jusline®
»» Recht. Schnell

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

TE OGH 1999/12/14 10ObS305/99x

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 14.12.1999

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. Ehmayr und Dr. Fellinger sowie die fachkundigen Laienrichter Dr. Werner Hartmann (aus dem Kreis der Arbeitgeber) und Helmut Stöcklmayer (aus dem Kreis der Arbeitnehmer) als weitere Richter in der Sozialrechtssache der klagenden Partei Dr. Friedrich F*****, Rechtsanwalt, *****, gegen die beklagte Partei Wiener Gebietskrankenkasse, 1103 Wien, Wienerbergstraße 15-19, vertreten durch Dr. Heinz Edelmann, Rechtsanwalt in Wien, wegen Kostenübernahme, infolge Revision der klagenden Partei gegen das Urteil des Oberlandesgerichtes Wien als Berufungsgericht in Arbeits- und Sozialrechtssachen vom 8. Juli 1999, GZ 7 Rs 68/99t-11, womit infolge Berufung der klagenden Partei das Urteil des Arbeits- und Sozialgerichtes Wien vom 16. September 1998, GZ 17 Cgs 68/98h-6, bestätigt wurde, in nichtöffentlicher Sitzung zu Recht erkannt:

Spruch

Der Revision wird nicht Folge gegeben.

Beide Parteien haben die Kosten ihrer Rechtsmittelschriften selbst zu tragen.

Text

Entscheidungsgründe:

Der Kläger war bis 29. 2. 1996 bei der beklagten Partei in der Krankenversicherung pflichtversichert und ist als Rechtsanwalt Mitglied der Rechtsanwaltskammer Wien. Die Gattin des Klägers ist bei der beklagten Partei in der Krankenversicherung pflichtversichert.

Der Kläger erlitt am 6. 2. 1998 beim Schifahren einen Unfall und wurde in der Folge am 9. 2. 1998 und am 25. 2. 1998 im Unfallkrankenhaus Lorenz-Böhler ambulant behandelt. Mit Schreiben vom 31. 3. 1998 ersuchte der Kläger die beklagte Partei um die Übernahme dieser Behandlungskosten.

Mit Schreiben vom 15. 4. 1998 beantragte die Gattin des Klägers bei der beklagten Partei die Erlassung eines Bescheides über die Anerkennung ihres Ehegatten als anspruchsberechtigten Angehörigen. Die beklagte Partei stellte daraufhin mit Bescheid vom 23. 4. 1998 fest, dass der Kläger gemäß § 123 Abs 9 lit a ASVG nicht anspruchsberechtigter Angehöriger seiner krankenversicherten Ehegattin sei. Dieser Bescheid wurde der Gattin des Klägers am 27. 4. 1998 zugestellt und erwuchs in Rechtskraft.Mit Schreiben vom 15. 4. 1998 beantragte die Gattin des Klägers bei der beklagten Partei die Erlassung eines Bescheides über die Anerkennung ihres Ehegatten als anspruchsberechtigten Angehörigen. Die beklagte Partei stellte daraufhin mit Bescheid vom 23. 4. 1998 fest, dass der Kläger gemäß Paragraph 123, Absatz 9, Litera a, ASVG nicht anspruchsberechtigter Angehöriger seiner krankenversicherten Ehegattin sei. Dieser Bescheid wurde der Gattin des Klägers am 27. 4. 1998 zugestellt und erwuchs in Rechtskraft.

Mit einem weiteren Bescheid vom 23. 4. 1998 lehnte die beklagte Partei den Antrag des Klägers auf Übernahme der Kosten für die ambulante Behandlung im Unfallkrankenhaus Lorenz-Böhler am 9. 2. 1998 und am 25. 2. 1998 gemäß § 122 ASVG mit der Begründung ab, dass eine Anspruchsberechtigung des Klägers als Angehöriger seiner bei der beklagten Partei krankenversicherten Gattin nicht gegeben sei.Mit einem weiteren Bescheid vom 23. 4. 1998 lehnte die beklagte Partei den Antrag des Klägers auf Übernahme der Kosten für die ambulante Behandlung im Unfallkrankenhaus Lorenz-Böhler am 9. 2. 1998 und am 25. 2. 1998 gemäß Paragraph 122, ASVG mit der Begründung ab, dass eine Anspruchsberechtigung des Klägers als Angehöriger seiner bei der beklagten Partei krankenversicherten Gattin nicht gegeben sei.

Das Erstgericht wies das dagegen vom Kläger erhobene Klagebegehren, die beklagte Partei sei ihm gegenüber schuldig, die Kosten für die Behandlung im Lorenz-Böhler Krankenhaus im Gefolge des Unfalles vom 6. 2. 1998 aus der Mitversicherung mit seiner Ehegattin zu übernehmen, ab. Der Kläger sei nur bis zum 29. 2. 1996 bei der beklagten Partei krankenversichert gewesen. Da sich der Schiunfall jedoch erst am 6. 2. 1998 ereignet habe und kein Schutzfristfall im Sinn des § 122 Abs 2 ASVG vorliege, könne der Kläger die Übernahme der Behandlungskosten auf Grund eigener Versicherung nicht mit Erfolg geltend machen. Der Kläger habe aber auch keinen Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung auf Grund seiner Angehörigeneigenschaft, weil § 123 Abs 9 lit c ASVG nunmehr eindeutig den Ausschluss der Angehörigeneigenschaft für Personen, die im § 2 Abs 1 FSVG in der am 31. 12. 1997 geltenden Fassung angeführt seien, normiere. Die Mitglieder der Rechtsanwaltskammer gehörten bis zum 1. 1. 1998 zu den im § 2 Abs 1 FSVG genannten Personen, sodass der Kläger als Mitglied der Rechtsanwaltskammer auch auf Grund seiner Angehörigeneigenschaft nicht anspruchsberechtigt sei. Darüber hinaus wäre das Klagebegehren aber auch deshalb abzuweisen, weil die für das Leistungsbegehren des Klägers präjudizielle Vorfrage des Bestehens der Angehörigeneigenschaft mit Bescheid der beklagten Partei vom 23. 4. 1998 rechtskräftig verneint worden sei und das Gericht an diese Feststellung gebunden sei.Das Erstgericht wies das dagegen vom Kläger erhobene Klagebegehren, die beklagte Partei sei ihm gegenüber schuldig, die Kosten für die Behandlung im Lorenz-Böhler Krankenhaus im Gefolge des Unfalles vom 6. 2. 1998 aus der Mitversicherung mit seiner Ehegattin zu übernehmen, ab. Der Kläger sei nur bis zum 29. 2. 1996 bei der beklagten Partei krankenversichert gewesen. Da sich der Schiunfall jedoch erst am 6. 2. 1998 ereignet habe und kein Schutzfristfall im Sinn des Paragraph 122, Absatz 2, ASVG vorliege, könne der Kläger die Übernahme der Behandlungskosten auf Grund eigener Versicherung nicht mit Erfolg geltend machen. Der Kläger habe aber auch keinen Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung auf Grund seiner Angehörigeneigenschaft, weil Paragraph 123, Absatz 9, Litera c, ASVG nunmehr eindeutig den Ausschluss der Angehörigeneigenschaft für Personen, die im Paragraph 2, Absatz eins, FSVG in der am 31. 12. 1997 geltenden Fassung angeführt seien, normiere. Die Mitglieder der Rechtsanwaltskammer gehörten bis zum 1. 1. 1998 zu den im Paragraph 2, Absatz eins, FSVG genannten Personen, sodass der Kläger als Mitglied der Rechtsanwaltskammer auch auf Grund seiner Angehörigeneigenschaft nicht anspruchsberechtigt sei. Darüber hinaus wäre das Klagebegehren aber auch deshalb abzuweisen, weil die für das Leistungsbegehren des Klägers präjudizielle Vorfrage des Bestehens der Angehörigeneigenschaft mit Bescheid der beklagten Partei vom 23. 4. 1998 rechtskräftig verneint worden sei und das Gericht an diese Feststellung gebunden sei.

Das Berufungsgericht gab der Berufung des Klägers keine Folge. Ein Anspruch auf Kostenübernahme durch die beklagte Partei auf Grund eigener Versicherung werde vom Kläger gar nicht releviert. Für die Geltendmachung einer Versicherungsleistung auf Grund seiner Angehörigeneigenschaft fehle dem Kläger jedoch die Anspruchsberechtigung, weil diese nach der Bestimmung des § 122 ASVG nur dem Versicherten selbst zustehe.Das Berufungsgericht gab der Berufung des Klägers keine Folge. Ein Anspruch auf Kostenübernahme durch die beklagte Partei auf Grund eigener Versicherung werde vom Kläger gar nicht releviert. Für die Geltendmachung einer Versicherungsleistung auf Grund seiner Angehörigeneigenschaft fehle dem Kläger jedoch die Anspruchsberechtigung, weil diese nach der Bestimmung des Paragraph 122, ASVG nur dem Versicherten selbst zustehe.

Das Berufungsgericht sprach aus, dass die Revision zulässig sei, weil eine einschlägige Rechtsprechung nicht vorliege.

Gegen dieses Urteil richtet sich die rechtzeitige Revision des Klägers wegen unrichtiger rechtlicher Beurteilung mit dem Antrag, die angefochtene Entscheidung im Sinne einer Stattgebung des Klagebegehrens abzuändern. Hilfsweise wird ein Aufhebungsantrag gestellt.

Die beklagte Partei beantragt in ihrer Revisionsbeantwortung, dem Rechtsmittel des Klägers keine Folge zu geben.

Rechtliche Beurteilung

Die Revision ist zulässig, aber nicht berechtigt.

Der Revisionswerber wendet sich in seinem Rechtsmittel vor allem gegen die Rechtsansicht des Berufungsgerichtes, dass Leistungen der Krankenversicherung nach dem ASVG für einen anspruchsberechtigten Angehörigen nur vom Versicherten, nicht aber vom Angehörigen selbst geltend gemacht werden können.

Diesen Ausführungen ist nicht zu folgen.

Nach § 122 Abs 1 und § 123 Abs 1 ASVG hat der Versicherte Anspruch auf die Leistungen der Krankenversicherung für sich und seine Angehörigen. Nach § 82 Abs 3 GSVG steht die Anspruchsberechtigung auf Leistungen der Krankenversicherung für mitversicherte Familienangehörige (§ 10) und für Angehörige (§ 83), soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt wird, den Versicherten zu. Nach § 77 BSVG hat der Versicherte Anspruch auf Leistungen für sich und seine Angehörigen.Nach Paragraph 122, Absatz eins und Paragraph 123, Absatz eins, ASVG hat der Versicherte Anspruch auf die Leistungen der Krankenversicherung für sich und seine Angehörigen. Nach Paragraph 82, Absatz 3, GSVG steht die Anspruchsberechtigung auf Leistungen der Krankenversicherung für mitversicherte Familienangehörige (Paragraph 10,) und für Angehörige (Paragraph 83,), soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt wird, den Versicherten zu. Nach Paragraph 77, BSVG hat der Versicherte Anspruch auf Leistungen für sich und seine Angehörigen.

Hingegen haben nach § 55 Abs 1 B-KUVG Versicherte und deren Angehörige Anspruch auf die Leistungen der Krankenversicherung. § 56 Abs 1 B-KUVG nennt die Voraussetzungen, unter denen Angehörige Anspruch auf diese Leistungen haben.Hingegen haben nach Paragraph 55, Absatz eins, B-KUVG Versicherte und deren Angehörige Anspruch auf die Leistungen der Krankenversicherung. Paragraph 56, Absatz eins, B-KUVG nennt die Voraussetzungen, unter denen Angehörige Anspruch auf diese Leistungen haben.

Es entspricht daher allgemeiner Auffassung, dass durch die §§ 55 f B-KUVG den Angehörigen ein unmittelbarer Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung eingeräumt ist, während nach den anderen genannten sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften ein Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung grundsätzlich nur dem Versicherten für sich und seine Angehörigen zusteht und die Angehörigen selbst Leistungen aus der Krankenversicherung nicht beanspruchen können (SSV-NF 4/96 mwN; VfSlg 13.082; 10.276 ua; ZfVB 1994/2/609 = ÖJZ 1993/154 A ua; ZfVB 1994/3/1082 ua). Nur in Ausnahmefällen, nämlich bei Verwirkung des Leistungsanspruches durch den Versicherten (§§ 88, 142 ASVG), steht dem Angehörigen ein eigener Leistungsanspruch zu. Davon sind jene Fälle zu unterscheiden, in denen der Versicherte anspruchsberechtigt bleibt, das Recht zur Geltendmachung jedoch infolge besonderer Umstände (vgl §§ 89 Abs 4, 158 Abs 3, 361 Abs 2 ASVG) auf die Angehörigen übergeht (Binder in Tomandl, SV-System 8. Erg-Lfg 187). So kann nach § 361 Abs 2 ASVG der Anspruch auf die Leistungen der Krankenversicherung für Angehörige (§ 123) in den Fällen des § 89 Abs 4 oder wenn der Versicherte die Antragstellung ohne trifftigen Grund verweigert, auch vom Angehörigen selbst oder dessen gesetzlichen Vertreter unmittelbar geltend gemacht werden. Durch diese Erweiterung der Antragsbefugnis in der Krankenversicherung soll nunmehr bei Leistungen für Familienangehörige, auch wenn es sich dabei um Ansprüche des Versicherten und nicht des Angehörigen handelt, auch den Angehörigen selbst ein Antragsrecht eingeräumt werden, allerdings nur unter der Voraussetzung, dass der Versicherte selbst die Antragstellung ohne triftigen Grund verweigert bzw wegen seines das Ruhen auslösenden Aufenthaltes im Ausland oder wegen seiner Anhaltung auch bei bestem Willen den Anspruch nur schwer und mit großer Verzögerung geltend machen könnte (vgl Teschner/Widlar, MGA ASVG 64. Erg-Lfg 1670/2f). In diesen Fällen ist die Leistung gemäß § 106 Abs 1 ASVG nicht an den Anspruchsberechtigten, sondern unmittelbar an den Antragsteller selbst auszuzahlen.Es entspricht daher allgemeiner Auffassung, dass durch die Paragraphen 55, f B-KUVG den Angehörigen ein unmittelbarer Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung eingeräumt ist, während nach den anderen genannten sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften ein Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung grundsätzlich nur dem Versicherten für sich und seine Angehörigen zusteht und die Angehörigen selbst Leistungen aus der Krankenversicherung nicht beanspruchen können (SSV-NF 4/96 mwN; VfSlg 13.082; 10.276 ua; ZfVB 1994/2/609 = ÖJZ 1993/154 A ua; ZfVB 1994/3/1082 ua). Nur in Ausnahmefällen, nämlich bei Verwirkung des Leistungsanspruches durch den Versicherten (Paragraphen 88,, 142 ASVG), steht dem Angehörigen ein eigener Leistungsanspruch zu. Davon sind jene Fälle zu unterscheiden, in denen der Versicherte anspruchsberechtigt bleibt, das Recht zur Geltendmachung jedoch infolge besonderer Umstände vergleiche Paragraphen 89, Absatz 4,, 158 Absatz 3,, 361 Absatz 2, ASVG) auf die Angehörigen übergeht (Binder in Tomandl, SV-System 8. Erg-Lfg 187). So kann nach Paragraph 361, Absatz 2, ASVG der Anspruch auf die Leistungen der Krankenversicherung für Angehörige (Paragraph 123,) in den Fällen des Paragraph 89,

Absatz 4, oder wenn der Versicherte die Antragstellung ohne trifftigen Grund verweigert, auch vom Angehörigen selbst oder dessen gesetzlichen Vertreter unmittelbar geltend gemacht werden. Durch diese Erweiterung der Antragsbefugnis in der Krankenversicherung soll nunmehr bei Leistungen für Familienangehörige, auch wenn es sich dabei um Ansprüche des Versicherten und nicht des Angehörigen handelt, auch den Angehörigen selbst ein Antragsrecht eingeräumt werden, allerdings nur unter der Voraussetzung, dass der Versicherte selbst die Antragstellung ohne triftigen Grund verweigert bzw wegen seines das Ruhen auslösenden Aufenthaltes im Ausland oder wegen seiner Anhaltung auch bei bestem Willen den Anspruch nur schwer und mit großer Verzögerung geltend machen könnte vergleiche Teschner/Widlar, MGA ASVG 64. Erg-Lfg 1670/2f). In diesen Fällen ist die Leistung gemäß Paragraph 106, Absatz eins, ASVG nicht an den Anspruchsberechtigten, sondern unmittelbar an den Antragsteller selbst auszuzahlen.

Da diese Voraussetzungen hier jedoch nicht vorliegen und ihr Vorliegen vom Kläger auch gar nicht behauptet wurde, könnte nach zutreffender Rechtsansicht des Berufungsgerichtes nur die Ehegattin des Klägers als Versicherte einen Anspruch auf Leistungen aus diesem Versicherungsfall haben, nicht aber der Kläger im eigenen Namen.

Schon deshalb kann die Revision des Klägers keinen Erfolg haben, weshalb auf die vom Erstgericht herangezogenen weiteren Abweisungsgründe und die darauf bezüglichen Ausführungen in der Revision und ihrer Beantwortung nicht mehr einzugehen war.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 77 Abs 1 Z 1 (hinsichtlich der Beklagten) und § 77 Abs 1 Z 2 lit b ASGG (hinsichtlich des Klägers). Gründe für einen Kostenzuspruch nach Billigkeit wurden nicht dargetan und sind auch nicht ersichtlich.Die Kostenentscheidung beruht auf Paragraph 77, Absatz eins, Ziffer eins, (hinsichtlich der Beklagten) und Paragraph 77, Absatz eins, Ziffer 2, Litera b, ASGG (hinsichtlich des Klägers). Gründe für einen Kostenzuspruch nach Billigkeit wurden nicht dargetan und sind auch nicht ersichtlich.

Anmerkung

E56422 10C03059

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:OGH0002:1999:010OBS00305.99X.1214.000

Dokumentnummer

JJT_19991214_OGH0002_010OBS00305_99X0000_000

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