jusline®
»» Recht. Schnell

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

TE OGH 1987/10/6 10ObS65/87

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 06.10.1987

Kopf

Der Oberste Gerichtshof hat in Arbeits- und Sozialrechtssachen durch den Senatspräsidenten des Obersten Gerichtshofes Dr. Resch als Vorsitzenden und durch die Hofräte des Obersten Gerichtshofes Mag. Engelmaier und Dr. Bauer sowie die fachkundigen Laienrichter Dr. Franz Köck und Karl Siegfried Pratscher als weitere Richter in der Sozialrechtssache der klagenden Partei Ramo S***, Pensionist, Pjanici, Cazin, Jugoslawien, vertreten durch Dr. Hubert Schauer, Rechtsanwalt in Linz, wider die beklagte Partei O*** G*** FÜR A*** UND

A***, Linz, Gruberstraße 77, vertreten durch Dr. Alfred Eichler, Rechtsanwalt in Linz, wegen Leistungen aus der Krankenversicherung infolge Revisionsrekurses der klagenden Partei gegen den Beschluß des Oberlandesgerichtes Wien als Rekursgerichtes in Arbeits- und Sozialrechtssachen vom 24. April 1987, GZ. 33 Rs 70/87-23, womit das Urteil des Arbeits- und Sozialgerichtes Wien vom 22. Jänner 1987, GZ. 7 a Cgs 523/86-19, aufgehoben wurde, folgenden

Beschluß

gefaßt:

Spruch

Dem Rekurs wird nicht Folge gegeben.

Die Rekurskosten bilden weitere Verfahrenskosten.

Text

Begründung:

Der Kläger begehrte, die beklagte Partei zu verpflichten, "die Leistungen aus der Krankenversicherung im gesetzlich zustehenden Ausmaß" zu erbringen. Er sei zuletzt vom 21.6.1974 bis 30.6.1982 als Arbeiter bei der V***-A*** AG in Linz beschäftigt gewesen. Während des aufrechten Arbeitsverhältnisses sei er an einer schweren Nierenerkrankung erkrankt, die in der Folge eine Nierentransplantation notwendig gemacht habe. Er sei vorerst vom 20.5.1982 bis 30.5.1982 und in der Folge ab 21.6.1982 im Krankenstand gewesen. Ab 30.9.1982 habe er sich wegen der schon während des aufrechten Versicherungsverhältnisses bei der beklagten Partei eingetretenen Nierenerkrankung in ärztliche und stationäre Behandlung begeben und es sei eine Nierentransplantation durchgeführt worden, die ihre Ursache in der während des Bestandes des Versicherungsverhältnisses eingetretenen Erkrankung gehabt habe. Die beklagte Partei habe seinen Antrag, ihm Leistungen aus der Krankenversicherung zuzuerkennen, abgelehnt.

Die beklagte Partei beantragte die Abweisung der Klage. Die Arbeitsunfähigkeit des Klägers sei nach seinen eigenen Behauptungen erst drei Monate nach Beendigung der Pflichtversicherung eingetreten, sodaß die Voraussetzungen für die Erbringung von Leistungen aus der Krankenversicherung nach § 122 Abs 1 und Abs 2 ASVG nicht erfüllt seien. Die

Erkrankung während des aufrechten Versicherungsverhältnisses sei nicht im Zusammenhang mit der später diagnostizierten Nierenerkrankung gestanden. Das Erstgericht erkannte im Sinn des Klagebegehrens. Es legte seiner Entscheidung nachstehenden Sachverhalt zugrunde:

Der Kläger war seit 1975 in Österreich als Arbeitnehmer beschäftigt und arbeitete zuletzt bis 30.6.1982 bei der V***-A*** AG in Linz. Die Krankenversicherung bei der beklagten Partei endete mit 30.6.1982. Der Kläger litt schon während des aufrechten Versicherungsverhältnisses mit der beklagten Partei an chronischer Glomerulonephritis, die zu einer Urämie führte, eine Dialyse dreimal wöchentlich und in der Folge eine Nierentransplantation erforderlich machte. Die zuerst aufgetretene arterielle Hypertonie war eine Folgeerscheinung der Nierenerkrankung. Wegen dieser Erkrankung war der Kläger mit nur geringen Unterbrechungen im Rahmen eines kontinuierlich verlaufenden Krankheitsprozesses seit 20.5.1982 arbeitsunfähig. Die Nierentransplantation wurde nach mehrfachen stationären Spitalsaufenthalten unter anderem auch an der Dialysestation Ende 1983 am 6.9.1984 im Spital von Rijeka durchgeführt. Der Kläger war noch bis Ende 1985 in laufender Kontrolle und im Krankenstand. Die Arbeitsunfähigkeit des Klägers bestand vom 20.5.1982 bis Ende 1985 aufgrund eines einheitlichen, kontinuierlich verlaufenden Krankheitsprozesses.

Rechtlich führte das Erstgericht aus, daß der Versicherte nach§ 122 Abs 1 ASVG Anspruch auf die Leistungen der Krankenversicherung auch über das Ende der Versicherung hinaus habe, solange die Voraussetzungen für den Anspruch gegeben seien, sofern der Versicherungsfall während der Versicherung eingetreten sei. Da die Krankenversicherung am 30.6.1982 geendet habe, die Nierenerkrankung des Klägers aber schon ab 20.5.1982 Arbeitsunfähigkeit bewirkt habe, und der gesamte Krankheitsprozeß schließlich kontinuierlich bis Ende 1985 angedauert habe, seien die gesetzlichen Voraussetzungen für den Klagsanspruch gegeben.

Das Berufungsgericht gab der Berufung der beklagten Partei Folge, hob das angefochtene Urteil unter Beisetzung eines Rechtskraftvorbehaltes auf und verwies die Sache zur Ergänzung des Verfahrens an das Erstgericht zurück.

Es führte dazu aus, daß das Klagebegehren nicht hinreichend bestimmt sei; es wäre erforderlich gewesen, daß der Kläger konkret die Leistungen aus der Krankenversicherung benenne, auf die das Begehren gerichtet sei. Dem Erstgericht wäre es oblegen, den Kläger zu einer entsprechenden Fassung des Begehrens anzuleiten. Da die Rechtsrüge ordnungsgemäß ausgeführt sei, sei die rechtliche Beurteilung nach allen Richtungen zu prüfen. Dabei ergebe sich, daß die Frage des Verfalles allfälliger Ansprüche, die sich mit Rücksicht auf die atypisch späte Antragstellung stelle, unerörtert geblieben sei. Ein Schriftwechsel zwischen dem jugoslawischen Versicherungsträger und der beklagten Partei hätte einen Leistungsantrag des Klägers nicht ersetzen können. Es sei daher zu klären, wann der Kläger erstmalig einen Leistungsantrag gestellt habe und ausgehend von der Bestimmung des § 102 Abs 1 ASVG zu prüfen, ob ein Verfall von Leistungsansprüchen eingetreten sei. Gehe man von den Angaben im Antrag vom März 1986 aus, der in dem bisher nicht verlesenen Anstaltsakt der beklagten Partei - der Akt wurde vom Berufungsgericht, das eine Beweisergänzung nicht durchführte, erstmalig angefordert - aus, daß der Kläger vom 20.5.1982 bis 30.5.1982 und vom 21.6.1982 bis 28.6.1982 wegen Krankheit arbeitsunfähig gewesen sei und danach erst am 30.9.1982 Arbeitsunfähigkeit eingetreten sei, so würde dies die Ansicht rechtfertigen, daß die Voraussetzungen des § 122 ASVG nicht vorliegen. Sollte der Verfall von Leistungsansprüchen nicht eingetreten sein, seien daher Feststellungen darüber erforderlich, ob der Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit über das Ende der Versicherungspflicht hinaus angedauert habe oder doch während der dreiwöchigen Schutzfrist nach dem 30.6.1982 eingetreten sei.

Gegen diesen Beschluß richtet sich der Rekurs der klagenden Partei mit dem Antrag, ihn dahingehend abzuändern, daß die Berufung der beklagten Partei zurückgewiesen werde, in eventu ihn dahingehend abzuändern, daß der Berufung nicht Folge gegeben werde. Die beklagte Partei beantragt, dem Rekurs nicht Folge zu geben.

Rechtliche Beurteilung

Der Rekurs ist nicht berechtigt.

Der Rekurswerber vertritt die Ansicht, daß die Berufung der beklagten Partei die Rechtsrüge nicht zur gesetzmäßigen Darstellung gebracht habe; dem Berufungsgericht sei es daher verwehrt gewesen, in die Prüfung der rechtlichen Beurteilung einzutreten; die Aufhebung des erstgerichtlichen Urteiles, die ausschließlich in der Wahrnehmung von sekundären Verfahrensmängeln begründet sei, sei daher nicht zu Recht erfolgt.

Diesen Ausführungen kann nicht beigetreten werden. Das Erstgericht legte seiner Entscheidung - wie oben

dargestellt - einerseits zugrunde, daß der Kläger ab 20.5.1982 mit nur geringen Unterbrechungen im Rahmen eines

kontinuierlich verlaufenden Krankheitsprozesses arbeitsunfähig gewesen sei und stellte andererseits fest, daß in der Zeit vom 20.5.1982 bis Ende 1985 Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe. Diese beiden Feststellungen sind nicht in Einklang zu bringen, zumal die Erwähnung von Unterbrechungen der Arbeitsunfähigkeit zum Ausdruck bringt, daß die Arbeitsunfähigkeit nicht durchgehend bestand. Die Berufung der beklagten Partei, die unter Hinweis auf die Klagsbehauptungen, der Kläger habe sich nach Krankenständen im Mai und Juni 1982 am 30. September 1982 wieder in ärztliche Behandlung begeben müssen, dahin argumentiert, daß die Arbeitsunfähigkeit nicht durchgehend bestanden habe, sondern dazwischen Zeiten gelegen seien, während derer der Kläger nicht arbeitsunfähig gewesen sei, weicht damit von den Feststellungen des Erstgerichtes nicht ab, zumal diese auch für die Annahme von Unterbrechungen der Arbeitsunfähigkeit Deckung bieten. Damit war die Rechtsrüge ordnungsgemäß ausgeführt und dem Berufungsgericht stand die Überprüfung der rechtlichen Beurteilung des Erstgerichtes in jeder Richtung offen.

Die Bedenken des Berufungsgerichtes gegen die Fassung des Klagebegehrens bestehen zu Recht. Nach § 383 a Abs 1 Z 3 ASVG hatte die Klage ein unter Bedachtnahme auf die Art des erhobenen Anspruches hinreichend bestimmtes Begehren zu enthalten, wobei nach Abs 2 dieser Bestimmung das Klagebegehren auch dann hinreichend bestimmt war, wenn es auf die Leistung im gesetzlichen Ausmaß gerichtet war und die für die Bestimmung der Leistung dem Grunde und der Höhe nach erforderlichen Angaben enthielt; der Anführung eines bestimmten Geldbetrages bedurfte es in diesem Fall nicht. Auch gemäß § 82 Abs 1 ASGG hat die Klage ein unter Bedachtnahme auf die Art des erhobenen Anspruches hinreichend bestimmtes Begehren zu enthalten. Abs 2 dieser Bestimmung ergänzt, daß ein von einem Versicherten erhobenes Klagebegehren auch dann hinreichend bestimmt ist, wenn es auf Leistungen bzw. die Feststellung von Versicherungszeiten der Pensionsversicherung im gesetzlichen Ausmaß gerichtet ist und in den angegebenen Tatsachen, auf die es sich stützt, die für die Bestimmung der Leistung dem Grunde und der Höhe nach bzw. die für die Feststellung von Versicherungszeiten der Pensionsversicherung dem Grunde nach erforderlichen Angaben enthält; bei einem auf Leistung gerichteten Begehren ist die Angabe eines Geldbetrages nicht erforderlich. Kommen aber in einem Versicherungszweig in einem konkreten Fall mehrere Leistungsansprüche in Frage, so hat die Klage - selbst unter den geminderten Anforderungen an die Bestimmtheit des Begehrens - die konkrete Leistung zu bezeichnen, auf die das Begehren gerichtet ist. Im Bereich der Krankenversicherung kommen Leistungsansprüche verschiedener Art in Frage und der Kläger wird sein Begehren durch Angabe der Leistungen zu ergänzen haben, die er mit der Klage beansprucht. Das Erstgericht wird auf eine entsprechende Fassung des Klagebegehrens hinzuwirken haben. Das Begehren der Klage und auch die Klageangaben entsprechen der gesetzlichen Anforderung an die Bestimmtheit wohl nicht, doch beschränkt sich einerseits der bekämpfte Bescheid auf eine Entscheidung über das Begehren auf Barleistungen aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit und andererseits ergibt sich aus Hinweisen im Rekurs, daß der Kläger offenbar Anspruch auf Krankengeld geltend macht. Ungeachtet der erforderlichen Verbesserung des Begehrens erübrigen sich damit Ausführungen zu anderen möglichen Ansprüchen aus der gesetzlichen Krankenversicherung und die Behandlung des Rekurses kann sich auf diesen Anspruch beschränken.

Gemäß § 361 Abs 1 Z 1 ASVG sind Leistungsansprüche aus der Krankenversicherung nur auf Antrag festzustellen, wobei die weiteren Bestimmungen dieser Gesetzesstelle eine nähere Regelung dieser Antragstellung enthalten; im übrigen ist auf die Bestimmungen des AVG zurückzugreifen (§ 357 ASVG). Gemäß Art.12 Abs 2 AbkSozSi Jugoslawien behält ein Dienstnehmer oder ihm Gleichgestellter der zu Lasten eines Versicherungsträgers eines Vertragsstaates anspruchsberechtigt ist und in dessen Gebiet wohnt, diesen Anspruch, wenn er seinen Wohnort in das Gebiet des anderen Vertragsstaates verlegt. Geldleistungen werden gemäß Art.12 Abs 5 AbkSozSi Jugoslawien in diesem Fall nach den für den zuständigen Versicherungsträger geltenden Rechtsvorschriften gewährt. Diese Leistungen können von einem Versicherungsträger des anderen Vertragsstaates für die Rechnung des zuständigen Versicherungsträgers nach der Art und Weise gezahlt werden, die in einer Durchführungsvereinbarung festzulegen ist. Art.5 Abs 2 Durchführungsvereinbarung zum AbkSozSi Jugoslawien bestimmt für den Bereich der Krankenversicherung, daß dann, wenn der Versicherungsfall im Gebiet des anderen Vertragsstaates eintritt, der Anspruch auf Geldleistung beim aushelfenden Versicherungsträger geltend zu machen ist, der den Antrag unter Beischluß eines vertrauensärztlichen Berichtes, aus dem die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit hervorgeht, unverzüglich an den zuständigen Versicherungsträger weiterleitet. Darüber hinaus bestimmt Art.41 AbkSozSi Jugoslawien, daß Anträge, Erklärungen oder Rechtsmittel, die in Anwendung der Rechtsvorschriften eines Vertragsstaates innerhalb einer bestimmten Frist bei einer Behörde oder einem Versicherungsträger dieses Vertragsstaates einzureichen sind, innerhalb der gleichen Frist bei der entsprechenden Stelle des anderen Vertragsstaates eingereicht werden können. In diesem Fall übermittelt

die in Anspruch genommene Stelle diese Anträge, Erklärungen oder Rechtsmittel entweder unmittelbar oder durch Vermittlung der zuständigen Behörden der Vertragsstaaten unverzüglich an die zuständige Stelle des ersten Vertragsstaates. Gemäß § 102 Abs 1 ASVG ist der Anspruch auf Leistungen aus der Krankenversicherung bei sonstigem Verlust binnen 2 Jahren nach seinem Entstehen, bei nachträglicher Feststellung der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung binnen 2 Jahren nach Rechtskraft dieser Feststellung geltend zu machen. Bei den in diesem Paragraphen für die wirksame Geltendmachung von Leistungsansprüchen festgesetzten Fristen handelt es sich um Ausschluß(Präklusiv-)- und nicht um Verjährungsfristen. Nach Ablauf der Ausschluß(Präklusiv-)-Frist erlischt die Berechtigung, weil das objektive Recht für deren Ausübung von vornherein eine bestimmte Zeitgrenze gesetzt hat. Durch den Ablauf der Ausschlußfrist erlischt der Anspruch als solcher (ASVG MGA 45.ErgLfg.589). Die Frage der nachträglichen Feststellung der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung stellt sich hier nicht, sodaß diesem Teil der Bestimmung im vorliegenden Fall keine Bedeutung zukommt. Leistungsansprüche aus der Krankenversicherung sind daher nur auf Antrag zu gewähren, wobei der Antrag innerhalb einer zweijährigen Präklusivfrist zu stellen ist. Hält sich ein Versicherter in Jugoslawien auf, so wird die Frist durch die Antragstellung beim jugoslawischen Versicherungsträger gewahrt, und zwar unabhängig davon, ob und zu welchem Zeitpunkt dieser den Antrag an den zuständigen Versicherungsträger in Österreich übermittelt. Den Ausführungen des Rekurses, die sich darauf berufen, daß eine rechtzeitige Antragstellung beim jugoslawischen Versicherungsträger zur Wahrung der Frist des § 102 Abs 1 ASVG hinreicht, ist daher beizutreten; dies deckt sich auch mit der Ansicht des Berufungsgerichtes, das in diesem Zusammenhang die Bestimmungen des Art.12 AbkSozSi Jugoslawien und Art.5 der Durchführungsvereinbarung zu diesem Abkommen zitiert hat.

Im Hinblick auf die klare Regelung des§ 361 ASVG sowie die zitierten Bestimmungen des Abkommens und der Durchführungsvereinbarung ist auch der Rechtsansicht des Berufungsgerichtes beizutreten, daß zur Feststellung eines Leistungsanspruches die Antragstellung des Versicherten erforderlich ist. Eine sei es auch im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall der Krankheit geführte Korrespondenz der Versicherungsträger, der ein Antrag des Versicherten auf Leistungen aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit nicht zugrundeliegt, ersetzt einen derartigen Antrag nicht. Zutreffend ist daher das Berufungsgericht zum Ergebnis gelangt, daß es zur Prüfung der Frage, ob eine Verfristung des Anspruches eingetreten ist, erforderlich ist, zu klären, zu welchem Zeitpunkt der Versicherte erstmalig einen Leistungsantrag (beim jugoslawischen Versicherungsträger) gestellt hat. In diesem Zusammenhang sei auf das - im bisher nicht verlesenen - Anstaltsakt erliegende bisher unübersetzte Schreiben (angeschlossen zu Beilage 6) verwiesen, in dem der jugoslawische Versicherungsträger ausdrücklich um die Übermittlung eines Formblattes an den Versicherten zur Auszahlung des persönlichen Einkommens ersucht; ob diesem Ersuchen ein beim jugoslawischen Versicherungsträger gestellter Antrag auf Leistung des Krankengeldes zugrundelag, läßt sich allerdings hieraus nicht ableiten. Diese Frage wird wie dargestellt zu prüfen sein.

Das Berufungsgericht gelangt zum Ergebnis, daß der Anspruch auf Leistung aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit zufolge Krankheit nicht gegeben wäre. Gegen diese Rechtsansicht bestehen keine Bedenken. Gemäß § 120 Abs 1 Z 2 ASVG tritt der Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit mit dem Beginn der durch die Krankheit herbeigeführten Arbeitsunfähigkeit ein. Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit kann gleichzeitig mit dem Eintritt des Versicherungsfalles der Krankheit selbst einsetzen oder aber auch erst in einem späteren Zeitpunkt eintreten, nach dem schon einige Zeit Krankheit, die ärztliche Hilfe und die Anwendung von Heilmitteln erforderlich machte, jedoch zunächst Arbeitsunfähigkeit nicht zur Folge hatte, bestanden hat (ASVG MGA 46.ErgLfg, 704/2). Aus der gesetzlichen Definition ergibt sich, daß zum Eintritt des Versicherungsfalles der Arbeitsunfähigkeit zufolge Krankheit zur Krankheit selbst der Eintritt der Arbeitsunfähigkeit erforderlich ist. Fällt - wenn auch bei Weiterbestehen der Krankheit - die Arbeitsunfähigkeit weg, so ist dieser Versicherungsfall beendet. Der neuerliche Eintritt der Arbeitsunfähigkeit zufolge auch derselben Krankheit löst einen neuen Versicherungsfall aus, für den die Voraussetzungen neuerlich zu prüfen sind. Nur wenn der Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit zufolge Krankheit während des aufrechten Versicherungsverhältnisses oder unter den Bedingungen des § 122 Abs 2 ASVG innerhalb der dort normierten Schutzfrist eintritt, bestehen die Voraussetzungen auf die für diesen Versicherungsfall bestimmten Leistungen für die Dauer der dadurch bedingten Arbeitsunfähigkeit mit der Begrenzung durch die normierte Höchstdauer.

Auch aus § 139 ASVG läßt sich ein anderes Ergebnis nicht ableiten. Nach Abs 3 dieser Gesetzesstelle sind im Fall einer fortgesetzten Erkrankung die Anspruchszeiten für beide Krankheiten zur Feststellung der Höchstdauer des

Krankengeldanspruches zusammenzurechnen, sofern die fortgesetzte Erkrankung innerhalb von 13 Wochen nach Wegfall des Krankengeldanspruches für die erste Erkrankung eingetreten ist. Diese Bestimmung ist so auszulegen, daß die erste Erkrankung und die Fortsetzungserkrankung einen einheitlichen Versicherungsfall bilden; es bleibt die Bemessungsgrundlage bestehen, die für den ersten Versicherungsfall zugrundezulegen war; Krankengeld gebührt bereits ab dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit und auch für die Frage der Höchstdauer des Krankengeldanspruches sind die Zeiträume der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeiten zu summieren (SoSi 1960, 202). Aus der Fassung der Gesetzesstelle "Entsteht nach Wegfall des Krankengeldanspruches vor Ablauf der Höchstdauer neuerlich .... ein Anspruch auf Krankengeld...." ergibt sich, daß die Anwendung der Bestimmung des § 139 Abs 3 ASVG auf den Fall beschränkt ist, daß die grundsätzlichen Voraussetzungen für den Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit auch bezogen auf den Zeitpunkt des neuerlichen Eintrittes der Arbeitsunfähigkeit erfüllt sind. Die Bestimmung des § 139 Abs 3 ASVG reicht damit nicht aus, um Leistungen aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit zu begründen, sondern hat vielmehr den neuerlichen Eintritt eines Versicherungsfalles im Sinn des § 120 Abs 1 Z 2 ASVG, für den alle gesetzlichen Bedingungen erfüllt sein müssen, zur Voraussetzung (vgl. Dragaschnig-Schäfer-Spitaler, Krankenversicherung6 246).

Wie vom Berufungsgericht bereits ausgeführt, ist zu prüfen, ab welchem Zeitpunkt die Arbeitsunfähigkeit des Klägers vorlag bzw. wann wieder Arbeitsfähigkeit eintrat. Die Frage, ob Arbeitsunfähigkeit vorliegt, ist eine Rechtsfrage. Die Voraussetzungen für das Vorliegen der Arbeitsunfähigkeit liegen vor, wenn der Erkrankte nicht oder doch nur mit Gefahr, seinen Zustand zu verschlimmern fähig ist, seiner bisher ausgeübten Erwerbstätigkeit nachzugehen (Binder in Tomandl System, 3.ErgLfg.237). Der Wegfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit ist anzunehmen, wenn der Versicherte in der Lage ist, seine arbeitsvertraglich vereinbarte Tätigkeit wieder aufzunehmen, und wenn aufgrund des ärztlichen Befundes beim Versicherten eine Schädigung der Gesundheit oder eine Verschlechterung des Körperzustandes durch die Wiederaufnahme dieser Tätigkeit nicht zu erwarten ist. Das Erstgericht wird daher im fortgesetzten Verfahren unter genauer Berücksichtigung des Zeitablaufes Feststellungen zu treffen haben, die die Beurteilung zulassen, ab welchem Zeitpunkt die Arbeitsunfähigkeit vorlag sowie in welchem Zeitpunkt und in welcher Dauer die Arbeitsfähigkeit des Klägers wiederhergestellt war bzw. ab wann neuerlich Arbeitsunfähigkeit eintrat.

Sollte sich aufgrund der ergänzenden Feststellungen ergeben, daß ein Anspruch des Klägers auf Krankengeld zu Recht besteht, so wird bei der neuerlichen Entscheidung auch auf die normierte Höchstdauer dieses Anspruches (§ 139 ASVG) Bedacht zu nehmen sein. Der Kostenvorbehalt stützt sich auf§ 52 ZPO.

Anmerkung

E12421

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:OGH0002:1987:010OBS00065.87.1006.000

Dokumentnummer

JJT_19871006_OGH0002_010OBS00065_8700000_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