

# TE OGH 2001/12/11 10ObS361/01p

JUSLINE Entscheidung

© Veröffentlicht am 11.12.2001

## **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. Steinbauer und Dr. Fellinger sowie die fachkundigen Laienrichter Dr. Gabriele Griehsel (aus dem Kreis der Arbeitgeber) und Helmuth Prenner (aus dem Kreis der Arbeitnehmer) als weitere Richter in der Sozialrechtssache der klagenden Partei Günter W\*\*\*\*\*, ohne Beschäftigungsangabe, \*\*\*\*\* vertreten durch Dr. Hans Otto Schmidt, Rechtsanwalt in Wien, gegen die beklagte Partei Wiener Gebietskrankenkasse, 1103 Wien, Wienerbergstraße 15-19, vertreten durch Dr. Heinz Edelmann, Rechtsanwalt in Wien, wegen Gewährung von Heilmitteln, infolge außerordentlicher Revision der klagenden Partei gegen das Urteil des Oberlandesgerichtes Wien als Berufungsgericht in Arbeits- und Sozialrechtssachen vom 28. August 2001, GZ 10 Rs 267/01k-36, womit infolge Berufung der klagenden Partei das Urteil des Arbeits- und Sozialgerichtes Wien vom 11. Mai 2001, GZ 3 Cgs 187/00m-32, bestätigt wurde, in nichtöffentlicher Sitzung den Beschluss

gefasst:

## **Spruch**

Der außerordentlichen Revision wird Folge gegeben.

Die Urteile der Vorinstanzen werden aufgehoben. Die Sozialrechtssache wird zur neuerlichen Verhandlung und Entscheidung an das Erstgericht zurückverwiesen.

Die Revisionskosten des Klägers bilden weitere Verfahrenskosten.

## **Text**

Begründung:

Mit Bescheid vom 11. 9. 2000 lehnte die beklagte Partei die Gewährung des Heilmittels Neupogen 30 Mill. Einheiten OP I mit der Begründung ab, dass die beim Kläger wiederholt auftretenden Infekte mit Erfolg durch Antibiotikagaben behandelt werden könnten und die Verabreichung dieses weitaus kostenintensiveren Heilmittels dem Wirtschaftlichkeitsgebot widerspreche. Mit Bescheid vom 11. 9. 2000 lehnte die beklagte Partei die Gewährung des Heilmittels Neupogen 30 Mill. Einheiten OP römisch eins mit der Begründung ab, dass die beim Kläger wiederholt auftretenden Infekte mit Erfolg durch Antibiotikagaben behandelt werden könnten und die Verabreichung dieses weitaus kostenintensiveren Heilmittels dem Wirtschaftlichkeitsgebot widerspreche.

Gegen diesen Bescheid er hob der Kläger Klage mit dem Begehr, dass die beklagte Partei schuldig sei, dem Kläger auf Grund der Erkrankung an chronischer Hepatitis C und Leberzirrhose die Gewährung des Heilmittels Neupogen 30 Mill. zu bewilligen.

Das Erstgericht wies dieses Klagebegehr ab. Es traf dazu im Wesentlichen folgende Feststellungen:

Der Kläger leidet unter chronischer Hepatitis C mit erheblicher Leberschädigung, wobei trotz mehrfacher Therapiezyklen eine Eliminierung des Virus nicht anhaltend gelungen ist. Auf Grund der fortschreitenden Verschlechterung seines Allgemeinzustandes willigte der Kläger ein, sich mit einer bisher nicht erprobten Dreierkombination eines viruseliminierenden Arzneimittels (Interferon-Ribavirin-Amantadin) behandeln zu lassen. Alle anderen Behandlungsmethoden waren bereits ausgeschöpft, eine Verschlechterung des Zustandes des Klägers hätte in keiner anderen Art und Weise als durch Teilnahme an dieser Studie hintangehalten werden können. Wäre die Hepatitis C nicht behandelt worden, würde dies zu einem fortschreitend ausgeprägten Leberleiden und mit überdurchschnittlicher Häufigkeit zu Leberkrebs führen. Damit ist die Teilnahme an der Studie, welche die Gesundheit bessert und Folgekrankheiten hintanhält, als notwendige und zweckmäßige Therapie anzusehen. Tatsächlich konnte durch die Behandlung mit der Dreierkombination zumindest während der Dauer der Therapie eine anhaltende Besserung des Grundleidens bewirkt werden. Es kann nicht festgestellt werden, ob diese Besserung andauernd ist. Als Nebenwirkung der Behandlung mit der genannten Dreierkombination ist beim Kläger eine Neutropenie (ausgeprägte Verminderung der weißen Blutkörperchen) aufgetreten: Der Stand seiner weißen Blutkörperchen war auf 1000/mm<sup>3</sup> abgesunken. Daraus resultiert eine erhöhte Infektanfälligkeit. Dadurch war entweder eine stationäre Aufnahme oder die Behandlung mit Neupogen zur Heilung der Neutropenie unbedingt erforderlich geworden.

Mit dem eingangs zitierten Bescheid hat die beklagte Partei die Gewährung der Bewilligung des Neupogens abgelehnt. Es wurde daher dem Kläger im Zuge der noch andauernden Therapie mit der Dreierkombination kein Neupogen verabreicht, es entstanden ihm auch keine Kosten durch die Anschaffung von Neupogen. Er musste jedoch zweimal stationär wegen Infektionen mit hohem Fieber aufgenommen und die Tripeltherapie unterbrochen werden, ein weiteres Mal wegen Leukopenie.

Das Medikament Neupogen 30 Mill. Einheiten OP I ist geeignet, die Anzahl der weißen Blutkörperchen zu erhöhen, d.h. die Neutropenie zu mildern und zu bessern. Die Infektanfälligkeit wird verringert, die Nebenwirkungen der Studie damit erleichtert. Neupogen dient aber nicht zur Behandlung des Grundleidens, nämlich der Hepatitis C-Erkrankung. Das Medikament Neupogen 30 Mill. Einheiten OP römisches eins ist geeignet, die Anzahl der weißen Blutkörperchen zu erhöhen, d.h. die Neutropenie zu mildern und zu bessern. Die Infektanfälligkeit wird verringert, die Nebenwirkungen der Studie damit erleichtert. Neupogen dient aber nicht zur Behandlung des Grundleidens, nämlich der Hepatitis C-Erkrankung.

Wird Neupogen nicht verabreicht, ist an sich eine stationäre Aufnahme zur Hintanhaltung der Infektgefahr bei Durchführung der Tripeltherapie notwendig; allfällig trotzdem auftretende Infekte müssen sodann mit Antibiotika behandelt werden. Ein anderes Mittel zur Heilung einer Neutropenie als Neupogen existiert nach dem derzeitigen Stand des Wissens nicht, insbesondere auch kein billigeres Medikament. Die Verabreichung von Antibiotika allein stellt keine Alternative zur Behandlung mit Neupogen dar. Es kann nicht festgestellt werden, ob die Verabreichung von Neupogen beim Kläger in Zukunft erforderlich sein wird oder nicht. Es kann auch nicht festgestellt werden, ob ohne Beteiligung des Klägers an der genannten Studie die Behandlung mit Neupogen erforderlich gewesen wäre oder nicht.

Rechtlich beurteilte das Erstgericht diesen Sachverhalt dahin, dass Neupogen nicht das Grundleiden, sondern nur eine Nebenwirkung einer notwendigen und zweckmäßigen Heilbehandlung bekämpfe. Diese Nebenwirkung sei aber auch durch stationäre Aufnahme beherrschbar. Da dem Kläger überdies keine Kosten durch den Kauf von Neupogen entstanden seien, sei das Klagebegehren abzuweisen. Einem Feststellungsbegehren würde die Berechtigung außerdem auch deshalb fehlen, weil derzeit nicht gesagt werden könne, ob eine Neutropenie beim Kläger in Zukunft auftreten werde.

Das Berufungsgericht gab der Berufung des Klägers keine Folge. Es verwies in seiner rechtlichen Beurteilung insbesondere darauf, dass die Zweckmäßigkeit der Krankenbehandlung auch im Bereich der sozialen Krankenversicherung nicht allein nach ökonomischen Gesichtspunkten beurteilt werden dürfe, sondern vielmehr auch das Ausmaß der Betroffenheit des Patienten im Einzelfall berücksichtigt werden müsse. Wenngleich nicht ausdrücklich festgestellt, ergebe sich aus den Ausführungen des gerichtsärztlichen Sachverständigen, dass eine Ampulle Neupogen etwa 5.900 koste, dass zwei Ampullen Neupogen pro Woche erforderlich seien und die Behandlung gleichsam in Form einer Kur etwa zwei bis drei Wochen andauere. Die Alternative zur Behandlung mit Neupogen stelle eine stationäre Aufnahme des Klägers zur Vermeidung der Infektionsgefahr während der (monatelangen) Dauer der Tripeltherapie oder das Abwarten des Auftretens eines Infekts mit anschließender stationärer Aufnahme und Gabe von Antibiotika sowie Unterbrechung der Tripeltherapie dar. Ein Vergleich der Kosten dieser verschiedenen Methoden sei

rein unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit nur schwer vorzunehmen. Unter Berücksichtigung der Betroffenheit des Patienten im Einzelfall bedeute die Gewährung des Heilmittels Neupogen jedoch nicht, dass die Krankenbehandlung damit das Maß des Notwendigen und Zweckmäßigen überschritten hätte. Vergleiche man von der Warte des Versicherten aus die oben genannten Behandlungsmethoden, so ergebe sich nämlich eindeutig, dass die gleichsam vorbeugende Behandlung zur Vermeidung von Infekten durch die Gabe von Neupogen die für ihn risikoloseste und mit seiner Würde am besten vereinbare Methode darstelle. Demgegenüber erscheine das Abwarten des Auftretens der Infekte und deren Behandlung mit Antibiotika weitaus risikoreicher und der Gesundheit abträglicher zu sein. Dies umso mehr, als die Behandlung des Grundleidens, nämlich der Hepatitis C-Erkrankung, für die Dauer des Infekts ausgesetzt werden müsse, woraus sich weitere Risiken ergeben würden. Das Abwarten der Infekte mit anschließenden Antibiotikagaben sei daher keinesfalls eine gleichwertige Alternative zu dem Medikament Neupogen. Auch sei von der Betroffenheit des Patienten her gesehen jene Lösung, sich vorbeugend während der monatelangen Tripeltherapie in stationärer Behandlung, also gleichsam in Quarantäne zu begeben, um von allfälligen Infektionsquellen abgeschirmt zu sein, gegenüber der Behandlung mit Neupogen eindeutig mit größeren Nachteilen behaftet. Somit erweise sich die Behandlung mit Neupogen als die schonendere Behandlungsweise, sodass das Gewicht des Kostenarguments (wollte man überhaupt davon ausgehen, dass die Kosten einer Neupogenkur höher liegen als jene eines präventiven monatelangen stationären Aufenthaltes) in den Hintergrund treten. Die Behandlung mit Neupogen sei daher als ausreichende und zweckmäßige Krankenbehandlung anzusehen und damit von der Leistungspflicht des Sozialversicherungsträgers umfasst.

Das Argument, die Behandlung mit Neuopogen betreffe nicht das Grundleiden, sondern nur die Nebenwirkung der Tripeltherapie, könne diese Beurteilung nicht ändern. Der Heilmittelbegriff nach § 136 Abs 1 ASVG umfasse nämlich nicht nur die notwendigen Arzneien oder sonstigen Mittel, die zur Beseitigung oder Linderung der Krankheit dienen, sondern auch jene, welche zur Sicherung des Heilerfolges nötig seien. Da der Heilerfolg der Grundkrankheit nur gegeben sei, wenn das als Nebenwirkung auftretende Absinken der weißen Blutkörperchen und die daraus resultierende Infektgefahr verhindert bzw bekämpft werden könne, seien auch die dazu notwendigen Leistungen vom Versicherungsträger zu gewähren. Das Argument, die Behandlung mit Neuopogen betreffe nicht das Grundleiden, sondern nur die Nebenwirkung der Tripeltherapie, könne diese Beurteilung nicht ändern. Der Heilmittelbegriff nach Paragraph 136, Absatz eins, ASVG umfasse nämlich nicht nur die notwendigen Arzneien oder sonstigen Mittel, die zur Beseitigung oder Linderung der Krankheit dienen, sondern auch jene, welche zur Sicherung des Heilerfolges nötig seien. Da der Heilerfolg der Grundkrankheit nur gegeben sei, wenn das als Nebenwirkung auftretende Absinken der weißen Blutkörperchen und die daraus resultierende Infektgefahr verhindert bzw bekämpft werden könne, seien auch die dazu notwendigen Leistungen vom Versicherungsträger zu gewähren.

Dennoch sei das Klagebegehren auf Grund folgender Erwägungen nicht berechtigt:

Der Kläger habe offenbar zu jenem Zeitpunkt, als während der Tripeltherapie der Wert seiner weißen Blutkörperchen unter 1000/mm<sup>3</sup> abgesunken war, den Antrag an die Beklagte auf chefärztliche Bewilligung von Neupogen gestellt, welcher bescheidmäßig abgelehnt worden sei. Das als Leistungsbegehren zu qualifizierende Klagebegehren sei in der Folge unverändert aufrecht geblieben, obwohl beim Kläger bereits Monate vor dem Zeitpunkt des Schlusses der mündlichen Verhandlung die Tripeltherapie abgebrochen werden musste. Kosten für das Heilmittel Neupogen seien dem Kläger deshalb nicht entstanden, weil er offensichtlich nicht bereit oder imstande gewesen sei, dessen erheblichen Kosten vorerst aus eigenem zu tragen und dann auf Kostenerstattung zu klagen. Vielmehr habe er die nunmehr beendete Tripeltherapie auch ohne Neupogengaben "ausgehalten". Stelle man auf den Zeitpunkt des Schlusses der mündlichen Verhandlung ab, sei aber dem vorliegenden Klagebegehren die sachliche Grundlage entzogen. Die Gewährung der chefärztlichen Bewilligung erweise sich infolge des Abschlusses der Therapie nicht mehr als erforderlich. Ein Kostenersatzzuspruch könne mangels Kostentragung durch den Kläger nicht erfolgen. Auch der Zuspruch eines "minus" in Form eines in die Zukunft gerichteten Feststellungsbegehrens sei nicht möglich, weil nicht festgestellt werden konnte, ob bzw dass eine neuerliche Tripelbehandlung und damit die Verabreichung von Neupogen in Zukunft überhaupt erforderlich sein werde. Damit fehle es aber am Erfordernis des rechtlichen Interesses an der alsbaldigen Feststellung im Sinne des § 228 ZPO, von welchem auch im Sozialrechtsverfahren nicht abgegangen werden könne. Der Kläger habe offenbar zu jenem Zeitpunkt, als während der Tripeltherapie der Wert seiner weißen Blutkörperchen unter 1000/mm<sup>3</sup> abgesunken war, den Antrag an die Beklagte auf chefärztliche Bewilligung von Neupogen gestellt, welcher bescheidmäßig abgelehnt worden sei. Das als Leistungsbegehren zu

qualifizierende Klagebegehren sei in der Folge unverändert aufrecht geblieben, obwohl beim Kläger bereits Monate vor dem Zeitpunkt des Schlusses der mündlichen Verhandlung die Tripeltherapie abgebrochen werden musste. Kosten für das Heilmittel Neupogen seien dem Kläger deshalb nicht entstanden, weil er offensichtlich nicht bereit oder imstande gewesen sei, dessen erheblichen Kosten vorerst aus eigenem zu tragen und dann auf Kostenerstattung zu klagen. Vielmehr habe er die nunmehr beendete Tripeltherapie auch ohne Neupogengaben "ausgehalten". Stelle man auf den Zeitpunkt des Schlusses der mündlichen Verhandlung ab, sei aber dem vorliegenden Klagebegehren die sachliche Grundlage entzogen. Die Gewährung der chefärztlichen Bewilligung erweise sich infolge des Abschlusses der Therapie nicht mehr als erforderlich. Ein Kostenersatzzuspruch könne mangels Kostentragung durch den Kläger nicht erfolgen. Auch der Zuspruch eines "minus" in Form eines in die Zukunft gerichteten Feststellungsbegehrens sei nicht möglich, weil nicht festgestellt werden konnte, ob bzw dass eine neuerliche Tripelbehandlung und damit die Verabreichung von Neupogen in Zukunft überhaupt erforderlich sein werde. Damit fehle es aber am Erfordernis des rechtlichen Interesses an der alsbaldigen Feststellung im Sinne des Paragraph 228, ZPO, von welchem auch im Sozialrechtsverfahren nicht abgegangen werden könne.

Die Revision sei mangels einer erheblichen Rechtsfrage im Sinn des § 46 Abs 1 ASGG nicht zulässig. Die Revision sei mangels einer erheblichen Rechtsfrage im Sinn des Paragraph 46, Absatz eins, ASGG nicht zulässig.

Gegen diese Entscheidung richtet sich die außerordentliche Revision des Klägers wegen unrichtiger rechtlicher Beurteilung mit den Anträgen, das angefochtene Urteil im Sinne einer Stattgebung des Klagebegehrens abzuändern, in eventu es aufzuheben und die Rechtssache zur ergänzenden Verhandlung und neuerlichen Entscheidung an das Berufungsgericht oder an das Erstgericht zurückzuverweisen. Die beklagte Partei beantragt in ihrer Revisionsbeantwortung, der Revision keine Folge zu geben.

### **Rechtliche Beurteilung**

Die Revision ist, wie sich aus den folgenden Ausführungen ergeben wird, zulässig und im Sinne ihres Eventualantrages auch berechtigt. Nach § 133 Abs 1 ASVG umfasst die Krankenbehandlung, die nach Abs 2 dieser Gesetzesstelle ausreichend und zweckmäßig sein muss, das Maß des Notwendigen jedoch nicht überschreiten darf, ärztliche Hilfe, Heilmittel und Heilbehelfe. Die Heilmittel umfassen wiederum a) die notwendigen Arzneien und b) die sonstigen Mittel, die zur Beseitigung oder Linderung der Krankheit oder zur Sicherung des Heilerfolges dienen (§ 136 Abs 1 ASVG). Die Kosten der Heilmittel werden vom Träger der Krankenversicherung durch Abrechnung mit den Apotheken übernommen (§ 136 Abs 2 ASVG). Für jedes auf einem Rezept verordnete und auf Rechnung des Versicherungsträgers bezogene Heilmittel ist, soweit nichts anderes bestimmt wird, eine Rezeptgebühr zu zahlen (§ 136 Abs 3 ASVG). Nimmt der Anspruchsberechtigte nicht die Vertragsparter (§ 337) oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) des Versicherungsträgers zur Erbringung der Sachleistungen der Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe) in Anspruch, so gebührt ihm der Ersatz der Kosten dieser Krankenbehandlung im Ausmaß von 80 vH des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre (§ 131 Abs 1 ASVG). Die Revision ist, wie sich aus den folgenden Ausführungen ergeben wird, zulässig und im Sinne ihres Eventualantrages auch berechtigt. Nach Paragraph 133, Absatz eins, ASVG umfasst die Krankenbehandlung, die nach Absatz 2, dieser Gesetzesstelle ausreichend und zweckmäßig sein muss, das Maß des Notwendigen jedoch nicht überschreiten darf, ärztliche Hilfe, Heilmittel und Heilbehelfe. Die Heilmittel umfassen wiederum a) die notwendigen Arzneien und b) die sonstigen Mittel, die zur Beseitigung oder Linderung der Krankheit oder zur Sicherung des Heilerfolges dienen (Paragraph 136, Absatz eins, ASVG). Die Kosten der Heilmittel werden vom Träger der Krankenversicherung durch Abrechnung mit den Apotheken übernommen (Paragraph 136, Absatz 2, ASVG). Für jedes auf einem Rezept verordnete und auf Rechnung des Versicherungsträgers bezogene Heilmittel ist, soweit nichts anderes bestimmt wird, eine Rezeptgebühr zu zahlen (Paragraph 136, Absatz 3, ASVG). Nimmt der Anspruchsberechtigte nicht die Vertragsparter (Paragraph 337,) oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) des Versicherungsträgers zur Erbringung der Sachleistungen der Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe) in Anspruch, so gebührt ihm der Ersatz der Kosten dieser Krankenbehandlung im Ausmaß von 80 vH des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre (Paragraph 131, Absatz eins, ASVG).

Die rechtliche Beurteilung des Berufungsgerichtes, dass es sich beim strittigen Präparat um ein für die ausreichende und zweckmäßige Krankenbehandlung des Klägers notwendiges Heilmittel im Sinn des § 136 Abs 1 ASVG handelt, ist zutreffend, sodass insoweit auf die Richtigkeit dieser Ausführungen verwiesen werden kann (§ 510 Abs 3 zweiter Satz

ZPO). Die rechtliche Beurteilung des Berufungsgerichtes, dass es sich beim strittigen Präparat um ein für die ausreichende und zweckmäßige Krankenbehandlung des Klägers notwendiges Heilmittel im Sinn des Paragraph 136, Absatz eins, ASVG handelt, ist zutreffend, sodass insoweit auf die Richtigkeit dieser Ausführungen verwiesen werden kann (Paragraph 510, Absatz 3, zweiter Satz ZPO).

Zutreffend verweist der Kläger in seinen Revisionsausführungen darauf, dass nach den Vorstellungen des Gesetzgebers des ASVG die österreichische soziale Krankenversicherung den Heilbedarf des Versicherten in der Form der Sachleistungen decken soll. Dabei verschafft der Sozialversicherungsträger dem Versicherten die Heilbehandlung über eigene Einrichtungen zu deren Lasten oder über seine Vertragspartner gegen direkte Verrechnung der Kosten mit dem Vertragspartner. Geldleistungen des Krankenversicherungsträgers ("Kostenersatz") sollen im Bereich der Krankenbehandlung hingegen die Ausnahme bilden. Beim Kostenersatz verschafft sich der Versicherte die Heilbehandlung selbst und liquidiert nachher die satzungsgemäßen Geldleistungen (Selb in Tomandl, SV-System 6. Erg-Lfg 568 f mwN ua). Das hier zu beurteilende Klagebegehren ist nicht auf Kostenerstattung gerichtet, wobei eine solche Leistungsklage auf Kostenersatz aus der Krankenversicherung nach ständiger, von der herrschenden Lehre gebilligten Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofes auch voraussetzen würde, dass die Kosten vorher vom Versicherten oder Anspruchsberechtigten getragen wurden (10 ObS 361/99g SSV-NF 13/12, 10/48 mwN ua). Zutreffend haben die Vorinstanzen daher darauf hingewiesen, dass ein solches Kostenerstattungsbegehren mangels vorheriger Kostentragung durch den Kläger von vornherein unberechtigt wäre.

Nach herrschender Auffassung besteht zwar kein durchsetzbarer Rechtsanspruch auf Gewährung von Sachleistungen in der Krankenversicherung, ein Klagebegehren auf Übernahme von Kosten durch den Krankenversicherungsträger wird jedoch für zulässig erachtet (10 ObS 315/00x, SSV-NF 13/12, 9/65, 10 ObS 14/94 ua; RIS-Justiz RS0111541). Wird ein solches Begehren nur dem Grunde nach bestritten, ist auch nur ein urteilmäßiger Ausspruch über den Anspruchsgrund erforderlich. Wird hingegen das Begehren auch der Höhe nach bestritten, wird im Falle des Fehlens entsprechender gesetzlicher, satzungs- oder richtlinienmäßig festgelegter Kostensätze die Höhe dieser Kosten betragsmäßig festzustellen sein. Dabei wäre auch eine für den Bezug eines Heilmittels auf Rechnung der Versicherungsanstalt zu entrichtende Rezeptgebühr zu berücksichtigen (SSV-NF 2/68). Ein solches Begehren auf Übernahme der Kosten eines Heilmittels entspricht auch dem Wortlaut des oben zitierten § 136 Abs 2 ASVG, wonach die Kosten der Heilmittel im Rahmen der Sachleistungsgewährung vom Versicherungsträger durch Abrechnung mit den Apotheken übernommen werden (SSV-NF 13/12). Nach herrschender Auffassung besteht zwar kein durchsetzbarer Rechtsanspruch auf Gewährung von Sachleistungen in der Krankenversicherung, ein Klagebegehren auf Übernahme von Kosten durch den Krankenversicherungsträger wird jedoch für zulässig erachtet (10 ObS 315/00x, SSV-NF 13/12, 9/65, 10 ObS 14/94 ua; RIS-Justiz RS0111541). Wird ein solches Begehren nur dem Grunde nach bestritten, ist auch nur ein urteilmäßiger Ausspruch über den Anspruchsgrund erforderlich. Wird hingegen das Begehren auch der Höhe nach bestritten, wird im Falle des Fehlens entsprechender gesetzlicher, satzungs- oder richtlinienmäßig festgelegter Kostensätze die Höhe dieser Kosten betragsmäßig festzustellen sein. Dabei wäre auch eine für den Bezug eines Heilmittels auf Rechnung der Versicherungsanstalt zu entrichtende Rezeptgebühr zu berücksichtigen (SSV-NF 2/68). Ein solches Begehren auf Übernahme der Kosten eines Heilmittels entspricht auch dem Wortlaut des oben zitierten Paragraph 136, Absatz 2, ASVG, wonach die Kosten der Heilmittel im Rahmen der Sachleistungsgewährung vom Versicherungsträger durch Abrechnung mit den Apotheken übernommen werden (SSV-NF 13/12).

Das hier zu beurteilende Klagebegehren ist als ein solches auf Übernahme der Kosten eines Heilmittels durch den Krankenversicherungsträger gerichtetes und daher zulässiges Leistungsbegehren zu werten. Nach den bisher vorliegenden Feststellungen der Vorinstanzen kann aber nicht zweifelsfrei davon ausgegangen werden, dass die Notwendigkeit einer Krankenbehandlung beim Kläger nicht mehr gegeben und der Versicherungsfall der Krankheit somit bereits abgeschlossen wäre. So konnte zwar durch die Behandlung mit der erwähnten Tripeltherapie zumindest während der Dauer der Therapie eine anhaltende Besserung des Grundleidens (chronische Hepatitis C) bewirkt werden; es konnte jedoch nicht festgestellt werden, ob diese Besserung andauernd ist, zumal beim Kläger trotz mehrfacher Therapiezyklen eine (anhaltende) Eliminierung des Virus bisher nicht gelungen ist. Es fehlen somit eindeutige Feststellungen darüber, ob bzw wann die Tripeltherapie beendet wurde und ob die beim Kläger als Nebenwirkung dieser Behandlung aufgetretene Neutropenie noch vorhanden ist. Nach den Ausführungen des Klägers in seinen Rechtsmittelschriften bestehen bei ihm weiterhin diese Nebenwirkungen, welche eine Verwendung des Heilmittels Neupogen erforderlich machen. Auch der gerichtsärztliche Sachverständige konnte in der in der letzten

mündlichen Streitverhandlung vorgenommenen Gutachtenserörterung nicht abschließend beurteilen, ob die Beigabe von Neupogen beim Kläger derzeit (noch) erforderlich sei (vgl S 4 in ON 31). Solange diese Frage jedoch nicht geklärt ist, kann auch die Berechtigung des vom Kläger an sich zu Recht erhobenen Begehrens auf Übernahme der Kosten dieses Heilmittels nicht abschließend beurteilt werden. Die Ausführungen der Vorinstanzen zur Frage der Zulässigkeit eines Feststellungsbegehrens werden in der Revision des Klägers nicht releviert. Auch die beklagte Partei kommt in ihrer Revisionsbeantwortung nicht mehr auf ihre Einwendung zurück, wonach es sich bei der Tripeltherapie um eine Behandlung im Rahmen einer Studie gehandelt habe und erforderliche begleitende Behandlungen von einer hiefür eigens abgeschlossenen Personenschadenversicherung zu decken seien, sodass auf diese Fragen nicht mehr einzugehen ist. Auf Grund dieser Erwägungen waren die Urteile der Vorinstanzen aufzuheben und dem Erstgericht eine ergänzende Verhandlung und neuerliche Entscheidung aufzutragen. Das hier zu beurteilende Klagebegehren ist als ein solches auf Übernahme der Kosten eines Heilmittels durch den Krankenversicherungsträger gerichtetes und daher zulässiges Leistungsbegehren zu werten. Nach den bisher vorliegenden Feststellungen der Vorinstanzen kann aber nicht zweifelsfrei davon ausgegangen werden, dass die Notwendigkeit einer Krankenbehandlung beim Kläger nicht mehr gegeben und der Versicherungsfall der Krankheit somit bereits abgeschlossen wäre. So konnte zwar durch die Behandlung mit der erwähnten Tripeltherapie zumindest während der Dauer der Therapie eine anhaltende Besserung des Grundleidens (chronische Hepatitis C) bewirkt werden; es konnte jedoch nicht festgestellt werden, ob diese Besserung andauernd ist, zumal beim Kläger trotz mehrfacher Therapiezyklen eine (anhaltende) Eliminierung des Virus bisher nicht gelungen ist. Es fehlen somit eindeutige Feststellungen darüber, ob bzw wann die Tripeltherapie beendet wurde und ob die beim Kläger als Nebenwirkung dieser Behandlung aufgetretene Neutropenie noch vorhanden ist. Nach den Ausführungen des Klägers in seinen Rechtsmittelschriften bestehen bei ihm weiterhin diese Nebenwirkungen, welche eine Verwendung des Heilmittels Neupogen erforderlich machen. Auch der gerichtsärztliche Sachverständige konnte in der in der letzten mündlichen Streitverhandlung vorgenommenen Gutachtenserörterung nicht abschließend beurteilen, ob die Beigabe von Neupogen beim Kläger derzeit (noch) erforderlich sei (vgl S 4 in ON 31). Solange diese Frage jedoch nicht geklärt ist, kann auch die Berechtigung des vom Kläger an sich zu Recht erhobenen Begehrens auf Übernahme der Kosten dieses Heilmittels nicht abschließend beurteilt werden. Die Ausführungen der Vorinstanzen zur Frage der Zulässigkeit eines Feststellungsbegehrens werden in der Revision des Klägers nicht releviert. Auch die beklagte Partei kommt in ihrer Revisionsbeantwortung nicht mehr auf ihre Einwendung zurück, wonach es sich bei der Tripeltherapie um eine Behandlung im Rahmen einer Studie gehandelt habe und erforderliche begleitende Behandlungen von einer hiefür eigens abgeschlossenen Personenschadenversicherung zu decken seien, sodass auf diese Fragen nicht mehr einzugehen ist. Auf Grund dieser Erwägungen waren die Urteile der Vorinstanzen aufzuheben und dem Erstgericht eine ergänzende Verhandlung und neuerliche Entscheidung aufzutragen.

Der Kostenvorbehalt hinsichtlich der Kosten des Klägers beruht auf § 52 Abs 1 ZPO. Die beklagte Partei hat die Kosten ihrer Revisionsbeantwortung gemäß § 77 Abs 1 Z 1 ASGG unabhängig vom Verfahrensausgang selbst zu tragen. Der Kostenvorbehalt hinsichtlich der Kosten des Klägers beruht auf Paragraph 52, Absatz eins, ZPO. Die beklagte Partei hat die Kosten ihrer Revisionsbeantwortung gemäß Paragraph 77, Absatz eins, Ziffer eins, ASGG unabhängig vom Verfahrensausgang selbst zu tragen.

#### **Anmerkung**

E64108 10ObS361.01p

#### **European Case Law Identifier (ECLI)**

ECLI:AT:OGH0002:2001:010OBS00361.01P.1211.000

#### **Dokumentnummer**

JJT\_20011211\_OGH0002\_010OBS00361\_01P0000\_000

**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](http://www.jusline.at)