - von § 68 ASGG und anderen hier nicht vorliegenden Fällen abgesehen - der Rechtsweg versperrt. Das dargestellte Erfordernis („darüber“) bewirkt überdies in Fällen, in denen die Klage zulässig ist, eine Eingrenzung des möglichen Streitgegenstands: Dieser kann grundsätzlich nur Ansprüche umfassen, über die der Sozialversicherungsträger bescheidmäßig abgesprochen hat. Die Klage darf daher im Vergleich zum vorangegangenen Antrag weder die rechtserzeugenden Tatsachen auswechseln noch auf Leistungen (Feststellungen, Gestaltungen) gerichtet sein, über die der Versicherungsträger im bekämpften Bescheid gar nicht erkannt hat. Daraus ergibt sich, dass jedenfalls ein „Austausch“ des Versicherungsfalls oder der Art der begehrten Leistungen im gerichtlichen Verfahren nicht zulässig ist; für solche Begehren fehlt es an einer „darüber“ ergangenen Entscheidung des Versicherungsträgers. In diesem Fall ist auch eine Klagsänderung im Sinn des § 86 ASGG bzw § 235 ZPO nicht zulässig, sondern als einziger Weg der Anspruchsverfolgung blei

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