

Highlights aus der aktuellen Judikatur des OGH in Sozialrechtssachen¹

Andreas Mair

I. Krankenversicherung

- A. OGH 21.3.2017, 10 ObS 25/17z
- B. OGH 21.3.2017, 10 ObS 160/16a
- C. OGH 13.11.2017, 10 ObS 84/17a
- D. OGH 14.11.2017, 10 ObS 77/17x
- E. OGH 14.11.2017, 10 ObS 113/17s

II. Unfallversicherung

- A. OGH 24.1.2017, 10 ObS 163/16t
- B. OGH 24.1.2017, 10 ObS 167/16f
- C. OGH 18.5.2017, 10 ObS 42/17z

III. Pensionsversicherung

- A. OGH 21.2.2017, 10 ObS 142/16d
- B. OGH 10.10.2017, 10 ObS 117/17d
- C. OGH 20.12.2017, 10 ObS 104/17t

IV. Kinderbetreuungsgeld

- A. OGH 13.9.2017, 10 ObS 64/17k

V. Pflegegeld

- A. OGH 24.1.2017, 10 ObS 162/16w
- B. OGH 21.2.2017, 10 ObS 123/16k

¹ Dieser Beitrag betrifft den Berichtszeitraum März 2017 bis Februar 2018. Daraus resultieren naturgemäß inhaltliche Überschneidungen mit dem Vortrag von *Ziegelbauer* im Rahmen der „Innsbrucker Jahrestagung 2018“.

I. Krankenversicherung

A. OGH 21.3.2017, 10 Obs 25/17z²

Rechtlicher Hintergrund:

§ 135 Abs 4 ASVG sieht vor, dass für den Fall der Notwendigkeit der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe der Ersatz der Reise(Fahrt-)kosten vom Krankenversicherungsträger gewährt werden kann. Bei der Festsetzung des Ausmaßes des Kostenersatzes bzw eines allfälligen Kostenanteiles des Versicherten ist auf die örtlichen Verhältnisse und auf den dem Versicherten für sich bzw seinen Angehörigen bei Benützung des billigsten öffentlichen Verkehrsmittels erwachsenden Reisekostenaufwand Bedacht zu nehmen. Es handelt sich dabei um eine **Annexleistung** zur ärztlichen Hilfe oder Anstaltspflege.³ § 135 Abs 5 ASVG verweist auf das Instrument der Satzung um festzulegen, unter welchen Voraussetzungen für gehunfähig erkrankte Versicherte und Angehörige der Transport mit einem Krankentransportwagen zur Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe sowie der Ersatz der Kosten für die Inanspruchnahme eines Lohnfuhrwerkes bzw privaten KFZ gewährt werden können.⁴ Die Satzung des bekl Krankenversicherungsträgers sah vor, dass für Fahrten innerhalb des Ortsgebiets oder wenn die Entfernung zwischen Wohnort und Behandlungsstelle 20 km nicht übersteigt, keine Fahrtkosten ersetzt werden. Im Verfahren vor dem OGH war nicht strittig, wie bzw nach welchen Kriterien die Beurteilung vorzunehmen ist, ob die in der Satzung genannte Entfernung von 20 km unter- oder überschritten ist.

Zentrale Aussagen des OGH:

Festzuhalten, dass die Satzung eines Versicherungsträgers ihrer Struktur nach eine VO ist. Sind die Voraussetzungen für einen im G eingeräumten Anspruch – wie hier – in einer VO näher determiniert bzw finden sich in dieser nähere Beschränkungen, ist der Anspruch auf Grundlage der VO zu prüfen. Solange eine wirksame VO besteht, die einen Anspruch ausschließt, ist es unzulässig, unter Übergehung der VO die die Grundlagen der VO bildenden gesetzlichen Bestimmungen als Anspruchsgrundlage heranzuziehen. Diese können aber zur Auslegung des Verordnungstextes (im Sinn einer gesetzeskonformen Interpretation dieser Rechtsgrundlage) verwendet werden.

Eine Regelung, die wie in der Satzung der bekl Partei für Fahrten zwischen Wohnort und Behandlungsort von weniger als 20 km gar keinen Kostenersatz vorsieht, wurde als mit den Anforderungen des § 135 Abs 4 ASVG vereinbar (und deshalb

2 RdW 2017/524, 709 = DRdA-infas 2017/148, 240 = ARD 6557/14/2017.

3 OGH 13.3.2012, 10 Obs 71/11f, SZ 2012/32 = SSV-NF 26/11 = ZAS 2012/64, 364 (*Pačić*) = DRdA 2012, 525 = RdW 2012/376, 357 = infas 2012 S 24 = ARD 6223/7/2012.

4 Siehe auch *Binder*, Aktuelle Fragen im Leistungsrecht der Krankenversicherung: Eine Analyse der jüngeren Judikatur des sozialen Höchstgerichts, ZAS 1990, 11 (17).

aus verfassungsrechtlicher Sicht unbedenklich) angesehen. Es wird sowohl auf die in § 135 Abs 4 ASVG angesprochenen örtlichen Verhältnisse als auch auf den durchschnittlich jedermann zumutbaren Reise-(Fahrt-)kostenaufwand Bedacht genommen. Den Kassen als Ordnungsgeber kann es nicht verwehrt sein, im Hinblick auf die örtlichen Verhältnisse als auch die persönlich zumutbaren Reisekostenaufwendungen von einer Pauschalbetrachtung auszugehen und auf den Regelfall abzustellen.

B. OGH 21.3.2017, 10 Obs 160/16a⁵

Rechtlicher Hintergrund:

Rehabilitationsgeld als Leistung aus der Krankenversicherung (§ 117 Z 3 ASVG: Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit) gebührt jenen Versicherten, die deswegen keinen Anspruch auf Zuerkennung einer Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension haben, weil sie nicht dauernd, sondern nur vorübergehend, aber doch für mindestens sechs Monate invalid bzw berufsunfähig sind.⁶ Die Leistung steht im Zusammenhang mit der Abschaffung der befristeten Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension für jüngere Versicherte durch das Sozialrechts-Änderungsgesetz 2012,⁷ mit dem ein neues Konzept zur Ermöglichung der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit der Versicherten durch medizinische und berufliche Rehabilitationsmaßnahmen in das österreichische Sozialversicherungsrecht implementiert wurde.⁸ Zu klären war, ob das Rehabilitationsgeld dem Versicherten bereits ab Vorliegen der vorübergehenden Invalidität (Berufsunfähigkeit) oder erst ab dem Zeitpunkt der Antragstellung gebührt.

Zentrale Aussagen des OGH:

Der Anspruch auf Leistungen entsteht gem § 85 Abs 1 ASVG, sobald alle vom G geforderten materiellen Leistungsvoraussetzungen verwirklicht sind. Der Anspruch auf Rehabilitationsgeld entsteht danach bei Vorliegen der bereits genannten Anspruchsvoraussetzungen nach § 255b ASVG (§§ 273b, 280b ASVG). Der Zeitpunkt, in dem eine gem § 85 ASVG entstandene Leistung zusteht, ist der Leistungsanfall (vgl § 86 ASVG), der vom Zeitpunkt des Entstehens des Leistungsverhältnisses abweichen kann. Nach der allgemeinen Regel des § 86 Abs 1 ASVG fallen, soweit nichts anderes bestimmt ist, die Leistungen mit dem Entstehen des Anspruchs iSd § 85 Abs 1 ASVG an. Die allgemeine Regel des § 86 Abs 1 ASVG ist für Leistungen der Krankenversicherung anwendbar, die danach grundsätzlich mit dem Entstehen des Anspruchs, also mit der Erfüllung der materiellen

5 DRdA 2018/6, 48 (Schrattbauer) = DRdA-infas 2017/144, 235 (Pletzenauer) = ZAS-Judikatur 2017/72, 212 = ARD 6554/16/2017.

6 Burger/Mair/Wachter, Sozialrecht Basics⁴ (2017) 121.

7 BGBl I 2013/3.

8 Födermayr, Rehabilitationsanspruch im Pensionsrecht, DRdA 2017, 174 (175).

Voraussetzungen, anfallen (§ 86 Abs 1 ASVG). Der Anspruch auf Rehabilitationsgeld fällt daher grundsätzlich mit seinem Entstehen an.

Der Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit in § 117 Z 3 ASVG entspricht – auch wortident – jenem des Pensionsversicherungsrechts in § 221 ASVG. Für die Sozialversicherung kann der Begriff des Versicherungsfalles nur durch eine Analyse des Sozialversicherungsrechts gewonnen werden. Trotz der vordergründigen Ähnlichkeit des Rehabilitationsgeldes mit dem Krankengeld hat der Gesetzgeber beiden Leistungen in § 117 Z 3 ASVG unterschiedliche Versicherungsfälle zugrunde gelegt. Auch das soziale Risiko, das durch die Gewährung von Rehabilitationsgeld abgefangen werden soll, unterscheidet sich von jenem, das die Gewährung von Krankengeld abfedern soll. Krankengeld schützt den Versicherten vor dem drohenden Entgeltverlust bei länger dauernder Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit nach dem Auslaufen der arbeitsrechtlichen Entgeltfortzahlung. Rehabilitationsgeld schützt den Pensionswerber hingegen vor jenem Entgeltverlust, der ihm ungeachtet der vorübergehenden Invalidität (Berufsunfähigkeit) schon deshalb drohen kann, weil er sich Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation zu unterziehen hat. Dies ergibt sich aus § 143a Abs 4 ASVG, der im Fall eines dennoch bestehenden mehr als geringfügigen Erwerbseinkommens ein Teilrehabilitationsgeld zuspricht, und aus § 99 Abs 1a ASVG, der den Entzug des Rehabilitationsgeldes anordnet, sollte sich der Versicherte weigern, an zumutbaren Maßnahmen der Rehabilitation mitzuwirken. Nur wenn Rehabilitationsmaßnahmen keine Aussicht auf Erfolg haben, soll als ultima ratio die Gewährung einer Pension in Betracht kommen. Die Pension fällt daher gem § 86 Abs 3 Z 2 letzter Satz ASVG erst an, wenn durch die Rehabilitationsmaßnahmen die Wiedereingliederung in das Berufsleben nicht bewirkt werden kann.

Die Intention des Gesetzgebers, Rehabilitationsgeld als Ersatz für die frühere befristete Invaliditätspension (Berufsunfähigkeit) für die Dauer der vorübergehenden Invalidität (Berufsunfähigkeit) erst ab Antragstellung zu gewähren, zeigt sich auch in der mit dem Sozialversicherungs-Anpassungsgesetz 2015, BGBl I 2015/2, geschaffenen, aber rückwirkend mit 1.1.2014 in Kraft getretenen (§ 688 Abs 1 Z 2 ASVG) Rückverrechnungsbestimmung des § 103 Abs 1 Z 5 ASVG. Gewinnt der Versicherte den Prozess um eine Invaliditätspension (Berufsunfähigkeitspension) wegen Vorliegens dauerhafter Invalidität (Berufsunfähigkeit), so kann der Pensionsversicherungsträger das bereits geleistete Rehabilitationsgeld mit den für dieselben Zeiträume rückwirkend gewährten Pensionsleistungen aufrechnen. Eine Aufrechnung mit Rehabilitationsgeldzahlungen, die vor der Einbringung eines Antrags auf Zuerkennung einer Invaliditätspension (Berufsunfähigkeitspension) geleistet würden, wäre danach regelmäßig nicht möglich, weil eine Pension für vor der Antragstellung gelegene Zeiträume nicht zuerkannt werden kann.

C. OGH 13.11.2017, 10 Obs 84/17a⁹

Rechtlicher Hintergrund:

Grundlage für die Berechnung des **Wochengelds** ist gem § 162 Abs 3 ASVG der durchschnittliche in den letzten 13 Wochen vor dem Eintritt des Versicherungsfalles der Mutterschaft gebührende Arbeitsverdienst. Unter Arbeitsverdienst ist dabei grundsätzlich jeder Geld- und Sachbezug zu verstehen, der der voll- oder teilversicherten AN als Arbeitsverdienst in diesem Beobachtungszeitraum zustand, und zwar unabhängig von beitrags- oder einkommensteuerlicher Qualifikation.¹⁰ Zu klären war, ob eine als „Prämie“ deklarierte Zahlung für die Bemessungsgrundlage des Wochengelds zu berücksichtigen gewesen wäre.

Zentrale Aussagen des OGH:

Nach der Rsp des OGH sind unter Sonderzahlungen iSd § 49 Abs 2 ASVG verpflichtende oder freiwillige Zuwendungen iSd § 49 Abs 1 ASVG – gleich welcher Benennung – zu verstehen, die mit einer gewissen Regelmäßigkeit in bestimmten, über die Beitragszeiträume hinausgehenden Zeitabschnitten wiederkehren, wobei die Regelmäßigkeit der Leistungen im Wesentlichen aus der Dienstgeberzusage oder aus dem tatsächlichen Ablauf der Ereignisse zu beurteilen ist. Diese Rsp steht im Einklang mit der Judikatur des VwGH zur Abgrenzung von Entgelt nach § 49 Abs 1 ASVG und Sonderzahlungen nach § 49 Abs 2 ASVG. Maßgeblich ist demnach nicht nur die Gewährung der Zuwendung in größeren Zeiträumen als den Beitragszeiträumen, sondern auch, ob diese Zuwendungen iSd § 49 Abs 1 ASVG etwa aufgrund einer Dienstgeberzusage mit einer gewissen Regelmäßigkeit in bestimmten, über die Beitragszeiträume hinausreichenden Zeitabschnitten wiederkehren. Bspw sind Umsatzprovisionen demnach nicht als Sonderzahlungen iSd § 49 Abs 2 ASVG zu werten, weil sie bereits mit dem Entstehen des Umsatzes laufend anfallen und daher laufendes Entgelt darstellen; dies auch wenn sie nur einmal jährlich im Nachhinein abgerechnet werden.

Die Ansicht des Berufungsgerichts, im vorliegenden Fall seien die von der Rechtsprechung für das Vorliegen einer Sonderzahlung iSd § 49 Abs 2 ASVG aufgestellten Kriterien erfüllt, weicht von der zitierten Rsp nicht ab. Entsprechend der getroffenen Vereinbarung kann die Höhe der „Prämie“ – anders als bei Umsatzprovisionen – erst beurteilt werden, wenn der Arbeitseinsatz aller betroffener Gesellschafter nach Ablauf eines Jahres feststeht, sodass der Anspruch mangels Bezifferbarkeit zu keinem früheren Zeitpunkt entstanden sein kann. Mit ihren Revisionsausführungen, es sei doch von einer Umsatzprämie bzw Umsatzprovision auszugehen, weil aufgrund bestimmter Umstände die Höhe der „Prämie“ in Wirklichkeit „kaum“ durch die Arbeitsleistung der anderen Gesellschafter bzw Gesellschafterinnen be-

9 RdW 2018/90, 104 = ARD 6574/10/2017.

10 OGH 12.4.1988, 10 Obs 78/88; *Felten in Tomandl* (Hrsg), System des österreichischen Sozialversicherungsrechts (31. ErgLfg) 264/24.

einflussbar gewesen sei, sodass deren Höhe nicht erst am Jahresende, sondern faktisch bereits zu Jahresbeginn kalkulierbar bzw feststellbar gewesen wäre, wird keine Rechtsfrage von erheblicher Bedeutung iSd § 502 Abs 1 ZPO aufgezeigt.

D. OGH 14.11.2017, 10 Obs 77/17x¹¹

Rechtlicher Hintergrund:

§ 136 Abs 2 ASVG verpflichtet die Krankenversicherungsträger dazu, die Kosten von **Heilmitteln**, die der Versicherte zur Beseitigung oder Linderung der Krankheit benötigt, zu übernehmen. Voraussetzung für die Kostenübernahme ist aber das Vorliegen einer ärztlichen Verschreibung.¹² Im Ausgangsfall bekam der Kl zur Behandlung einer Makuladegeneration das Medikament „Avastin“ ins Auge injiziert. Der bekl Krankenversicherungsträger lehnte die Bezahlung des Medikaments ab.

Zentrale Aussagen des OGH:

Die Krankenbehandlung umfasst nach § 133 Abs 1 ASVG die ärztliche Hilfe (§ 135 ASVG), Heilmittel (§ 136 ASVG) und Heilbehelfe (§ 137 ASVG). Schon nach dem Wortlaut des G ist daher – auch im konkreten Fall – deutlich zwischen „ärztlicher Hilfe“ und „Heilmittel“ zu unterscheiden. Die ärztliche Hilfe ist eine Leistung, die wesentlich durch die Anwendung medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse bestimmt wird. Sie umfasst somit die Tätigkeit eines Arztes (oder von Personen, die diesen in unmittelbarer Unterordnung unterstützen). Die Heilmittel umfassen hingegen nach § 136 ASVG die notwendigen Arzneien (§ 136 lit a ASVG) und die sonstigen Mittel, die zur Beseitigung oder Linderung der Krankheit oder zur Sicherung des Heilerfolgs dienen (§ 136 lit b ASVG). Ärztliche Hilfe ist dadurch gekennzeichnet, dass sie eine qualifizierte Dienstleistung darstellt, während Heilmittel keine Dienstleistung, sondern „Sachen“ sind.

Auch nach dem festgestellten Sachverhalt kann im konkreten Fall nicht von einer als „Einheit“ zu beurteilenden ärztlichen Leistung ausgegangen werden. Denn Dr. M hat die Kosten der von ihm erbrachten ärztlichen Leistung mit EUR 185, jene des (von ihm zur Verfügung gestellten) Medikaments mit EUR 145 kalkuliert. Die Kosten für die erbrachte ärztliche Leistung hat die Bekl dem Kl unstrittig in der vorgesehenen Höhe erstattet. Die Rechtsansicht der Vorinstanzen, dass die Kosten des Medikaments „Avastin“ im konkreten Fall deshalb nicht zu erstatten sind, weil unstrittig weder eine Verordnung (bzw ein Privatrezept) noch eine saldierte Honorarnote, aus der der Bezug dieses Medikaments von einer Apotheke iSd § 136 Abs 2 ASVG ersichtlich wäre, vorliegen, steht mit der E 10 Obs 104/12k im Einklang und ist nicht korrekturbedürftig.

11 DRdA-InfAS 2018/64, 112.

12 OGH 13.12.1996, 10 Obs 62/94, SZ 69/277 = SSV-NF 10/126; *Firlei*, Heilmittelverschreibung: Verdeckte Rationierung am Beispiel der Zielvereinbarungen (2006) 17.