jusline®
»» Recht. Schnell

Sie können die QR Codes nützen um später wieder auf die neuste Version eines Gesetzestexts zu gelangen.

TE OGH 2003/6/17 10ObS145/03a

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 17.06.2003

Kopf

Der Oberste Gerichtshof hat als Revisionsgericht in Arbeits- und Sozialrechtssachen durch den Senatspräsidenten des Obersten Gerichtshofes Dr. Bauer als Vorsitzenden, die Hofräte des Obersten Gerichtshofes Dr. Fellinger und Dr. Neumayr sowie die fachkundigen Laienrichter KR Mag. Paul Kunsky (aus dem Kreis der Arbeitgeber) und Georg Eberl (aus dem Kreis der Arbeitnehmer) als weitere Richter in der Sozialrechtssache der klagenden Partei Mag. Eberhard F*****, AHS-Lehrer, ***** vertreten durch Dr. Hans Schwarz, Rechtsanwalt in Wien, gegen die beklagte Partei Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, 1200 Wien, Adalbert Stifter-Straße 65, vertreten durch Dr. Vera Kremslehner ua Rechtsanwälte in Wien, wegen Höhe der Versehrtenrente, über die Revision der beklagten Partei gegen das Urteil des Oberlandesgerichtes Linz als Berufungsgericht in Arbeits- und Sozialrechtssachen vom 12. Februar 2003, GZ 11 Rs 258/02v-28, womit infolge Berufung der beklagten Partei das Urteil des Landesgerichtes Wels als Arbeits- und Sozialgericht vom 20. August 2002, GZ 19 Cgs 3/02p-22, bestätigt wurde, in nichtöffentlicher Sitzung zu Recht erkannt:

Spruch

Der Revision wird nicht Folge gegeben.

Die beklagte Partei ist schuldig, der klagenden Partei zu Handen des Klagevertreters die mit EUR 333,12 (darin enthalten EUR 55,52 Umsatzsteuer) bestimmten Kosten des Revisionsverfahrens binnen 14 Tagen zu ersetzen.

Text

Entscheidungsgründe:

Mit Bescheid vom 7. 3. 2001 anerkannte die beklagte Allgemeine Unfallversicherungsanstalt die Erkrankung, die sich der Kläger als Plasmaspender zugezogen hat, als Berufskrankheit gemäß § 177 Abs 1 Anlage 1 Nr 38 (Infektionskrankheit) iVm § 176 Abs 2 ASVG mit Eintritt des Versicherungsfalles 29. 9. 1992. Weiters stellte die beklagte Partei als Bemessungsgrundlage gemäß § 182 ASVG den Betrag von S 438.900 (EUR 31.896,11 = Höchstbemessungsgrundlage) fest und sprach dem Kläger entsprechend dieser Bemessungsgrundlage eine Versehrtenrente als Dauerrente unter Berücksichtigung einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 40 vH der Vollrente ab 16. 12. 1999 in Höhe von S 9.155,90 (EUR 665,39) monatlich (mit den entsprechenden gesetzlichen Erhöhungen ab 1. 1. 2000 und 1. 1. 2001) zu.Mit Bescheid vom 7. 3. 2001 anerkannte die beklagte Allgemeine Unfallversicherungsanstalt die Erkrankung, die sich der Kläger als Plasmaspender zugezogen hat, als Berufskrankheit gemäß Paragraph 177, Absatz eins, Anlage 1 Nr 38 (Infektionskrankheit) in Verbindung mit Paragraph 176, Absatz 2, ASVG mit Eintritt des Versicherungsfalles 29. 9. 1992. Weiters stellte die beklagte Partei als Bemessungsgrundlage gemäß Paragraph 182, ASVG den Betrag von S 438.900 (EUR 31.896,11 = Höchstbemessungsgrundlage) fest und

sprach dem Kläger entsprechend dieser Bemessungsgrundlage eine Versehrtenrente als Dauerrente unter Berücksichtigung einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 40 vH der Vollrente ab 16. 12. 1999 in Höhe von S 9.155,90 (EUR 665,39) monatlich (mit den entsprechenden gesetzlichen Erhöhungen ab 1. 1. 2000 und 1. 1. 2001) zu.

Gegen diesen Bescheid erhob der Kläger zur AZ 19 Cgs 127/01x des Erstgerichtes Klage mit dem Begehren auf Zuspruch einer höheren Versehrtenrente im Wesentlichen mit der Begründung, die Minderung der Erwerbsfähigkeit sei höher als 40 vH und der Zeitpunkt des Eintrittes des Versicherungsfalles hätte richtigerweise mit 26. 7. 1999 festgestellt werden müssen.

Auf Grund eines in diesem Verfahren in der Tagsatzung vom 3. 10. 2001 abgeschlossenen Vergleiches verpflichtete sich die beklagte Partei, dem Kläger eine Versehrtenrente im gesetzlichen Ausmaß als Dauerrente von 60 vH der Vollrente zuzüglich Zusatzrente ab 16. 12. 1999 und eventuell gebührender Kinderzuschüsse zu bezahlen und die Prozesskosten zu ersetzen.

Mit dem daraufhin erlassenen Bescheid vom 12. 12. 2001 stellte die beklagte Partei die Höhe der dem Kläger auf Grund des Vergleiches vom 3. 10. 2001 gebührenden Ansprüche (Dauerrente, Zusatzrente, Kinderzuschüsse) ab 16. 12. 1999 fest, wobei die beklagte Partei bei der Berechnung der Höhe dieser Leistungen wiederum von der seinerzeit bereits im Bescheid vom 7. 3. 2001 auf Grund des Eintrittes des Versicherungsfalles am 29. 9. 1992 festgestellten Bemessungsgrundlage von S 438.900 (EUR 31.896,11) ausging.

Gegen diesen Bescheid erhob der Kläger rechtzeitig Klage mit dem Begehren, die beklagte Partei schuldig zu erkennen, "im gegenständlichen Fall gemäß § 174 Z 2 ASVG iVm § 120 Abs 1 Z 2 ASVG den 26. 7. 1999 als Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles festzustellen, unter Zugrundelegung dieses Stichtages eine Neuberechnung der Versehrtenrente im Ausmaß von 60 % der Vollrente samt Zusatzrente und eventuell gebührenden Kinderzuschüssen durchzuführen und ihm ab dem Antragstag, dem 16. 12. 1999, eine Versehrtenrente im gesetzlichen Ausmaß als Dauerrente zuzuerkennen". Der Kläger brachte dazu vor, ein gesicherter Nachweis der Infektion mit dem Hepatitis C-Virus sei erst am 26. 7. 1999 durch den Nachweis von Hepatitis C-Antikörpern und einen positiven Virusnukleinsäurenachweis erfolgt. Der im Jahr 1992 festgestellte erhöhte Gamma-GT-Wert könne aus medizinischer Sicht keinesfalls als Nachweis für eine Infektion mit Hepatitis C herangezogen werden. Der richtige Stichtag für den Eintritt des Versicherungsfalles mit 26. 7. 1999 ergebe sich daher durch Anwendung des § 174 Z 2 ASVG iVm § 120 Abs 1 Z 2 ASVG, wonach als Beginn der Krankheit der Beginn des regelwidrigen Körper- oder Geisteszustandes anzusehen sei, der eine Krankenbehandlung notwendig mache. Die Behandlung einer chronischen Hepatitis C könne aber erst nach der Erstdiagnose dieser Krankheit einsetzen.Gegen diesen Bescheid erhob der Kläger rechtzeitig Klage mit dem Begehren, die beklagte Partei schuldig zu erkennen, "im gegenständlichen Fall gemäß Paragraph 174, Ziffer 2, ASVG in Verbindung mit Paragraph 120, Absatz eins, Ziffer 2, ASVG den 26. 7. 1999 als Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles festzustellen, unter Zugrundelegung dieses Stichtages eine Neuberechnung der Versehrtenrente im Ausmaß von 60 % der Vollrente samt Zusatzrente und eventuell gebührenden Kinderzuschüssen durchzuführen und ihm ab dem Antragstag, dem 16. 12. 1999, eine Versehrtenrente im gesetzlichen Ausmaß als Dauerrente zuzuerkennen". Der Kläger brachte dazu vor, ein gesicherter Nachweis der Infektion mit dem Hepatitis C-Virus sei erst am 26. 7. 1999 durch den Nachweis von Hepatitis C-Antikörpern und einen positiven Virusnukleinsäurenachweis erfolgt. Der im Jahr 1992 festgestellte erhöhte Gamma-GT-Wert könne aus medizinischer Sicht keinesfalls als Nachweis für eine Infektion mit Hepatitis C herangezogen werden. Der richtige Stichtag für den Eintritt des Versicherungsfalles mit 26. 7. 1999 ergebe sich daher durch Anwendung des Paragraph 174, Ziffer 2, ASVG in Verbindung mit Paragraph 120, Absatz eins, Ziffer 2, ASVG, wonach als Beginn der Krankheit der Beginn des regelwidrigen Körper- oder Geisteszustandes anzusehen sei, der eine Krankenbehandlung notwendig mache. Die Behandlung einer chronischen Hepatitis C könne aber erst nach der Erstdiagnose dieser Krankheit einsetzen.

Die beklagte Partei beantragte die Zurückweisung der Klage wegen rechtskräftig entschiedener Sache.

Das Erstgericht erkannte die beklagte Partei schuldig, dem Kläger für die Folgen der Berufskrankheit (Hepatitis C) die Versehrtenrente im Ausmaß von 60 vH der Vollrente - ausgehend von einer Bemessungsgrundlage von EUR 43.342,08 (Höchstbemessungsgrundlage) - in Höhe von monatlich EUR 1.714,95 vom 16. 12. 1999 bis 31. 12. 2000 und von EUR 1.720,89 vom 1. 1. 2000 bis 30. 6. 2001 jeweils inklusive Zusatzrente und drei Kinderzuschüssen sowie von EUR 1.644,58 vom 1. 7. 2001 bis 31. 12. 2001 und von EUR 1.661 ab 1. 1. 2002 jeweils inklusive Zusatzrente und zwei Kinderzuschüssen zu bezahlen. Nach seinen Feststellungen war der Kläger zwischen 1972 und 1976 ca 4-mal monatlich

bei der Firma S***** Blutplasma spenden. Im Rahmen einer Gesundenuntersuchung wurden beim Kläger im Jahr 1992 erhöhte Leberwerte festgestellt, denen allerdings keine weitere Bedeutung beigemessen wurde, da bei dieser Untersuchung nur der Gamma-GT-Wert bestimmt wurde, der nicht als Marker der entzündlichen Aktivität bei Hepatitis C gilt. Als der Kläger im Jahr 1999 im Zuge der Berichterstattung in den Medien auf einen möglichen Zusammenhang einer Plasmaspende mit einer Hepatitis C-Erkrankung aufmerksam wurde, unterzog er sich einer entsprechenden Untersuchung. Im Zuge dieser Untersuchung erfolgte erstmalig eine Bestimmung der GPT, der Virämie und eine Leberhistologie und es wurde auf Grund dieser Befunde beim Kläger erstmalig am 26. 7. 1999 eine chronische Hepatitis C-Erkrankung diagnostiziert. Es war daher auch zu diesem Zeitpunkt die Indikation zur Behandlung zu stellen. Im Zeitpunkt des tatsächlichen Behandlungsbeginnes am 4. 9. 1999 lag beim Kläger bereits eine lange Krankheitsdauer, eine beginnende Zirrhose sowie ein Virusgenotyp 1 vor.

In rechtlicher Hinsicht vertrat das Erstgericht die Ansicht, dass der Eintritt des Versicherungsfalles gemäß § 174 Z 2 iVm § 120 Abs 1 Z 2 ASVG mit dem tatsächlichen Beginn der Krankenbehandlung (4. 9. 1999) erfolgt sei. Den Eintritt des Versicherungsfalles mit dem Behandlungsbeginn gleichzusetzen, erspare Beweisschwierigkeiten, ermögliche eine klare zeitliche Abgrenzung in der Rechtsanwendung und ermögliche damit für den Versicherer, den betroffenen Versicherten und schließlich auch für das Gericht eine klare sachliche und rechtliche Zuordnung.In rechtlicher Hinsicht vertrat das Erstgericht die Ansicht, dass der Eintritt des Versicherungsfalles gemäß Paragraph 174, Ziffer 2, in Verbindung mit Paragraph 120, Absatz eins, Ziffer 2, ASVG mit dem tatsächlichen Beginn der Krankenbehandlung (4. 9. 1999) erfolgt sei. Den Eintritt des Versicherungsfalles mit dem Behandlungsbeginn gleichzusetzen, erspare Beweisschwierigkeiten, ermögliche eine klare zeitliche Abgrenzung in der Rechtsanwendung und ermögliche damit für den Versicherer, den betroffenen Versicherten und schließlich auch für das Gericht eine klare sachliche und rechtliche Zuordnung.

Das Berufungsgericht verwarf die dagegen erhobene Nichtigkeitsberufung der beklagten Partei und gab der Berufung im Übrigen nicht Folge. Es verneinte insbesondere die von der beklagten Partei im Rechtsmittel ausdrücklich relevierte Nichtigkeit der Unzulässigkeit des Rechtsweges wegen rechtskräftig entschiedener Sache. In der Sache selbst schloss sich das Berufungsgericht der Rechtsansicht des Erstgerichtes an. Soweit die beklagte Partei ihrer Rechtsrüge zugrundelege, dass das Leberleiden des Klägers im Jahr 1992 bereits insofern behandelt worden sei, als dem Kläger in einem therapeutischen Gespräch geraten worden sei, weniger Alkohol zu konsumieren, sei die Berufung nicht gesetzmäßig ausgeführt, weil sie nicht vom festgestellten Sachverhalt ausgehe. Im Übrigen stelle der bloße Rat, weniger Alkohol zu konsumieren, keine Krankenbehandlung dar.

Die ordentliche Revision nach § 502 Abs 1 ZPO sei zulässig, weil keine gesicherte Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofes zum Eintritt des Versicherungsfalles bei Berufskrankheiten gemäß § 174 Z 2 ASVG vorliege.Die ordentliche Revision nach Paragraph 502, Absatz eins, ZPO sei zulässig, weil keine gesicherte Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofes zum Eintritt des Versicherungsfalles bei Berufskrankheiten gemäß Paragraph 174, Ziffer 2, ASVG vorliege.

Gegen diese Entscheidung richtet sich die Revision der beklagten Partei wegen unrichtiger rechtlicher Beurteilung und sekundärer Feststellungsmängel mit dem Antrag, die Urteile der Vorinstanzen aufzuheben und dem Erstgericht die neuerliche Entscheidung nach Ergänzung des Verfahrens aufzutragen.

Der Kläger beantragt in seiner Revisionsbeantwortung, der Revision keine Folge zu geben.

Rechtliche Beurteilung

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

Im Revisionsverfahren ist ausschließlich die Frage des Eintrittes des Versicherungsfalles bei der beim Kläger vorliegenden Berufskrankheit im Sinne des § 174 Z 2 ASVG strittig.Im Revisionsverfahren ist ausschließlich die Frage des Eintrittes des Versicherungsfalles bei der beim Kläger vorliegenden Berufskrankheit im Sinne des Paragraph 174, Ziffer 2, ASVG strittig.

Gemäß § 179 Abs 1 ASVG in der hier noch anzuwendenden Fassung vor der mit der 60. ASVG-Novelle,BGBl I 2002/140, mit Wirksamkeit ab 1. 1. 2003 erfolgten Änderung ist in der Unfallversicherung die Bemessungsgrundlage, soweit sie nicht nach § 181 ASVG zu ermitteln ist (Bemessungsgrundlage nach festen Beträgen), die Summe der allgemeinen Beitragsgrundlagen im letzten Jahr vor dem Eintritt des Versicherungsfalles. Für die Höhe der Bemessungsgrundlage ist

daher der Zeitpunkt des Eintrittes des Versicherungsfalles maßgeblich. Gemäß § 174 Z 2 ASVG gilt der Versicherungsfall bei Berufskrankheiten entweder mit dem Beginn der Krankheit (§ 120 Abs 1 Z 1) oder, wenn dies für den Versicherten günstiger ist, mit dem Beginn der Minderung der Erwerbsfähigkeit (§ 203) als eingetreten. Der Gesetzgeber hielt die Präzisierung des Begriffes "Eintritt des Versicherungsfalles" wegen der Alternative bei Berufskrankheiten für notwendig und meinte, damit werde die Fassung der folgenden Bestimmungen, für die dieser Begriff von Bedeutung sei, erleichtert (RV zur Stammfassung des ASVG 599 BlgNR 7. GP 62).Gemäß Paragraph 179, Absatz eins, ASVG in der hier noch anzuwendenden Fassung vor der mit der 60. ASVG-Novelle, BGBl römisch eins 2002/140, mit Wirksamkeit ab 1. 1. 2003 erfolgten Änderung ist in der Unfallversicherung die Bemessungsgrundlage, soweit sie nicht nach Paragraph 181, ASVG zu ermitteln ist (Bemessungsgrundlage nach festen Beträgen), die Summe der allgemeinen Beitragsgrundlagen im letzten Jahr vor dem Eintritt des Versicherungsfalles. Für die Höhe der Bemessungsgrundlage ist daher der Zeitpunkt des Eintrittes des Versicherungsfalles maßgeblich. Gemäß Paragraph 174, Ziffer 2, ASVG gilt der Versicherungsfall bei Berufskrankheiten entweder mit dem Beginn der Krankheit (Paragraph 120, Absatz eins, Ziffer eins,) oder, wenn dies für den Versicherten günstiger ist, mit dem Beginn der Minderung der Erwerbsfähigkeit (Paragraph 203,) als eingetreten. Der Gesetzgeber hielt die Präzisierung des Begriffes "Eintritt des Versicherungsfalles" wegen der Alternative bei Berufskrankheiten für notwendig und meinte, damit werde die Fassung der folgenden Bestimmungen, für die dieser Begriff von Bedeutung sei, erleichtert (RV zur Stammfassung des ASVG 599 BlgNR 7. GP 62).

Da der Zeitpunkt des Eintrittes des Versicherungsfalles nach § 174 ASVG somit insbesondere auch für die Berechnung der Bemessungsgrundlage von Bedeutung ist, ist nach der Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofes der Begriff "günstiger" im Sinne von wirtschaftlich vorteilhafter zu verstehen. "Günstiger" ist demnach nicht schematisch der frühestmögliche Zeitpunkt, sondern je nach Lage des Einzelfalles unter Umständen auch der spätestmögliche, nämlich wenn sich erst hiedurch ein Leistungsanspruch begründen lässt oder eine höhere Leistung in Betracht kommt. Es ist daher jeweils nach dem wirtschaftlichen Gesamtergebnis zu beurteilen, ob bei Vorliegen einer Berufskrankheit als Zeitpunkt des Versicherungsfalles gemäß § 174 Z 2 ASVG der Beginn der Krankheit oder der Beginn der Minderung der Erwerbsfähigkeit im rentenbegründenden Ausmaß (20 vH) günstiger ist (SSV-NF 5/43 = DRdA 1991/47 [Ivansits]).Da der Zeitpunkt des Eintrittes des Versicherungsfalles nach Paragraph 174, ASVG somit insbesondere auch für die Berechnung der Bemessungsgrundlage von Bedeutung ist, ist nach der Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofes der Begriff "günstiger" im Sinne von wirtschaftlich vorteilhafter zu verstehen. "Günstiger" ist demnach nicht schematisch der frühestmögliche Zeitpunkt, sondern je nach Lage des Einzelfalles unter Umständen auch der spätestmögliche, nämlich wenn sich erst hiedurch ein Leistungsanspruch begründen lässt oder eine höhere Leistung in Betracht kommt. Es ist daher jeweils nach dem wirtschaftlichen Gesamtergebnis zu beurteilen, ob bei Vorliegen einer Berufskrankheit als Zeitpunkt des Versicherungsfalles gemäß Paragraph 174, Ziffer 2, ASVG der Beginn der Krankheit oder der Beginn der Minderung der Erwerbsfähigkeit im rentenbegründenden Ausmaß (20 vH) günstiger ist (SSV-NF 5/43 = DRdA 1991/47 [Ivansits]).

Im vorliegenden Fall ist es für den Kläger zweifellos günstiger, einen möglichst späten Eintritt des Versicherungsfalles anzunehmen. Die beklagte Partei beruft sich dazu - ebenso wie der Kläger - auf den Zeitpunkt des "Beginnes der (Berufs-)Krankheit (§ 120 Abs 1 Z 1 ASVG)", den sie allerdings - im Gegensatz zum Kläger - bereits mit dem Zeitpunkt der Feststellung der erhöhten Leberwerte im Zuge einer Gesundenuntersuchung des Klägers im Jahr 1992 annimmt. Nach § 120 Abs 1 Z 1 ASVG gilt der Versicherungsfall der Krankheit "mit dem Beginn der Krankheit, das ist des regelwidrigen Körper- oder Geisteszustandes, der die Krankenbehandlung notwendig macht", als eingetreten. Die maßgebliche zeitliche Festlegung ist somit im Wesentlichen durch zwei Elemente gekennzeichnet: durch den regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand und durch die Notwendigkeit einer Krankenbehandlung. Sobald eine Gesundheitsstörung des Versicherten dieses Stadium erreicht, ist der Zeitpunkt gekommen, der vom Gesetzgeber als zentraler Anknüpfungspunkt für das Leistungsrecht der Krankenversicherung gewählt worden ist (Jabornegg, Versicherungsfall in der Sozialversicherung, DRdA 1982, 11 ff [19]). Regelwidrigkeit und Behandlungsbedürftigkeit sind somit ein Begriffspaar, das grundsätzlich gemeinsam auftreten muss, sollen sozialversicherungsrechtliche Leistungsansprüche wirksam werden. Regelmäßige, aber dennoch behandlungsbedürftige Körper- und Geisteszustände lösen ebensowenig Leistungsansprüche gegen die Sozialversicherung aus wie regelwidrige, aber nicht behandlungsbedürftige Zustände. Behandlungsbedürftigkeit liegt dann vor, wenn der regelwidrige Zustand des Versicherten nach den Regeln der ärztlichen Kunst einer Heilbehandlung mit dem Ziel der Heilung, Besserung oder Verhütung der Verschlimmerung zugänglich ist. Die Behandlungsbedürftigkeit, ein Wesensmerkmal des

Krankheitsbegriffes, ist allerdings von der konkreten Behandlung zu trennen, weil die erforderliche Notwendigkeit der Krankenbehandlung nicht ex post durch den Erfolg einer bestimmten Methode unter Beweis zu stellen ist, sondern losgelöst von der tatsächlichen Krankenbehandlung ex ante. Wenn daher ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand "nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft" durch ärztliche Hilfe, Heilmittel oder Heilbehelfe gebessert oder vor einer Verschlimmerung bewahrt werden kann, so ist die Notwendigkeit der Krankenbehandlung indiziert. Daraus folgt, dass ein Wesensmerkmal der sozialversicherungsrechtlich gedeckten Krankenbehandlung die diagnoseabhängige Behandlung darstellt (Schrammel, Veränderungen des Krankenbehandlungsanspruches durch Vertragspartnerrecht, ZAS 1986, 145 ff; Flemmich, Die Leistungsangebotsplanung in der sozialen Krankenversicherung, RdM 1999, 45 ff mwN). Es kommt somit dem Arzt eine wesentliche Rolle bei der Abgrenzung des Krankheitsbegriffes zu. Ihm obliegt es, festzustellen, wann eine Störung ein solches Ausmaß erreicht hat, dass Behandlungsbedürftigkeit medizinisch geboten ist (vgl Pernkopf in der Entscheidungsbesprechung zu ZAS 1999/16, 150 ff).Im vorliegenden Fall ist es für den Kläger zweifellos günstiger, einen möglichst späten Eintritt des Versicherungsfalles anzunehmen. Die beklagte Partei beruft sich dazu - ebenso wie der Kläger - auf den Zeitpunkt des "Beginnes der (Berufs-)Krankheit (Paragraph 120, Absatz eins, Ziffer eins, ASVG)", den sie allerdings - im Gegensatz zum Kläger - bereits mit dem Zeitpunkt der Feststellung der erhöhten Leberwerte im Zuge einer Gesundenuntersuchung des Klägers im Jahr 1992 annimmt. Nach Paragraph 120, Absatz eins, Ziffer eins, ASVG gilt der Versicherungsfall der Krankheit "mit dem Beginn der Krankheit, das ist des regelwidrigen Körper- oder Geisteszustandes, der die Krankenbehandlung notwendig macht", als eingetreten. Die maßgebliche zeitliche Festlegung ist somit im Wesentlichen durch zwei Elemente gekennzeichnet: durch den regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand und durch die Notwendigkeit einer Krankenbehandlung. Sobald eine Gesundheitsstörung des Versicherten dieses Stadium erreicht, ist der Zeitpunkt gekommen, der vom Gesetzgeber als zentraler Anknüpfungspunkt für das Leistungsrecht der Krankenversicherung gewählt worden ist (Jabornegg, Versicherungsfall in der Sozialversicherung, DRdA 1982, 11 ff [19]). Regelwidrigkeit und Behandlungsbedürftigkeit sind somit ein Begriffspaar, das grundsätzlich gemeinsam auftreten muss, sollen sozialversicherungsrechtliche Leistungsansprüche wirksam werden. Regelmäßige, aber dennoch behandlungsbedürftige Körper- und Geisteszustände lösen ebensowenig Leistungsansprüche gegen die Sozialversicherung aus wie regelwidrige, aber nicht behandlungsbedürftige Zustände. Behandlungsbedürftigkeit liegt dann vor, wenn der regelwidrige Zustand des Versicherten nach den Regeln der ärztlichen Kunst einer Heilbehandlung mit dem Ziel der Heilung, Besserung oder Verhütung der Verschlimmerung zugänglich ist. Die Behandlungsbedürftigkeit, ein Wesensmerkmal des Krankheitsbegriffes, ist allerdings von der konkreten Behandlung zu trennen, weil die erforderliche Notwendigkeit der Krankenbehandlung nicht ex post durch den Erfolg einer bestimmten Methode unter Beweis zu stellen ist, sondern losgelöst von der tatsächlichen Krankenbehandlung ex ante. Wenn daher ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand "nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft" durch ärztliche Hilfe, Heilmittel oder Heilbehelfe gebessert oder vor einer Verschlimmerung bewahrt werden kann, so ist die Notwendigkeit der Krankenbehandlung indiziert. Daraus folgt, dass ein Wesensmerkmal der sozialversicherungsrechtlich gedeckten Krankenbehandlung die diagnoseabhängige Behandlung darstellt (Schrammel, Veränderungen des Krankenbehandlungsanspruches durch Vertragspartnerrecht, ZAS 1986, 145 ff; Flemmich, Die Leistungsangebotsplanung in der sozialen Krankenversicherung, RdM 1999, 45 ff mwN). Es kommt somit dem Arzt eine wesentliche Rolle bei der Abgrenzung des Krankheitsbegriffes zu. Ihm obliegt es, festzustellen, wann eine Störung ein solches Ausmaß erreicht hat, dass Behandlungsbedürftigkeit medizinisch geboten ist vergleiche Pernkopf in der Entscheidungsbesprechung zu ZAS 1999/16, 150 ff).

Im vorliegenden Fall ist nach den maßgebenden Feststellungen der Vorinstanzen davon auszugehen, dass bei der Gesundenuntersuchung des Klägers im Jahr 1992 zwar erhöhte Leberwerte festgestellt wurden, denen allerdings aus medizinischer Sicht keine weitere Bedeutung beigemessen wurde, da bei dieser Untersuchung nur der Gamma-GT-Wert bestimmt wurde, der nicht als Marker der entzündlichen Aktivität bei Hepatitis C gilt. Eine Behandlungsbedürftigkeit des Klägers war daher im Sinne der gebotenen ex ante-Betrachtung nach dem damaligen Stand der medizinischen Wissenschaft zu diesem Zeitpunkt (noch) nicht gegeben, da, wie der Sachverständige dargelegt hat, seitens des Klägers keine Beschwerden vorgelegen sind und seitens der Medizin keine Messergebnisse, die auf das Vorliegen einer behandlungsbedürftigen Hepatitis C-Erkrankung hinwiesen, vorlagen. Eine Behandlungsbedürftigkeit bzw -notwendigkeit lag beim Kläger daher aus medizinischer Sicht erstmals nach Vorliegen des Untersuchungsergebnisses mit dem Befund einer chronischen Hepatitis C-Erkrankung im Jahr 1999 vor. Diese Tatsache hat die beklagte Partei auch bereits in ihrer Berufung eingeräumt, jedoch in diesem Zusammenhang darauf

hingewiesen, dass bereits im Jahr 1992 eine Hepatopatie (Entzündung der Leber) im Befund aufgeschienen sei, dieses Leberleiden des Klägers auch insofern behandelt worden sei, als ihm in einem therapeutischen Gespräch eine Reduktion des Alkoholkonsums empfohlen worden sei und auf Grund dieser Diagnose eine weiterführende Untersuchung des Klägers durchzuführen gewesen wäre. Diesem erstmals in der Berufung erhobenen Vorbringen hat bereits das Berufungsgericht zutreffend entgegengehalten, dass die Berufung insoweit nicht gesetzmäßig ausgeführt ist, weil sie nicht vom festgestellten Sachverhalt ausgeht. Die Revisionswerberin kann sich durch das Fehlen der von ihr in der Revision begehrten ergänzenden Feststellungen aber auch schon deshalb nicht beschwert erachten, weil sie im Verfahren erster Instanz ausschließlich die Zurückweisung der Klage wegen bereits rechtskräftig entschiedener Sache begehrt hat, dem inhaltlichen Vorbringen des Klägers jedoch kein eigenes Tatsachenvorbringen entgegengestellt hat.

Ausgehend von den Feststellungen der Vorinstanzen erweist sich die Ansicht der Revisionswerberin, beim Kläger sei bereits im Jahr 1992 aus medizinischer Sicht eine Behandlungsbedürftigkeit im Sinn des § 174 Z 2 iVm § 120 Abs 1 Z 1 ASVG vorgelegen, somit als nicht zutreffend. Es kann daher im vorliegenden Fall dahingestellt bleiben, ob der Versicherungsfall der Berufskrankheit im Sinn des § 174 Z 2 iVm § 120 Abs 1 Z 1 ASVG mit dem faktischen Beginn der Behandlung (vgl dazu SSV-NF 11/96 = ZAS 1998/9 [Binder] = DRdA 1998/27 [Mosler und Brodil] = SozSi 1998, 218 ff [Kletter]) oder mit dem Beginn der Behandlungsbedürftigkeit eintritt. Da die Höhe der vom Erstgericht zugesprochenen Leistungen im Rechtsmittelverfahren nicht strittig ist, musste der Revision insgesamt ein Erfolg versagt bleiben.Ausgehend von den Feststellungen der Vorinstanzen erweist sich die Ansicht der Revisionswerberin, beim Kläger sei bereits im Jahr 1992 aus medizinischer Sicht eine Behandlungsbedürftigkeit im Sinn des Paragraph 174, Ziffer 2, in Verbindung mit Paragraph 120, Absatz eins, Ziffer eins, ASVG vorgelegen, somit als nicht zutreffend. Es kann daher im vorliegenden Fall dahingestellt bleiben, ob der Versicherungsfall der Berufskrankheit im Sinn des Paragraph 174, Ziffer 2, in Verbindung mit Paragraph 120, Absatz eins, Ziffer eins, ASVG mit dem faktischen Beginn der Behandlung vergleiche dazu SSV-NF 11/96 = ZAS 1998/9 [Binder] = DRdA 1998/27 [Mosler und Brodil] = SozSi 1998, 218 ff [Kletter]) oder mit dem Beginn der Behandlungsbedürftigkeit eintritt. Da die Höhe der vom Erstgericht zugesprochenen Leistungen im Rechtsmittelverfahren nicht strittig ist, musste der Revision insgesamt ein Erfolg versagt bleiben.

Die Kostenentscheidung gründet sich auf § 77 Abs 1 Z 2 lit a ASGGDie Kostenentscheidung gründet sich auf Paragraph 77, Absatz eins, Ziffer 2, Litera a, ASGG.

Textnummer

E69952

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:OGH0002:2003:010OBS00145.03A.0617.000

Im RIS seit

17.07.2003

Zuletzt aktualisiert am

24.01.2013

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

© 2025 JUSLINE

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

www.jusline.at