

TE OGH 1991/6/27 7Ob8/91

JUSLINE Entscheidung

🕒 Veröffentlicht am 27.06.1991

Kopf

Der Oberste Gerichtshof hat als Revisionsgericht durch den Senatspräsidenten des Obersten Gerichtshofes Dr. Wurz als Vorsitzenden und durch die Hofräte des Obersten Gerichtshofes Dr. Warta, Dr. Egermann, Dr. Niederreiter und Dr. Schalich als weitere Richter in der Rechtssache der klagenden Partei T***** GesmbH & Co Betriebs-KG, ***** vertreten durch Dr. Wilfried Haslauer und Dr. Reinfried Eberl, Rechtsanwälte in Salzburg, wider die beklagte Partei A***** Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, ***** vertreten durch Dr. Gerda Kostelka-Reimer, Rechtsanwalt in Wien, wegen S 259.582,82 s.A. infolge Revision der klagenden Partei gegen das Urteil des Oberlandesgerichtes Linz als Berufungsgerichtes vom 9. Jänner 1991, GZ 1 R 231/90-14, womit infolge Berufung der klagenden Partei das Urteil des Landesgerichtes Salzburg vom 13. Juni 1990, GZ 9 Cg 269/89-8, bestätigt wurde, in nichtöffentlicher Sitzung zu Recht erkannt:

Spruch

Der Revision wird nicht Folge gegeben.

Die klagende Partei ist schuldig, der beklagten Partei die mit S 10.882,-- (darin S 1.813,80 Umsatzsteuer) bestimmten Kosten des Revisionsverfahrens binnen 14 Tagen zu ersetzen.

Text

Entscheidungsgründe:

Zwischen der klagenden Partei und dem Verband der Versicherungsunternehmungen Österreichs, der die klagende Partei vertrat, wurde am 25.2./9.3.1988 in Verlängerung früherer ähnlicher Übereinkommen vom 25.6./3.7.1985 sowie vom 20.2.1987 ein Verrechnungs- und Gebührenübereinkommen geschlossen, in dem festgehalten ist, für welche Leistungen der Versicherer aufkommen wird. Hier scheint auch folgender Satz auf:

"Ein Leistungsanspruch gegenüber den privaten Krankenversicherungsunternehmungen ist nur dann gegeben, wenn die Kostenübernahmeerklärung vor der Aufnahme vorliegt."

Durch den am 22.3.1988 mit der Versicherungsanstalt der öffentlich Bediensteten (BVA) geschlossenen und mit 1.4.1988 in Kraft gesetzten Vertrag wurde die Anstalt der klagenden Partei zum Vertragskrankenhaus der BVA. Die für die Behandlung zu bezahlenden Pflegegebühren von Patienten der BVA enthalten einen vom Patienten selbst zu bezahlenden Anteil, der nach dem Tarifanhang des zitierten Vertrages S 750,-- (pro Tag und in den Folgejahren steigend) festgelegt wurde.

Die beklagte Partei gab ab August 1988 für bei ihr versicherte Versicherungsnehmer, die bei der BVA pflichtversichert waren, gegenüber der klagenden Partei nur mehr auf den Tagessatz von S 750,-- (in den Folgejahren steigend) und auf bestimmte Zeiträume beschränkte Kostenübernahmeerklärungen ab und bezahlte nicht die von der klagenden Partei geforderten Mehrbeträge.

Die klagende Partei begehrt letztlich die Zahlung von S 259.582,82 s.A. Die beklagte Partei sei aufgrund des mit dem Verband der Versicherungsunternehmungen Österreichs geschlossenen Verrechnungs- und Gebührenübereinkommens verpflichtet, jeweils die Aufenthalts- und Behandlungskosten nach dem für ihre Versicherungsnehmer geltenden Tarif zu bezahlen. Diese Verpflichtung ergebe sich wiederum aus dem Versicherungsvertrag mit den Versicherungsnehmern, deren Ansprüche sie inhaltlich geltend mache. Die behandelnden Ärzte hätten ihre Honoraransprüche an sie abgetreten. Aus dem Vertrag mit der BVA könne die beklagte Partei für sich keine Beschränkung der Gebühren auf darin enthaltene Pauschalbeträge ableiten.

Die beklagte Partei beantragte die Abweisung des Klagebegehrens und wandte ein, bei der vom Verband der Versicherungsunternehmungen Österreichs abgeschlossenen Vereinbarung handle es sich um einen Rahmenvertrag, der Höchstbeträge und eine Direktverrechnung mit der jeweiligen Versicherungsanstalt vorsehe, aus dem aber noch keine Zahlungsverpflichtung ihrerseits abgeleitet werden könne. Eine solche entstehe erst mit der Kostenübernahmeerklärung im Einzelfall, die von der Übernahme der vollen Kosten bis zu einem bestimmten Höchstbetrag reichen könne. Die Krankenversicherungsverträge mit ihren Versicherungsnehmern hätten dabei keine Bedeutung.

Das Erstgericht wies das Klagebegehren ab, wobei es in seiner rechtlichen Beurteilung der Argumentation der beklagten Partei folgte.

Das Berufungsgericht bestätigte diese Entscheidung und erklärte die Revision für zulässig. Es folgte im wesentlichen der rechtlichen Beurteilung des Erstgerichtes. In der, als Garantievertrag zu wertenden Vereinbarung habe sich der Versicherer unter Punkt A/I/5 eine betragliche Beschränkung seiner Verpflichtung vorbehalten. Die Worte "je nach Tarif des Versicherten garantiert die Versicherung" seien im Zusammenhang mit der in jedem Einzelfall abzugebenden Kostenübernahmeerklärung so zu verstehen, daß der im Versicherungsvertrag (der beklagten Partei mit ihrem Versicherungsnehmer) vereinbarte Tarif die Obergrenze für die zu übernehmenden Kosten darstelle. Dies verpflichte die beklagte Partei aber nicht zu einer Kostenübernahme bis zur vollen Höhe dieses Tarifes, weil sonst der vereinbarte Vorbehalt sinnlos sei. Bei einer eingeschränkten Kostenübernahme liege es dann am Patienten, seinen Anspruch gegenüber seinem privaten Krankenversicherer geltend zu machen.

Rechtliche Beurteilung

Die gegen dieses Urteil gerichtete Revision der klagenden Partei ist nicht berechtigt.

Wie das Berufungsgericht zutreffend erkannt hat, ist das strittige Verrechnungs- und Gebührenübereinkommen allein aufgrund der vorgelegten Urkunden auszulegen, weil über den Urkundeninhalt hinausgehende Beweisergebnisse nicht vorliegen.

Der Revisionsgrund der Aktenwidrigkeit liegt nur dann vor, wenn der Akteninhalt in einem wesentlichen Punkt unrichtig wiedergegeben wird, nicht aber dann, wenn das Gericht aufgrund des richtig dargestellten Sachverhaltes zu rechtlichen Schlußfolgerungen in einer bestimmten Richtung gelangt (Arb. 10.809 mwN). Die Frage, ob das Übereinkommen die beklagte Partei berechtigt, betraglich beschränkte Kostenübernahmeerklärungen abzugeben, fällt in das Gebiet der rechtlichen Beurteilung. Die behauptete Aktenwidrigkeit liegt daher nicht vor, der Vorwurf der Mangelhaftigkeit erweist sich, wie im folgenden dargelegt wird, als unerheblich.

Der private Krankenversicherer "garantiert" zwar nach Art. A/II/1 bis 5 des vorliegenden Verrechnungs- und Gebührenübereinkommens "je nach Tarif" des (seines) Versicherten dem klagenden Krankenhaus neben der Übernahme der vollen Kosten für die einzelnen Unterbringungsarten auch die Übernahme von Kosten (nur) bis zu einem bestimmten Höchstarif. Ein sofortiger Direktanspruch des Krankenhauses gegen den Versicherer kann aber erst mit der Abgabe einer Kostenübernahmeerklärung durch den Krankenversicherer entstehen, weil in Art. A/III/2 bis 3 vereinbart wurde, daß ein Leistungsanspruch gegenüber dem privaten Krankenversicherer erst dann gegeben ist, wenn die Kostenübernahmeerklärung vor der Aufnahme vorliegt; liegt daher eine solche Erklärung nicht vor, so kann sich die klagende Krankenanstalt nur an ihren Vertragspartner, den Patienten, wenden. Sinngemäß wurde dies auch in Punkt A/III/1 vereinbart. Daraus ergibt sich aber zwingend, daß die klagende Anstalt bei einer betraglich eingeschränkten Kostenübernahmeerklärung des privaten Krankenversicherers nur ein Leistungsanspruch im Umfang der von ihm gemachten Zusage zusteht. Soweit keine Kostenübernahmeerklärung oder nur eine eingeschränkte vorliegt, muß sich die Anstalt daher an den Patienten wenden. Verlangt die Anstalt zuviel, wird der Patient diesem Begehren unter Berufung auf die Vereinbarung begegnen können. Verweigert der private Krankenversicherer zu

Unrecht die Kostenübernahmeerklärung, so kann der Versicherte von ihr Leistung, möglicherweise auch Schadenersatz begehren. Die Rechtsauffassung der klagenden Partei, der private Krankenversicherer dürfe nur bei fehlender Deckung oder bei nicht ausreichender Versicherungssumme die Abgabe einer Kostenübernahmeerklärung zur Gänze oder teilweise verweigern und somit nur Einwendungen erheben, die sich aus dem Versicherungsverhältnis mit seinem Versicherungsnehmer ergeben, ist daher im vorliegenden Vertragswerk nicht gedeckt. Aus letztgenanntem Grund waren auf die Feststellungen über die Deckungsverhältnisse der beklagten Partei mit ihren einzelnen Versicherungsnehmern, die Leistungen der klagenden Partei, die nun eingeklagt werden, in Anspruch genommen haben, entbehrlich und mußten daher auch nicht die einzelnen Versicherungsverträge von ihr vorgelegt werden. Die in der deutschen Literatur (Bruck-Möller-Wriede, VersVG8 VI/2, 433 f) zur Kostenübernahmeerklärung vertretene Auffassung bezieht sich auf den rechtlich anders gelagerten Fall der Vorlage einer klinik card durch den Patienten gegenüber dem Krankenhaus, weil gerade dort der im vorliegenden Vertragswerk generell gemachte Einigungsvorbehalt durch den privaten Krankenversicherer auf ganz bestimmte Einwendungen eingeschränkt wird.

Bei der gegebenen Sachlage war nicht zu erörtern, ob es sich bei der Garantie um einen Vertrag zugunsten Dritter (Patient) handelt und ob dieser Vertrag dem Krankenhaus einen Direktanspruch gegen den Versicherer, der keine Kostenübernahmeerklärung abgegeben hat, gewährt, wenn die Krankenhauskosten vom Patienten nicht hereingebracht werden können.

Der Revision war daher ein Erfolg zu versagen.

Die Kostenentscheidung gründet sich auf die §§ 41 und 50 ZPO.

Anmerkung

E26252

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:OGH0002:1991:0070OB00008.91.0627.000

Dokumentnummer

JJT_19910627_OGH0002_0070OB00008_9100000_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