jusline®
»» Recht. Schnell

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

TE OGH 1997/12/2 10ObS176/97y

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 02.12.1997

Kopf

Der Oberste Gerichtshof hat als Revisionsgericht in Arbeits- und Sozialrechtssachen durch den Senatspräsidenten des Obersten Gerichtshofes Dr.Kropfitsch als Vorsitzenden, die Hofräte des Obersten Gerichtshofes Dr.Bauer und Dr.Ehmayr als weitere Richter sowie die fachkundigen Laienrichter Dr.Hermann Weber (aus dem Kreis der Arbeitgeber) und Alfred Nickel (aus dem Kreis der Arbeitnehmer) in der Sozialrechtssache der klagenden Partei Ing.Franz S*****, vertreten durch Dr.Gottfried Zandl und Dr.Andreas Grundei, Rechtsanwälte in Wien, wider die beklagte Partei Wiener Gebietskrankenkasse, 1100 Wien, Wienerbergstraße 15-19, vertreten durch Dr.Heinz Edelman, Rechtsanwalt in Wien, wegen Kostenerstattung (Revisionsinteresse S 8.294,--), infolge außerordentlicher Revision der klagenden Partei gegen das Urteil des Oberlandesgerichtes Wien als Berufungsgerichtes in Arbeits- und Sozialrechtssachen vom 5.März 1997, GZ 8 Rs 334/96p-19, womit infolge Berufung der klagenden Partei das Urteil des Arbeits- und Sozialgerichtes Wien vom 27.August 1996, GZ 5 Cgs 197/95m-15, bestätigt wurde, in nichtöffentlicher Sitzung den

Beschluß

gefaßt:

Spruch

Der Revision wird Folge gegeben.

Die Urteile der Vorinstanzen, die im übrigen unberührt bleiben, werden im Umfang der Abweisung eines Betrages von S 8.294,-- und im Kostenpunkt aufgehoben. In diesem Umfang wird die Sozialrechtssache zur Verhandlung und Entscheidung an das Prozeßgericht erster Instanz zurückverwiesen.

Die Revisionskosten sind weitere Verfahrenskosten.

Text

Begründung:

Der Kläger ist aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses als Angestellter bei der beklagten Gebietskrankenkasse krankenversichert.

Seine am 10.8.1981 geborene Tochter Katharina ist anspruchsgehörige Angehörige des Klägers im Sinn des§ 123 ASVG. Im August 1995 verbrachte der Kläger mit seiner Tochter einen Urlaub in den USA. Am 22.8.1995 erkrankte sie an einer schweren Niereninfektion, sie wurde stationär in das nächstliegende Krankenhaus eingeliefert, wo sie vomSeine am 10.8.1981 geborene Tochter Katharina ist anspruchsgehörige Angehörige des Klägers im Sinn des Paragraph 123, ASVG. Im August 1995 verbrachte der Kläger mit seiner Tochter einen Urlaub in den USA. Am 22.8.1995 erkrankte sie an einer schweren Niereninfektion, sie wurde stationär in das nächstliegende Krankenhaus eingeliefert, wo sie vom

23. bis 25.8.1995 stationär behandelt wurde. Der Kläger zahlte für die gesamte Behandlung US-$ 6.010,65, dies

entspricht nach dem Kurs am Zahlungstag öS 63.105,81. Die beklagte Gebietskrankenkasse ersetzte dem Kläger den für drei Tage gebührenden Pflegegebührenersatz von insgesamt S 3.928,50 als Ersatz der Kosten einer anderweitigen Krankenbehandlung, die bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wären. Wäre die Behandlung außerhalb eines stationären Krankenhausaufenthaltes erfolgt, so hätte die Beklagte nach § 131 ASVG Kosten von S 7.114,80 zu erstatten gehabt. Während die in den USA erbrachten Laborleistungen durch einen in Wien niedergelassenen Wahlarzt erbracht worden, wären Kosten von S 1.179,20 zu erstatten gewesen.23. bis 25.8.1995 stationär behandelt wurde. Der Kläger zahlte für die gesamte Behandlung US-$ 6.010,65, dies entspricht nach dem Kurs am Zahlungstag öS 63.105,81. Die beklagte Gebietskrankenkasse ersetzte dem Kläger den für drei Tage gebührenden Pflegegebührenersatz von insgesamt S 3.928,50 als Ersatz der Kosten einer anderweitigen Krankenbehandlung, die bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wären. Wäre die Behandlung außerhalb eines stationären Krankenhausaufenthaltes erfolgt, so hätte die Beklagte nach Paragraph 131, ASVG Kosten von S 7.114,80 zu erstatten gehabt. Während die in den USA erbrachten Laborleistungen durch einen in Wien niedergelassenen Wahlarzt erbracht worden, wären Kosten von S 1.179,20 zu erstatten gewesen.

Mit Bescheid der Beklagten vom 7.11.1995 wurde der Antrag des Klägers auf Gewährung einer höheren Kostenerstattung als der mit S 3.928,50 erfolgten für seine Aufwendungen anläßlich der Anstaltspflege seiner Tochter Katharina in den USA unter Hinweis auf § 150 Abs 2 ASVG abgelehnt.Mit Bescheid der Beklagten vom 7.11.1995 wurde der Antrag des Klägers auf Gewährung einer höheren Kostenerstattung als der mit S 3.928,50 erfolgten für seine Aufwendungen anläßlich der Anstaltspflege seiner Tochter Katharina in den USA unter Hinweis auf Paragraph 150, Absatz 2, ASVG abgelehnt.

Mit der gegen diesen Bescheid rechtzeitig erhobenen Klage begehrt der Kläger die Beklagte schuldig zu erkennen, ihm die Kosten der Behandlung seiner Tochter in den USA vom 23. bis 25.8.1995 im gesetzlichen Ausmaß zu erstatten sowie den gebührenden Betrag ab 1.10.1995 mit 4 % zu verzinsen. Dazu brachte er im wesentlichen vor, seine Tochter sei an einer schweren Niereninfektion erkrankt, habe bereits am ersten Krankheitstag fast 40 Grad Fieber gehabt und sei zu einem praktischen Arzt gebracht worden, der aufgrund der Untersuchung und nach einem Bluttest auf eine stationäre Einweisung in das nächstliegende Krankenhaus bestanden habe. Die Behandlung sei medizinisch notwendig und zweckentsprechend gewesen, eine alternative Behandlungsmöglichkeit habe zur Erhaltung von Leben und Gesundheit nicht bestanden. Bei dem Großteil der geltend gemachten Kosten handle es sich darüber hinaus nicht um Kosten der Anstaltspflege, sondern um solche der Krankenbehandlung.

Die Beklagte beantragte die Abweisung des Klagebegehrens. Der Kläger habe Anspruch auf Kostenerstattung für drei Tage Anstaltspflege nur in jenem Ausmaß, welches der Beklagten bei Inanspruchnahme einer Krankenanstalt der Stadt Wien erwachsen wäre. Da der tägliche Pflegegebührensatz, den die Beklagte in einer Wiener städtischen Krankenanstalt für die ersten 28 Tage innerhalb eines Behandlungsjahres zu leisten habe, S 1.309,50 betrage, seien dem Kläger Kosten von S 3.928,50 erstattet worden.

Das Erstgericht wies das Klagebegehren ab. Nach § 150 ASVG seien die Krankenbehandlungskosten höchstens in dem Ausmaß der Kosten zu ersetzen, die dem Versicherungsträger in der nächstgelegenen öffentlichen Krankenanstalt erwachsen wären. Der Kostenersatz bei Anstaltspflege umfasse neben den Unterbringungskosten auch sämtliche anderen im Rahmen der Anstaltspflege erbrachten medizinische Leistungen.Das Erstgericht wies das Klagebegehren ab. Nach Paragraph 150, ASVG seien die Krankenbehandlungskosten höchstens in dem Ausmaß der Kosten zu ersetzen, die dem Versicherungsträger in der nächstgelegenen öffentlichen Krankenanstalt erwachsen wären. Der Kostenersatz bei Anstaltspflege umfasse neben den Unterbringungskosten auch sämtliche anderen im Rahmen der Anstaltspflege erbrachten medizinische Leistungen.

Das Berufungsgericht gab der Berufung des Klägers nicht Folge. Gemäß§ 133 Abs 5 ASVG bestehe während der Dauer der faktischen Anstaltspflege kein eigener Anspruch auf Leistungen der Krankenbehandlung, soweit die entsprechenden Leistungen nach dem Krankenanstaltengesetz im Rahmen der Anstaltspflege zu gewähren seien. Mit dem täglichen Pflegegebührensatz seien auch die durch die Anstaltspflege erfaßten Leistungen abgegolten. Dies bedeute nicht, daß das KAG auf ausländische Krankenanstalten angewendet werde, diese Regelung sei vielmehr im Zusammenhang mit anderen Bestimmungen insbesondere mit § 150 Abs 2 ASVG zu sehen. Danach würden die Kosten höchstens in jenem Ausmaß ersetzt, die dem Versicherungsträger in der nach Art und Umfang der Einrichtung und Leistungen in Betracht kommenden nächstgelegenen öffentlichen Krankenanstalt erwachsen wären. Die

Anwendbarkeit des § 150 Abs 2 ASVG auf den vorliegenden Fall ergebe sich aufgrund des Fehlens entgegenstehender Regelungen:Das Berufungsgericht gab der Berufung des Klägers nicht Folge. Gemäß Paragraph 133, Absatz 5, ASVG bestehe während der Dauer der faktischen Anstaltspflege kein eigener Anspruch auf Leistungen der Krankenbehandlung, soweit die entsprechenden Leistungen nach dem Krankenanstaltengesetz im Rahmen der Anstaltspflege zu gewähren seien. Mit dem täglichen Pflegegebührensatz seien auch die durch die Anstaltspflege erfaßten Leistungen abgegolten. Dies bedeute nicht, daß das KAG auf ausländische Krankenanstalten angewendet werde, diese Regelung sei vielmehr im Zusammenhang mit anderen Bestimmungen insbesondere mit Paragraph 150, Absatz 2, ASVG zu sehen. Danach würden die Kosten höchstens in jenem Ausmaß ersetzt, die dem Versicherungsträger in der nach Art und Umfang der Einrichtung und Leistungen in Betracht kommenden nächstgelegenen öffentlichen Krankenanstalt erwachsen wären. Die Anwendbarkeit des Paragraph 150, Absatz 2, ASVG auf den vorliegenden Fall ergebe sich aufgrund des Fehlens entgegenstehender Regelungen:

So sehe § 89 Abs 1 Z 3 ASVG für die Dauer eines Auslandsaufenthaltes das Ruhen von Geldleistungen aus der Krankenversicherung vor. Von der Rechtsprechung werde zwar der Kostenersatz für eine Sachleistung nicht mit dem Begriff der Geldleistung gleichgesetzt, der Höhe nach sei dennoch nur jener Betrag gemeint, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des Versicherungsträgers im Inland von diesem aufzuwenden gewesen wäre. Ein höherer Betrag wäre nur dann zu ersetzen, wenn beispielsweise durch ein zwischenstaatliches Abkommen anderes bestimmt werde. In Betracht komme hier das Abkommen der Republik Österreich und der Vereinigten Staaten von Amerika im Bereich der sozialen Sicherheit. Die dort im Abschnitt 1 festgelegte Gebietsgleichstellung sei aber nicht auf die Krankenversicherung anwendbar. Auch § 131 Abs 3 ASVG beziehe sich nur auf das Inland. Lediglich im Falle einer Gebietsgleichstellung ließe sich diese Bestimmung auf Fälle von Auslandsaufenthalten anwenden. Das Gesetz enthalte auch keine Regelungslücke, die durch Analogie zu schließen wäre. Der Gesetzgeber habe nämlich durchaus zwischen Erkrankung im Inland (§ 131 Abs 3) und Erkrankung im Ausland (§ 130 ASVG) differenziert; letztere Bestimmung betreffe zwar nur Auslandsaufenthalte in dienstlichem Auftrag, doch ergebe sich auch diesfalls (Abs 3), daß bei Anstaltsunterbringung der Versicherungsträger nur die Kosten ersetze, die ihm bei Unterbringung des Versicherten in einer inländischen öffentlichen Krankenanstalt erwachsen wären. Es bestehe prinzipiell kein Anspruch auf Ersatz der tatsächlichen Kosten einer medizinisch gleichwertigen, allenfalls auch aufwendigeren Therapie im Ausland, solange der Krankenversicherungsträger im Inland eine zweckmäßige und ausreichende Krankenbehandlung zur Verfügung stelle, da er so seiner Sachleistungsvorsorge entsprochen habe. Der Versichertengemeinschaft sei grundsätzlich nicht zuzumuten, die wesentlich höheren Kosten einer Operation im Ausland zu übernehmen, wenn eine gleiche Operation im Inland erfolgen könne (SZ 65/159 = SSV-NF 6/142). Dieser Grundsatz müsse auch gelten wenn ein sachleistungsberechtigter Versicherter derartige Leistungen aus in seiner Sphäre gelegenen Gründen, etwa weil er sich über eigenen Entschluß im Ausland aufhalte, im Inland nicht in Anspruch nehme oder nehmen könne. Sofern ein Krankenbehandlungsanspruch nicht aufgrund zwischenstaatlicher Abkommen gesichert sei, müsse ein Versicherter auf die Möglichkeit verwiesen werden, sich gegen das Risiko einer Erkrankung im Ausland privat zu versichern.So sehe Paragraph 89, Absatz eins, Ziffer 3, ASVG für die Dauer eines Auslandsaufenthaltes das Ruhen von Geldleistungen aus der Krankenversicherung vor. Von der Rechtsprechung werde zwar der Kostenersatz für eine Sachleistung nicht mit dem Begriff der Geldleistung gleichgesetzt, der Höhe nach sei dennoch nur jener Betrag gemeint, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des Versicherungsträgers im Inland von diesem aufzuwenden gewesen wäre. Ein höherer Betrag wäre nur dann zu ersetzen, wenn beispielsweise durch ein zwischenstaatliches Abkommen anderes bestimmt werde. In Betracht komme hier das Abkommen der Republik Österreich und der Vereinigten Staaten von Amerika im Bereich der sozialen Sicherheit. Die dort im Abschnitt 1 festgelegte Gebietsgleichstellung sei aber nicht auf die Krankenversicherung anwendbar. Auch Paragraph 131, Absatz 3, ASVG beziehe sich nur auf das Inland. Lediglich im Falle einer Gebietsgleichstellung ließe sich diese Bestimmung auf Fälle von Auslandsaufenthalten anwenden. Das Gesetz enthalte auch keine Regelungslücke, die durch Analogie zu schließen wäre. Der Gesetzgeber habe nämlich durchaus zwischen Erkrankung im Inland (Paragraph 131, Absatz 3,) und Erkrankung im Ausland (Paragraph 130, ASVG) differenziert; letztere Bestimmung betreffe zwar nur Auslandsaufenthalte in dienstlichem Auftrag, doch ergebe sich auch diesfalls (Absatz 3,), daß bei Anstaltsunterbringung der Versicherungsträger nur die Kosten ersetze, die ihm bei Unterbringung des Versicherten in einer inländischen öffentlichen Krankenanstalt erwachsen wären. Es bestehe prinzipiell kein Anspruch auf Ersatz der tatsächlichen Kosten einer medizinisch gleichwertigen, allenfalls auch aufwendigeren Therapie im Ausland, solange der Krankenversicherungsträger im Inland eine zweckmäßige und ausreichende Krankenbehandlung zur Verfügung stelle,

da er so seiner Sachleistungsvorsorge entsprochen habe. Der Versichertengemeinschaft sei grundsätzlich nicht zuzumuten, die wesentlich höheren Kosten einer Operation im Ausland zu übernehmen, wenn eine gleiche Operation im Inland erfolgen könne (SZ 65/159 = SSV-NF 6/142). Dieser Grundsatz müsse auch gelten wenn ein sachleistungsberechtigter Versicherter derartige Leistungen aus in seiner Sphäre gelegenen Gründen, etwa weil er sich über eigenen Entschluß im Ausland aufhalte, im Inland nicht in Anspruch nehme oder nehmen könne. Sofern ein Krankenbehandlungsanspruch nicht aufgrund zwischenstaatlicher Abkommen gesichert sei, müsse ein Versicherter auf die Möglichkeit verwiesen werden, sich gegen das Risiko einer Erkrankung im Ausland privat zu versichern.

Das Berufungsgericht sprach schließlich aus, daß die ordentliche Revision nicht zulässig sei, da zur Frage des Kostenersatzes für Behandlung bei urlaubsbedingten Auslandsaufenthalt eine Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofs vorliege.

Gegen dieses Urteil richtet sich die außerordentliche Revision des Klägers wegen unrichtiger rechtlicher Beurteilung mit dem Antrag auf Abänderung dahin, daß ihm ein Betrag von S 8.294,-- samt Kosten zugesprochen werde. Hilfsweise wird ein Aufhebungsantrag gestellt.

Die Beklagte beantragt in ihrer Revisionsbeantwortung die Zurückweisung der außerordentlichen Revision, hilfsweise die Bestätigung des angefochtenen Urteils.

Die Revision ist aus den weiter unten ersichtlichen Gründen zulässig und im Sinne ihres Aufhebungsantrages berechtigt.

Rechtliche Beurteilung

Der Oberste Gerichtshof hat sich in seiner - nach Schluß der Verhandlung erster Instanz im vorliegenden Rechtsstreit - gefällten Entscheidung vom 5.11.1996, 10 ObS 2296/96m (= SozSi 1997, 272 = SSV-NF 10/114 - in Druck; zust Flemmich DRdA 1997, 233) mit der Frage der Kostenerstattung für notwendige Krankenbehandlung anläßlich eines Auslandsurlaubs beschäftigt. Nach dem dieser Entscheidung zugrundeliegenden Sachverhalt erlitt der Kläger während eines auf Haiti verbrachten Urlaubes eine Nierenkolik, die eine Krankenhausbehandlung auf Haiti und sodann in den USA erforderte. In dieser Entscheidung wurde die Auffassung, daß der Versicherungsträger über den inländischen Bereich hinausgehend verpflichtet sei, durch entsprechende Sozialversicherungsabkommen sicherzustellen, daß Krankenversicherte weltweit, also wo immer sie gerade der Anstaltspflege bedürfen, diese Anstaltspflege als Sachleistung erhalten können, als rechtlich nicht gedeckt bezeichnet. Zwischenstaatliche Sozialversicherungsabkommen können von der Republik Österreich mit den in Betracht kommenden Auslandsstaaten abgeschlossen werden und sind dann jeweils das Ergebnis sozialpolitischer Verhandlungen; sie setzen einen entsprechenden Vertragswillen und eine Leistungsbereitschaft der ausländischen Staaten voraus und können nicht von der Republik, geschweige denn von einzelnen Versicherungsträgern erzwungen werden. Die Organisation der Sozialversicherung beschränkt sich insoweit auf das Staatsgebiet (Selb in Tomandl, SV-System 6. ErgLfg 777; vgl auch Öhlinger, Krankenversicherungsrechtliche Probleme bei Auslandsberührung, in:Der Oberste Gerichtshof hat sich in seiner - nach Schluß der Verhandlung erster Instanz im vorliegenden Rechtsstreit - gefällten Entscheidung vom 5.11.1996, 10 ObS 2296/96m (= SozSi 1997, 272 = SSV-NF 10/114 - in Druck; zust Flemmich DRdA 1997, 233) mit der Frage der Kostenerstattung für notwendige Krankenbehandlung anläßlich eines Auslandsurlaubs beschäftigt. Nach dem dieser Entscheidung zugrundeliegenden Sachverhalt erlitt der Kläger während eines auf Haiti verbrachten Urlaubes eine Nierenkolik, die eine Krankenhausbehandlung auf Haiti und sodann in den USA erforderte. In dieser Entscheidung wurde die Auffassung, daß der Versicherungsträger über den inländischen Bereich hinausgehend verpflichtet sei, durch entsprechende Sozialversicherungsabkommen sicherzustellen, daß Krankenversicherte weltweit, also wo immer sie gerade der Anstaltspflege bedürfen, diese Anstaltspflege als Sachleistung erhalten können, als rechtlich nicht gedeckt bezeichnet. Zwischenstaatliche Sozialversicherungsabkommen können von der Republik Österreich mit den in Betracht kommenden Auslandsstaaten abgeschlossen werden und sind dann jeweils das Ergebnis sozialpolitischer Verhandlungen; sie setzen einen entsprechenden Vertragswillen und eine Leistungsbereitschaft der ausländischen Staaten voraus und können nicht von der Republik, geschweige denn von einzelnen Versicherungsträgern erzwungen werden. Die Organisation der Sozialversicherung beschränkt sich insoweit auf das Staatsgebiet (Selb in Tomandl, SV-System 6. ErgLfg 777; vergleiche auch Öhlinger, Krankenversicherungsrechtliche Probleme bei Auslandsberührung, in:

Tomandl, Auslandsberührungen in der Sozialversicherung, 49 ff). Das Abkommen zwischen der Republik Österreich

und den Vereinigten Staaten von Amerika im Bereich der sozialen Sicherheit, BGBl 1991/511 sieht lediglich materielle Regelungen im Bereich der Pensionsversicherung vor (vgl Siedl/Spiegel, Zwischenstaatliches Sozialversicherungsrecht 17a USA, 2). Wie der Senat in der genannten Entscheidung weiters ausführte, hat ein inländischer Sozialversicherungsträger im Ausland ohne Verwaltungshilfe eines ausländischen Trägers praktisch keine Möglichkeit, dem Versicherten Sachleistungen durch eigene oder Vertragseinrichtungen der Krankenbehandlung zur Verfügung zu stellen; es besteht auch keine Verpflichtung, Verträge mit Einrichtungen der Krankenbehandlung im Ausland abzuschließen (vgl Öhlinger aaO). Soweit zwischenstaatliche Abkommen nicht bestehen, ist für Dienstnehmer § 130 ASVG von Bedeutung. Hält sich ein Pflichtversicherter im dienstlichen Auftrag im Ausland auf, erhält er die Leistungen der Krankenversicherung vom Dienstgeber im Rahmen einer arbeitsvertraglichen Pflicht (Grillberger, Österreichisches Sozialrecht3, 38).Tomandl, Auslandsberührungen in der Sozialversicherung, 49 ff). Das Abkommen zwischen der Republik Österreich und den Vereinigten Staaten von Amerika im Bereich der sozialen Sicherheit, BGBl 1991/511 sieht lediglich materielle Regelungen im Bereich der Pensionsversicherung vor vergleiche Siedl/Spiegel, Zwischenstaatliches Sozialversicherungsrecht 17a USA, 2). Wie der Senat in der genannten Entscheidung weiters ausführte, hat ein inländischer Sozialversicherungsträger im Ausland ohne Verwaltungshilfe eines ausländischen Trägers praktisch keine Möglichkeit, dem Versicherten Sachleistungen durch eigene oder Vertragseinrichtungen der Krankenbehandlung zur Verfügung zu stellen; es besteht auch keine Verpflichtung, Verträge mit Einrichtungen der Krankenbehandlung im Ausland abzuschließen vergleiche Öhlinger aaO). Soweit zwischenstaatliche Abkommen nicht bestehen, ist für Dienstnehmer Paragraph 130, ASVG von Bedeutung. Hält sich ein Pflichtversicherter im dienstlichen Auftrag im Ausland auf, erhält er die Leistungen der Krankenversicherung vom Dienstgeber im Rahmen einer arbeitsvertraglichen Pflicht (Grillberger, Österreichisches Sozialrecht3, 38).

Der Oberste Gerichtshof hat in der schon vom Berufungsgericht zitierten Entscheidung SZ 65/159 = SSV-NF 6/142 = EvBl 1994/2 ausgeführt, daß es der Versichertengemeinschaft grundsätzlich nicht zuzumuten ist, die wesentlich höheren Kosten einer Operation im Ausland zu übernehmen, wenn eine gleiche Operation kostengünstiger im Inland erfolgen kann und daß der Krankenversicherungsträger, solange er im Inland eine zweckmäßige und ausreichende Krankenbehandlung zur Verfügung stellt, seiner Verpflichtung zur Sachleistungsvorsorge entsprochen hat und daß daher diesfalls kein Anspruch auf Ersatz der tatsächlichen Kosten einer medizinisch gleichwertigen, allenfalls auch aufwendigeren Therapie im Ausland besteht. Dieser Grundsatz muß analog auch gelten, wenn ein sachleistungsberechtigter Versicherter derartige Leistungen aus in seiner Sphäre gelegenen Gründen, etwa weil er sich über eigenen Entschluß auf einer Urlaubsreise im Ausland aufhält, im Inland nicht in Anspruch nimmt oder nehmen kann.

Von diesen Rechtsgrundsätzen sind die Vorinstanzen zutreffend ausgegangen, sie werden auch in der Revision nicht mehr in Frage gestellt. Demnach sind die Kosten einer im Sinne des § 150 Abs 1 ASVG notwendigen und unaufschiebbaren Anstaltspflege höchstens in dem Ausmaß der Kosten zu ersetzen, die dem Versicherungsträger in der nach Art und Umfang der Einrichtung und Leistungen in Betracht kommenden nächstgelegenen öffentlichen Krankenanstalt erwachsen wären (Abs 2 idF vor dem 2. SRÄG 1966, BGBl 764).Von diesen Rechtsgrundsätzen sind die Vorinstanzen zutreffend ausgegangen, sie werden auch in der Revision nicht mehr in Frage gestellt. Demnach sind die Kosten einer im Sinne des Paragraph 150, Absatz eins, ASVG notwendigen und unaufschiebbaren Anstaltspflege höchstens in dem Ausmaß der Kosten zu ersetzen, die dem Versicherungsträger in der nach Art und Umfang der Einrichtung und Leistungen in Betracht kommenden nächstgelegenen öffentlichen Krankenanstalt erwachsen wären (Absatz 2, in der Fassung vor dem 2. SRÄG 1966, Bundesgesetzblatt 764).

Der Revisionswerber vertritt die Auffassung, es sei für den Versicherten von wesentlichem Nachteil, sich im Ausland in Anstaltspflege zu begeben, da er bei Inanspruchnahme von ambulanter ärztlicher Hilfe eine höhere Kostenerstattung erhalten könne. Er bezieht sich dabei auf § 133 Abs 5 ASVG, wonach dann, wenn sich ein Versicherter oder Angehöriger in Anstaltspflege befindet, für diese Zeit kein Anspruch auf Leistungen der Krankenbehandlung besteht, soweit die entsprechenden Leistungen nach dem Krankenanstaltengesetz im Rahmen der Anstaltspflege zu gewähren sind. Der Kläger meint, das KAG könne lediglich für österreichische Krankenanstalten gelten, darüber hinaus sei die zitierte Bestimmung auch auf eine Anstaltsbehandlung im Ausland nicht anwendbar. Sie solle eine Doppelversorgung jener Patienten ausschließen, die ohnehin durch Anstaltspflege in einer Anstalt im Sinne des KAG die erforderlichen Leistungen der Krankenbehandlung ohne weitere Kostenbelastung erhalten. Jene Personen, die aber nicht in einer dem KAG unterliegenden Krankenanstalt behandelt werden, müßten weiterhin Anspruch auf Kostenerstattung nach §

131 ASVG haben. Diesen Ausführungen kann nicht gefolgt werden. Hinsichtlich der Leistungen der Krankenversicherung unterscheidet das Gesetz zwischen der Krankenbehandlung (§ 133 ff ASVG) und der Anstaltspflege (§ 144 ff ASVG). Nimmt der Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) des Versicherungsträgers zur Erbringung der Sachleistungen der Krankenbehandlung in Anspruch, so gebührt ihm der Ersatz (von 80 vH) der Kosten einer anderweitigen Krankenbehandlung in der Höhe des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre. War die Anstaltspflege notwendig und unaufschiebbar so hat der Versicherungsträger dem Versicherten die Kosten der Anstaltspflege zu ersetzen, wenn für die Gewährung der Anstaltspflege durch den Versicherungsträger nicht Vorsorge getroffen werden kann, weil öffentliche Krankenanstalten nicht zur Verfügung stehen und Verträge nicht zustandekommen oder der Erkrankte in einer nichtöffentlichen Krankenanstalt, mit der keine vertragliche Regelung besteht, ohne Einweisung durch den Versicherungsträger untergebracht wurde (§ 150 Abs 1 ASVG). Die Kosten werden nach der hier in Geltung stehenden Rechtslage (Abs 2) höchstens in dem Ausmaß der Kosten ersetzt, die dem Versicherungsträger in der nach Art und Umfang der Einrichtung und Leistungen in Betracht kommenden nächstgelegenen öffentlichen Krankenanstalt erwachsen wären. Ein Vergleich der Kosten einer Anstaltspflege und jener Kosten, die angefallen wären, wenn die einzelnen Leistungen, die tatsächlich während der Anstaltspflege erbracht wurden, von niedergelassenen Ärzten durchgeführt worden wären, ist unzulässig, da die Art der Erkrankung der Anspruchsberechtigten eine stationäre Aufnahme in eine Krankenanstalt erforderte. Die vom Kläger geltend gemachten Leistungen wurden - von einer unten darzustellenden Ausnahme abgesehen - von einer Krankenanstalt während des stationären Aufenthaltes der Tochter des Klägers erbracht. Auch dieses in den USA befindliche Krankenhaus ist als Krankenanstalt anzusehen; die an der Patientin erbrachten Leistungen dienten sowohl der Feststellung und Überwachung des Gesundheitszustandes als auch der Besserung und Heilung ihrer Krankheit (§ 1 Abs 1 KAG). Die gegenständlichen Leistungen entsprechen daher den in § 133 Abs 5 ASVG genannten, weshalb für die Zeit der Anstaltspflege kein Anspruch auf Leistungen der Krankenbehandlung besteht. Bei einer entsprechenden Unterbringung in einer österreichischen Krankenanstalt hätte die Beklagte lediglich den täglichen Pflegegebührenersatz (in an sich nicht bekämpfter Höhe) leisten müssen. Der Kläger begehrt in Wahrheit fiktive Kosten einer Krankenbehandlung durch niedergelassene Wahlärzte, während tatsächlich Anstaltspflege geleistet wurde. Darin kann entgegen der Auffassung des Revisionswerbers auch keine gleichheits- bzw verfassungswidrige Regelung erblickt werden.Der Revisionswerber vertritt die Auffassung, es sei für den Versicherten von wesentlichem Nachteil, sich im Ausland in Anstaltspflege zu begeben, da er bei Inanspruchnahme von ambulanter ärztlicher Hilfe eine höhere Kostenerstattung erhalten könne. Er bezieht sich dabei auf Paragraph 133, Absatz 5, ASVG, wonach dann, wenn sich ein Versicherter oder Angehöriger in Anstaltspflege befindet, für diese Zeit kein Anspruch auf Leistungen der Krankenbehandlung besteht, soweit die entsprechenden Leistungen nach dem Krankenanstaltengesetz im Rahmen der Anstaltspflege zu gewähren sind. Der Kläger meint, das KAG könne lediglich für österreichische Krankenanstalten gelten, darüber hinaus sei die zitierte Bestimmung auch auf eine Anstaltsbehandlung im Ausland nicht anwendbar. Sie solle eine Doppelversorgung jener Patienten ausschließen, die ohnehin durch Anstaltspflege in einer Anstalt im Sinne des KAG die erforderlichen Leistungen der Krankenbehandlung ohne weitere Kostenbelastung erhalten. Jene Personen, die aber nicht in einer dem KAG unterliegenden Krankenanstalt behandelt werden, müßten weiterhin Anspruch auf Kostenerstattung nach Paragraph 131, ASVG haben. Diesen Ausführungen kann nicht gefolgt werden. Hinsichtlich der Leistungen der Krankenversicherung unterscheidet das Gesetz zwischen der Krankenbehandlung (Paragraph 133, ff ASVG) und der Anstaltspflege (Paragraph 144, ff ASVG). Nimmt der Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) des Versicherungsträgers zur Erbringung der Sachleistungen der Krankenbehandlung in Anspruch, so gebührt ihm der Ersatz (von 80 vH) der Kosten einer anderweitigen Krankenbehandlung in der Höhe des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre. War die Anstaltspflege notwendig und unaufschiebbar so hat der Versicherungsträger dem Versicherten die Kosten der Anstaltspflege zu ersetzen, wenn für die Gewährung der Anstaltspflege durch den Versicherungsträger nicht Vorsorge getroffen werden kann, weil öffentliche Krankenanstalten nicht zur Verfügung stehen und Verträge nicht zustandekommen oder der Erkrankte in einer nichtöffentlichen Krankenanstalt, mit der keine vertragliche Regelung besteht, ohne Einweisung durch den Versicherungsträger untergebracht wurde (Paragraph 150, Absatz eins, ASVG). Die Kosten werden nach der hier in Geltung stehenden Rechtslage (Absatz 2,) höchstens in dem Ausmaß der Kosten ersetzt, die dem Versicherungsträger

in der nach Art und Umfang der Einrichtung und Leistungen in Betracht kommenden nächstgelegenen öffentlichen Krankenanstalt erwachsen wären. Ein Vergleich der Kosten einer Anstaltspflege und jener Kosten, die angefallen wären, wenn die einzelnen Leistungen, die tatsächlich während der Anstaltspflege erbracht wurden, von niedergelassenen Ärzten durchgeführt worden wären, ist unzulässig, da die Art der Erkrankung der Anspruchsberechtigten eine stationäre Aufnahme in eine Krankenanstalt erforderte. Die vom Kläger geltend gemachten Leistungen wurden - von einer unten darzustellenden Ausnahme abgesehen - von einer Krankenanstalt während des stationären Aufenthaltes der Tochter des Klägers erbracht. Auch dieses in den USA befindliche Krankenhaus ist als Krankenanstalt anzusehen; die an der Patientin erbrachten Leistungen dienten sowohl der Feststellung und Überwachung des Gesundheitszustandes als auch der Besserung und Heilung ihrer Krankheit (Paragraph eins, Absatz eins, KAG). Die gegenständlichen Leistungen entsprechen daher den in Paragraph 133, Absatz 5, ASVG genannten, weshalb für die Zeit der Anstaltspflege kein Anspruch auf Leistungen der Krankenbehandlung besteht. Bei einer entsprechenden Unterbringung in einer österreichischen Krankenanstalt hätte die Beklagte lediglich den täglichen Pflegegebührenersatz (in an sich nicht bekämpfter Höhe) leisten müssen. Der Kläger begehrt in Wahrheit fiktive Kosten einer Krankenbehandlung durch niedergelassene Wahlärzte, während tatsächlich Anstaltspflege geleistet wurde. Darin kann entgegen der Auffassung des Revisionswerbers auch keine gleichheits- bzw verfassungswidrige Regelung erblickt werden.

Die bisherigen Ausführungen gelten allerdings nur für die Krankenbehandlung der Tochter des Klägers im Rahmen der Anstaltspflege. Bereits in der Klage wurde aber vorgebracht, daß die Erkrankte zunächst durch einen praktischen Arzt untersucht wurde, der aufgrund der Untersuchung und nach einem Bluttest (Leukozytenzahl) die stationäre Einweisung in das nächstliegende Krankenhaus verfügte. Für die Kosten dieses in Anspruch genommenen praktischen Arztes (samt Laborkosten) wurden laut Klagsbehauptungen $ 583,65 aufgewendet. Da diese Untersuchung und Behandlung durch einen praktischen Arzt offenbar nicht im Rahmen der Anstaltspflege erbracht wurde, können die hiefür aufgewendeten Kosten auch nicht durch den Pflegegebührensatz abgegolten sein. Es handelt sich hiebei um die Kosten für die Inanspruchnahme eines Wahlarztes, der sodann die Einweisung in das Krankenhaus verfügte. Hiefür gebührt dem Kläger Kostenerstattung nach § 131 Abs 1 ASVG. Daß die Untersuchung und Befundung der Tochter durch den praktischen Arzt nicht einer ausreichenden und zweckmäßigen, das Maß des Notwendigen nicht überschreitenden Krankenbehandlung gedient habe (§ 133 Abs 2 ASVG), ist angesichts des Leidens und der Umstände seines Auftretens nicht zu bezweifeln. Es kann dem Kläger nicht vorgeworfen werden, daß er bei Auftreten der Krankheitssymptome seiner Tochter nicht sogleich ein Krankenhaus aufsuchte, sondern vorher einen praktischen Arzt konsultierte. Die in diesem Zusammenhang aufgewendeten Kosten wurden aber nicht mit dem angefochtenen Bescheid abgegolten, weshalb dem Kläger ein weiterer, ziffernmäßig nicht bestimmbarer und noch aufklärungsbedürftiger Kostenerstattungsanspruch zusteht.Die bisherigen Ausführungen gelten allerdings nur für die Krankenbehandlung der Tochter des Klägers im Rahmen der Anstaltspflege. Bereits in der Klage wurde aber vorgebracht, daß die Erkrankte zunächst durch einen praktischen Arzt untersucht wurde, der aufgrund der Untersuchung und nach einem Bluttest (Leukozytenzahl) die stationäre Einweisung in das nächstliegende Krankenhaus verfügte. Für die Kosten dieses in Anspruch genommenen praktischen Arztes (samt Laborkosten) wurden laut Klagsbehauptungen $ 583,65 aufgewendet. Da diese Untersuchung und Behandlung durch einen praktischen Arzt offenbar nicht im Rahmen der Anstaltspflege erbracht wurde, können die hiefür aufgewendeten Kosten auch nicht durch den Pflegegebührensatz abgegolten sein. Es handelt sich hiebei um die Kosten für die Inanspruchnahme eines Wahlarztes, der sodann die Einweisung in das Krankenhaus verfügte. Hiefür gebührt dem Kläger Kostenerstattung nach Paragraph 131, Absatz eins, ASVG. Daß die Untersuchung und Befundung der Tochter durch den praktischen Arzt nicht einer ausreichenden und zweckmäßigen, das Maß des Notwendigen nicht überschreitenden Krankenbehandlung gedient habe (Paragraph 133, Absatz 2, ASVG), ist angesichts des Leidens und der Umstände seines Auftretens nicht zu bezweifeln. Es kann dem Kläger nicht vorgeworfen werden, daß er bei Auftreten der Krankheitssymptome seiner Tochter nicht sogleich ein Krankenhaus aufsuchte, sondern vorher einen praktischen Arzt konsultierte. Die in diesem Zusammenhang aufgewendeten Kosten wurden aber nicht mit dem angefochtenen Bescheid abgegolten, weshalb dem Kläger ein weiterer, ziffernmäßig nicht bestimmbarer und noch aufklärungsbedürftiger Kostenerstattungsanspruch zusteht.

Insoweit waren die Urteile der Vorinstanzen aufzuheben und dem Erstgericht eine ergänzende Verhandlung und neuerliche Entscheidung aufzutragen.

Der Kostenvorbehalt beruht auf § 52 Abs 1 ZPO iVm § 2 Abs 1 ASGG.Der Kostenvorbehalt beruht auf Paragraph 52, Absatz eins, ZPO in Verbindung mit Paragraph 2, Absatz eins, ASGG.

Anmerkung

E48604 10C01767

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:OGH0002:1997:010OBS00176.97Y.1202.000

Dokumentnummer

JJT_19971202_OGH0002_010OBS00176_97Y0000_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