

TE OGH 2014/12/10 7Ob168/14b

JUSLINE Entscheidung

🕒 Veröffentlicht am 10.12.2014

Kopf

Der Oberste Gerichtshof hat als Revisionsgericht durch die Vizepräsidentin Dr. Huber als Vorsitzende und die Hofrätinnen und Hofräte Dr. Hoch, Dr. Kalivoda, Mag. Dr. Wurdinger und Mag. Malesich als weitere Richter in der Rechtssache der klagenden Partei Gerd D*****, vertreten durch Mag. Helmut Hohl, Rechtsanwalt in Wien, gegen die beklagte Partei U***** ***** AG, *****, vertreten durch Dr. Rudolf Deitzer, Rechtsanwalt in Wien, wegen 5.980 EUR sA, über die Revision der klagenden Partei gegen das Urteil des Handelsgerichts Wien als Berufungsgericht vom 30. Mai 2014, GZ 60 R 94/13y-29, womit das Urteil des Bezirksgerichts für Handelssachen Wien vom 19. August 2013, GZ 15 C 170/12b-25, abgeändert wurde, zu Recht erkannt:

Spruch

Der Revision wird Folge gegeben.

Das angefochtene Urteil wird dahin abgeändert, dass das Urteil des Erstgerichts wiederhergestellt wird.

Die beklagte Partei ist schuldig, der klagenden Partei die mit 2.055,86 EUR (darin enthalten 228,54 EUR an USt und 684,60 EUR an Barauslagen) bestimmten Kosten des Rechtsmittelverfahrens binnen 14 Tagen zu ersetzen.

Text

Entscheidungsgründe:

Der Kläger hat bei der Beklagten einen Krankenhaus-Tagegeldversicherungsvertrag nach dem Tarif QT 46 abgeschlossen, dem die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaus-Tagegeldversicherung 1999 (in Hinkunft AVB) zu Grunde liegen. Deren für das vorliegende Verfahren maßgeblichen Bestimmungen lauten wie folgt:

„ 5.8.) Stationäre Heilbehandlung im Sinne dieser Versicherungsbedingungen ist eine Heilbehandlung im Rahmen eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthalts in sanitätsbehördlich genehmigten Krankenanstalten oder Abteilungen von Krankenanstalten, sofern diese ständige ärztliche Anwesenheit vorsehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, [...]“

5.9.b) Krankenhaus-Tagegeld (bzw Krankenhaus-Ersatztagegeld) für eine stationäre Heilbehandlung im Sinn des Punktes 5.8.) wird in Anstalten (oder Abteilungen von Anstalten) für Nerven- und/oder Geisteskranke (mit Ausnahme deren selbständig geführten Abteilungen für Neurologie und Neurochirurgie) sowie in Anstalten (oder Abteilungen von Anstalten) für Lungen- und TBC-Kranke ab der 5. Behandlungswoche nur insoweit erbracht, als der Versicherer dieses vor Beginn der 5. Behandlungswoche schriftlich zugesagt hat.“

Der Kläger befand sich vom 2. 5. 2011 bis 24. 6. 2011 durchgehend in einer Abteilung einer Anstalt für Nerven- und/oder Geisteskranke. In der 4. Behandlungswoche, am 27. 5. 2011, richtete der Kläger ein Schreiben an die Beklagte und teilte dieser mit, dass eine Therapiedauer von 8 Wochen medizinisch notwendig sei. Auf das bei der

Beklagten am 31. 5. 2011 eingelangte Schreiben reagierte diese vorerst nicht. Erst nach Ende des stationären Aufenthalts richtete die Beklagte ein Schreiben an den Kläger und teilte ihm mit, dass ohne Angabe einer Diagnose eine Überprüfung der Leistungspflicht nicht möglich sei, dass Krankenhaus-Tagegeld ab der 5. Woche nur bei schriftlicher Zusage vor der 5. Behandlungswoche geleistet werde und der übermittelte Befund für eine Bewilligung nicht ausreichend sei. Mit Schreiben vom 8. 8. 2011 lehnte die Beklagte ihre Leistungsverpflichtung ab der 5. Behandlungswoche mit der Begründung ab, dass sie der 4 Wochen übersteigenden Behandlungsdauer nicht schriftlich zugesagt habe.

Der Kläger begehrt die Zahlung von 5.980 EUR sA. Er habe sich im Zeitraum vom 2. 5. 2011 bis 31. 5. 2011 und nahtlos anschließend vom 1. 6. 2011 bis 24. 6. 2011 in stationärer Behandlung befunden. Am 27. 5. 2011 habe er der Beklagten einen ärztlichen Therapiebefund übersendet, aus dem die Notwendigkeit der Therapiedauer von 8 Wochen hervorgegangen sei. Die Beklagte habe nicht reagiert. Auf Grund der ärztlich bestätigten Dringlichkeit habe der Kläger mit der Leistungsübernahme nach Treu und Glauben gerechnet. Die Beklagte könne sich auf die Klausel 5.9.b) der AVB nicht berufen, weil es sich um eine undeutliche Versicherungsklausel handle, die unzulässig und für den Kläger als Verbraucher ungültig sei. Sie lasse es zu, Ansprüche willkürlich dadurch abzulehnen, dass die Beklagte nicht innerhalb der 4. Behandlungswoche reagiere. Die unklare Formulierung gehe nach § 915 ABGB zu Lasten der Beklagten, sie sei auch unwirksam im Sinn des § 6 Abs 3 KSchG. Der Kläger begehrt die Zahlung von 5.980 EUR sA. Er habe sich im Zeitraum vom 2. 5. 2011 bis 31. 5. 2011 und nahtlos anschließend vom 1. 6. 2011 bis 24. 6. 2011 in stationärer Behandlung befunden. Am 27. 5. 2011 habe er der Beklagten einen ärztlichen Therapiebefund übersendet, aus dem die Notwendigkeit der Therapiedauer von 8 Wochen hervorgegangen sei. Die Beklagte habe nicht reagiert. Auf Grund der ärztlich bestätigten Dringlichkeit habe der Kläger mit der Leistungsübernahme nach Treu und Glauben gerechnet. Die Beklagte könne sich auf die Klausel 5.9.b) der AVB nicht berufen, weil es sich um eine undeutliche Versicherungsklausel handle, die unzulässig und für den Kläger als Verbraucher ungültig sei. Sie lasse es zu, Ansprüche willkürlich dadurch abzulehnen, dass die Beklagte nicht innerhalb der 4. Behandlungswoche reagiere. Die unklare Formulierung gehe nach Paragraph 915, ABGB zu Lasten der Beklagten, sie sei auch unwirksam im Sinn des Paragraph 6, Absatz 3, KSchG.

Die Beklagte beantragt die Abweisung des Klagebegehrens. Für die Behandlungsdauer ab der 5. Woche sei sie nur leistungspflichtig, wenn sie dies vor Beginn der 5. Behandlungswoche schriftlich zusage. Eine solche Zusage liege nicht vor.

Das Erstgericht gab dem Klagebegehren statt. Punkt 5.9.b) der AVB sei intransparent, weil keinerlei Kriterien angeführt seien, aus welchen Gründen der Versicherer seine Leistungspflicht ablehnen könne. Für den Konsumenten sei daher nicht vorhersehbar, wann die Versicherungsdeckung ende. Die Bestimmung sei daher unwirksam.

Über Berufung der Beklagten wies das Berufungsgericht das Klagebegehren ab. Nach der Formulierung des Punktes 5.9.b) AVB handle es sich um einen sekundären Risikoausschluss, weil von vornherein nur ausschnittsweise Deckung - und zwar für die Dauer der ersten 4 Wochen - gewährt und nicht ein gegebener Versicherungsschutz wieder entzogen werde. Risikobeschränkende Klauseln besäßen in dem Maß keine Vertragskraft, als deren Verständnis von einem Versicherungsnehmer ohne juristische Vorbildung nicht erwartet werden könne. Maßgebend sei, wie der juristisch nicht gebildete Versicherungsnehmer den Ausschluss nach seinem erkennbaren Zweck verstehen musste. Der erkennbare Sinn und Zweck der Regelung des Punktes 5.9.b) AVB sei, dass der Versicherer das Risiko für länger andauernde stationäre Aufenthalte in bestimmten Anstalten nicht uneingeschränkt tragen wolle. Gerade der Aufenthalt in Anstalten für Nerven- und/oder Geistesranke könne mitunter über einen längeren Zeitraum andauern, wobei eine Besserung des Gesundheitszustands oft überhaupt nicht oder nicht in absehbarer Zeit zu erwarten sei. Hinzu komme, dass die medizinische Indikation derartiger stationärer Heilbehandlungen mitunter - gerade für einen Versicherer - schwer überprüfbar sein könne. Dass der Versicherer unter diesem Gesichtspunkt ein berechtigtes Interesse an einer Risikobeschränkung habe und er derartige Leistungen ohne vorherige Zustimmung nicht für einen Zeitraum von mehr als 4 Wochen übernehme, müsse einem durchschnittlich verständigen Versicherungsnehmer im Hinblick auf die gewählte Formulierung erkennbar sein. Nach dem Wortlaut und dem Zweck der Regelung könne kein Zweifel daran bestehen, dass die Leistung von Krankenhaus-Tagegeld bzw Krankenhaus-Ersatztagegeld für eine stationäre Heilbehandlung in Anstalten (oder Abteilungen von Anstalten) für Nerven- und/oder Geistesranke von der Beklagten ab der 5. Behandlungswoche nur insoweit erbracht werde, als sie dies vor Beginn der 5. Behandlungswoche schriftlich zugesagt habe. Die Klausel sei daher weder unklar noch nach § 6 Abs 3 KSchG intransparent. Über Berufung

der Beklagten wies das Berufungsgericht das Klagebegehren ab. Nach der Formulierung des Punktes 5.9.b) AVB handle es sich um einen sekundären Risikoausschluss, weil von vornherein nur ausschnittsweise Deckung - und zwar für die Dauer der ersten 4 Wochen - gewährt und nicht ein gegebener Versicherungsschutz wieder entzogen werde. Risikobeschränkende Klauseln besäßen in dem Maß keine Vertragskraft, als deren Verständnis von einem Versicherungsnehmer ohne juristische Vorbildung nicht erwartet werden könne. Maßgebend sei, wie der juristisch nicht gebildete Versicherungsnehmer den Ausschluss nach seinem erkennbaren Zweck verstehen musste. Der erkennbare Sinn und Zweck der Regelung des Punktes 5.9.b) AVB sei, dass der Versicherer das Risiko für länger andauernde stationäre Aufenthalte in bestimmten Anstalten nicht uneingeschränkt tragen wolle. Gerade der Aufenthalt in Anstalten für Nerven- und/oder Geistesranke könne mitunter über einen längeren Zeitraum andauern, wobei eine Besserung des Gesundheitszustands oft überhaupt nicht oder nicht in absehbarer Zeit zu erwarten sei. Hinzu komme, dass die medizinische Indikation derartiger stationärer Heilbehandlungen mitunter - gerade für einen Versicherer - schwer überprüfbar sein könne. Dass der Versicherer unter diesem Gesichtspunkt ein berechtigtes Interesse an einer Risikobeschränkung habe und er derartige Leistungen ohne vorherige Zustimmung nicht für einen Zeitraum von mehr als 4 Wochen übernehme, müsse einem durchschnittlich verständigen Versicherungsnehmer im Hinblick auf die gewählte Formulierung erkennbar sein. Nach dem Wortlaut und dem Zweck der Regelung könne kein Zweifel daran bestehen, dass die Leistung von Krankenhaus-Tagegeld bzw Krankenhaus-Ersatztaggeld für eine stationäre Heilbehandlung in Anstalten (oder Abteilungen von Anstalten) für Nerven- und/oder Geistesranke von der Beklagten ab der 5. Behandlungswoche nur insoweit erbracht werde, als sie dies vor Beginn der 5. Behandlungswoche schriftlich zugesagt habe. Die Klausel sei daher weder unklar noch nach Paragraph 6, Absatz 3, KSchG intransparent.

Ob eine derartige Klausel, die ausschließlich auf den zeitlichen Aspekt - nämlich Zustimmung des Versicherers bis zur 5. Behandlungswoche - abstelle, den guten Sitten widerspreche, könne dahingestellt bleiben, weil Sittenwidrigkeit in erster Instanz nicht releviert worden sei. Ebenso könne dahingestellt bleiben, ob die Beklagte zu einer rechtzeitigen Ablehnung verpflichtet gewesen wäre, weil das Schreiben mit dem Ansuchen um Zustimmung des Klägers bei ihr ohnehin erst nach Ablauf der 4. Behandlungswoche eingelangt sei.

Das Berufungsgericht sprach aus, dass die ordentliche Revision zulässig sei, weil sich der Oberste Gerichtshof mit Punkt 5.9.b) der AVB 1999 bisher noch nicht auseinandergesetzt habe.

Gegen dieses Urteil wendet sich die Revision des Klägers mit einem Abänderungsantrag; hilfsweise wird ein Aufhebungsantrag gestellt.

Die Beklagte begehrt, die Revision zurückzuweisen; hilfsweise ihr keine Folge zu geben.

Rechtliche Beurteilung

Die Revision ist aus dem vom Berufungsgericht aufgezeigten Grund zulässig, sie ist auch berechtigt.

1. Allgemeine Versicherungsbedingungen sind nach ständiger Rechtsprechung nach den Grundsätzen der Vertragsauslegung (§§ 914, 915 ABGB) auszulegen, und zwar orientiert am Maßstab des durchschnittlich verständigen Versicherungsnehmers und stets unter Berücksichtigung des erkennbaren Zwecks einer Bestimmung (RIS-Justiz RS0050063; RS0112256 [T10]). Es findet deshalb auch die Unklarheitenregelung des § 915 ABGB Anwendung. Unklarheiten gehen daher zu Lasten der Partei, von der die diesbezüglichen Formulare stammen, das heißt im Regelfall zu Lasten des Versicherers (RIS-Justiz RS0050063 [T3]). Die Klauseln sind, wenn sie nicht Gegenstand und Ergebnis von Vertragsverhandlungen waren, objektiv unter Beschränkung auf den Wortlaut auszulegen (RIS-Justiz RS0008901; 7 Ob 69/13t mwN). 1. Allgemeine Versicherungsbedingungen sind nach ständiger Rechtsprechung nach den Grundsätzen der Vertragsauslegung (Paragraphen 914, 915, ABGB) auszulegen, und zwar orientiert am Maßstab des durchschnittlich verständigen Versicherungsnehmers und stets unter Berücksichtigung des erkennbaren Zwecks einer Bestimmung (RIS-Justiz RS0050063; RS0112256 [T10]). Es findet deshalb auch die Unklarheitenregelung des Paragraph 915, ABGB Anwendung. Unklarheiten gehen daher zu Lasten der Partei, von der die diesbezüglichen Formulare stammen, das heißt im Regelfall zu Lasten des Versicherers (RIS-Justiz RS0050063 [T3]). Die Klauseln sind, wenn sie nicht Gegenstand und Ergebnis von Vertragsverhandlungen waren, objektiv unter Beschränkung auf den Wortlaut auszulegen (RIS-Justiz RS0008901; 7 Ob 69/13t mwN).

2. Die allgemeine Umschreibung des versicherten Risikos erfolgt durch die primäre Risikobegrenzung. Durch sie wird in grundsätzlicher Weise festgelegt, welche Interessen gegen welche Gefahren und für welchen Bedarf versichert sind. Auf der zweiten Ebene (sekundäre Risikobegrenzung) kann durch einen Risikoausschluss ein Stück des von der

primären Risikobegrenzung erfassten Deckungsumfangs ausgenommen und für nicht versichert erklärt werden. Der Zweck liegt darin, dass ein für den Versicherer nicht überschaubares und kalkulierbares Teilrisiko ausgenommen und eine sichere Kalkulation der Prämie ermöglicht werden soll. Mit dem Risikoausschluss begrenzt also der Versicherer von vornherein den Versicherungsschutz, ein bestimmter Gefahrenumstand wird von Anfang an von der versicherten Gefahr ausgenommen (RIS-Justiz RS0080166, RS0080068). Nach der Formulierung stellt Punkt 5.9.b) AVB einen Risikoausschluss dar (zu vergleichbaren Bestimmungen: 7 Ob 231/04h; 7 Ob 179/05g).

3. In seiner Entscheidung 7 Ob 179/05g hat der Oberste Gerichtshof die Nichtigkeit einer vergleichbaren Klausel (§ 5 Abs 9 AVB 1995/Fassung 2002) aus den dort näher ausgeführten Gründen verneint. 3. In seiner Entscheidung 7 Ob 179/05g hat der Oberste Gerichtshof die Nichtigkeit einer vergleichbaren Klausel (Paragraph 5, Absatz 9, AVB 1995/Fassung 2002) aus den dort näher ausgeführten Gründen verneint.

4. Diese Ansicht wird nicht aufrecht erhalten.

4.1. Nach § 6 Abs 3 KSchG ist eine in Allgemeinen Geschäftsbedingungen oder Vertragsformblättern enthaltene Vertragsbestimmung unwirksam, wenn sie unklar oder unvollständig abgefasst ist. Dieses sogenannte Transparenzgebot soll es dem Verbraucher ermöglichen, sich aus den Allgemeinen Geschäftsbedingungen zuverlässig über seine Rechte und Pflichten bei der Vertragsabwicklung zu informieren. Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen müssen so gestaltet sein, dass der Verbraucher durch ihre Lektüre klare und verlässliche Auskunft über seine Rechtsposition erhält (RIS-Justiz RS0115217 [T14]). Insbesondere darf er durch die Formulierung einer Klausel nicht von der Durchsetzung seiner Rechte abgehalten werden. Es soll verhindert werden, dass er über die Rechtsfolgen getäuscht oder dass ihm ein unzutreffendes oder unklares Bild seiner vertraglichen Position vermittelt wird (RIS-Justiz RS0115219 [T1,T43]). 4.1. Nach Paragraph 6, Absatz 3, KSchG ist eine in Allgemeinen Geschäftsbedingungen oder Vertragsformblättern enthaltene Vertragsbestimmung unwirksam, wenn sie unklar oder unvollständig abgefasst ist. Dieses sogenannte Transparenzgebot soll es dem Verbraucher ermöglichen, sich aus den Allgemeinen Geschäftsbedingungen zuverlässig über seine Rechte und Pflichten bei der Vertragsabwicklung zu informieren. Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen müssen so gestaltet sein, dass der Verbraucher durch ihre Lektüre klare und verlässliche Auskunft über seine Rechtsposition erhält (RIS-Justiz RS0115217 [T14]). Insbesondere darf er durch die Formulierung einer Klausel nicht von der Durchsetzung seiner Rechte abgehalten werden. Es soll verhindert werden, dass er über die Rechtsfolgen getäuscht oder dass ihm ein unzutreffendes oder unklares Bild seiner vertraglichen Position vermittelt wird (RIS-Justiz RS0115219 [T1,T43]).

4.2. Richtig ist, dass nach dem Wortlaut der Bestimmung auch für den durchschnittlichen Versicherungsnehmer kein Zweifel bestehen kann, dass Krankenhaus-Tagegeld für eine stationäre Heilbehandlung in Anstalten (oder Abteilungen von Anstalten) für Nerven- und/oder Geistesranke ab der 5. Behandlungswoche nur unter der Voraussetzung zu leisten ist, dass dies von der Beklagten vor Beginn der 5. Behandlungswoche schriftlich zugesagt wurde. Die Bestimmung erweckt auch nicht den Eindruck, dass generell Krankenhausaufenthalte ab der 5. Behandlungswoche gedeckt sind.

4.3. Die Klausel legt aber keine Kriterien für die Erteilung der Zustimmung fest, womit diese in das freie Ermessen des Versicherers gestellt wird. Da unklar bleibt, von welchen Voraussetzungen der Versicherer seine Zustimmung, Versicherungsschutz ab der 5. Behandlungswoche doch zu erteilen, abhängig macht, wird dem Versicherungsnehmer die Tragweite der Bestimmung auch insoweit verschleiert, als die Aufrechterhaltung der Äquivalenz von Risiko und Prämie nicht überprüfbar ist. Die Klausel ist daher intransparent nach § 6 Abs 3 KSchG. 4.3. Die Klausel legt aber keine Kriterien für die Erteilung der Zustimmung fest, womit diese in das freie Ermessen des Versicherers gestellt wird. Da unklar bleibt, von welchen Voraussetzungen der Versicherer seine Zustimmung, Versicherungsschutz ab der 5. Behandlungswoche doch zu erteilen, abhängig macht, wird dem Versicherungsnehmer die Tragweite der Bestimmung auch insoweit verschleiert, als die Aufrechterhaltung der Äquivalenz von Risiko und Prämie nicht überprüfbar ist. Die Klausel ist daher intransparent nach Paragraph 6, Absatz 3, KSchG.

4.4. Der Europäische Gerichtshof hat in mehreren Entscheidungen Verbraucherverträge betreffend ausgesprochen, dass Art 6 Abs 1 der Richtlinie 93/13/EWG des Rates vom 5. 4. 1993 über missbräuchliche Klauseln in Verbraucherverträgen dahin auszulegen ist, dass ein nationales Gericht verpflichtet ist, die Missbräuchlichkeit einer Vertragsklausel von Amts wegen zu prüfen, sobald es über die hierzu erforderlichen rechtlichen und tatsächlichen Grundlagen verfügt (EuGH 4. 6. 2009, Rs C-243/08 Pannon, Slg 2009 I-4713; 16. 11. 2010, Rs C-76/10, Pohotovost,

Slg 2010 I-11557 ua).4.4. Der Europäische Gerichtshof hat in mehreren Entscheidungen Verbraucherverträge betreffend ausgesprochen, dass Artikel 6, Absatz eins, der Richtlinie 93/13/EWG des Rates vom 5. 4. 1993 über missbräuchliche Klauseln in Verbraucherverträgen dahin auszulegen ist, dass ein nationales Gericht verpflichtet ist, die Missbräuchlichkeit einer Vertragsklausel von Amts wegen zu prüfen, sobald es über die hierzu erforderlichen rechtlichen und tatsächlichen Grundlagen verfügt (EuGH 4. 6. 2009, Rs C-243/08 Pannon, Slg 2009 I-4713; 16. 11. 2010, Rs C-76/10, Pohotovost, Slg 2010 I-11557 ua).

4.5. Nach § 879 Abs 3 ABGB ist eine in Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) oder Vertragsformblättern enthaltene Vertragsbestimmung, die nicht eine der beiderseitigen Hauptleistungen festlegt, jedenfalls nichtig, wenn sie unter Berücksichtigung aller Umstände des Falls einen Teil gröblich benachteiligt. Der Ausdruck „Hauptleistung“ ist möglichst eng zu verstehen. Nur Leistungsbeschreibungen, die Art, Umfang und Güte der geschuldeten Leistung festlegen, sollen der Inhaltskontrolle unterzogen sein, nicht jedoch Klauseln, die - wie hier - das eigentliche Leistungsversprechen einschränken, verändern oder aushöhlen (7 Ob 190/14p mwN). Die durch das KSchG eingeführte Bestimmung dient nach dem Willen des Gesetzgebers der Verhinderung unfairer Vertragsbestimmungen und soll in der Regel schwächere Vertragsparteien gegen einen Missbrauch der Privatautonomie durch einen typischerweise überlegenen Vertragspartner schützen. Nach den Gesetzesmaterialien treffen bei den in AGB und Vertragsformblättern enthaltenen Klauseln über Nebenbestimmungen des Vertrags häufig zwei Momente aufeinander: Einerseits die objektive Unbilligkeit solcher Bestimmungen infolge einseitiger Verschiebung des vom Gesetz vorgesehenen Interessenausgleichs durch den Vertragsverfasser zum Nachteil seines Partners und andererseits die sogenannte „verdünnte Willensfreiheit“ bei diesem Vertragspartner, durch die dieser den Vertragsbestandteil zum Inhalt seiner Erklärung macht, den er nicht wirklich will. Bei der in einem sogenannten „beweglichen System“ vorzunehmenden Beurteilung, ob eine in AGB oder in einem Vertragsformblatt enthaltene Bestimmung eine „gröbliche“ Benachteiligung des Vertragspartners bewirkt, hat sich der Rechtsanwender am dispositiven Recht „als Leitbild eines ausgewogenen und gerechten Interessenausgleichs“ zu orientieren (RIS-Justiz RS0014676). Nach ständiger Rechtsprechung können Abweichungen vom dispositiven Recht unter Umständen schon dann eine gröbliche Benachteiligung sein, wenn sich dafür keine sachliche Rechtfertigung ins Treffen führen lässt, jedenfalls aber dann, wenn die dem Vertragspartner zugedachte Rechtsposition in einem auffallenden Missverhältnis zur vergleichbaren Rechtsposition des anderen steht (RIS-Justiz RS0016914). Die Beurteilung, ob die Abweichung von der für den Durchschnittsfall getroffenen Norm sachlich gerechtfertigt ist, erfordert damit eine umfassende, die Umstände des Einzelfalls berücksichtigende Interessensabwägung, bezogen auf den Zeitpunkt des Vertragsabschlusses (7 Ob 154/13t mwN).

4.5. Nach Paragraph 879, Absatz 3, ABGB ist eine in Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) oder Vertragsformblättern enthaltene Vertragsbestimmung, die nicht eine der beiderseitigen Hauptleistungen festlegt, jedenfalls nichtig, wenn sie unter Berücksichtigung aller Umstände des Falls einen Teil gröblich benachteiligt. Der Ausdruck „Hauptleistung“ ist möglichst eng zu verstehen. Nur Leistungsbeschreibungen, die Art, Umfang und Güte der geschuldeten Leistung festlegen, sollen der Inhaltskontrolle unterzogen sein, nicht jedoch Klauseln, die - wie hier - das eigentliche Leistungsversprechen einschränken, verändern oder aushöhlen (7 Ob 190/14p mwN). Die durch das KSchG eingeführte Bestimmung dient nach dem Willen des Gesetzgebers der Verhinderung unfairer Vertragsbestimmungen und soll in der Regel schwächere Vertragsparteien gegen einen Missbrauch der Privatautonomie durch einen typischerweise überlegenen Vertragspartner schützen. Nach den Gesetzesmaterialien treffen bei den in AGB und Vertragsformblättern enthaltenen Klauseln über Nebenbestimmungen des Vertrags häufig zwei Momente aufeinander: Einerseits die objektive Unbilligkeit solcher Bestimmungen infolge einseitiger Verschiebung des vom Gesetz vorgesehenen Interessenausgleichs durch den Vertragsverfasser zum Nachteil seines Partners und andererseits die sogenannte „verdünnte Willensfreiheit“ bei diesem Vertragspartner, durch die dieser den Vertragsbestandteil zum Inhalt seiner Erklärung macht, den er nicht wirklich will. Bei der in einem sogenannten „beweglichen System“ vorzunehmenden Beurteilung, ob eine in AGB oder in einem Vertragsformblatt enthaltene Bestimmung eine „gröbliche“ Benachteiligung des Vertragspartners bewirkt, hat sich der Rechtsanwender am dispositiven Recht „als Leitbild eines ausgewogenen und gerechten Interessenausgleichs“ zu orientieren (RIS-Justiz RS0014676). Nach ständiger Rechtsprechung können Abweichungen vom dispositiven Recht unter Umständen schon dann eine gröbliche Benachteiligung sein, wenn sich dafür keine sachliche Rechtfertigung ins Treffen führen lässt, jedenfalls aber dann, wenn die dem Vertragspartner zugedachte Rechtsposition in einem auffallenden Missverhältnis zur vergleichbaren Rechtsposition des anderen steht

(RIS-Justiz RS0016914). Die Beurteilung, ob die Abweichung von der für den Durchschnittsfall getroffenen Norm sachlich gerechtfertigt ist, erfordert damit eine umfassende, die Umstände des Einzelfalls berücksichtigende Interessensabwägung, bezogen auf den Zeitpunkt des Vertragsabschlusses (7 Ob 154/13t mwN).

Selbst wenn man davon ausgeht, dass das Risiko des Versicherers für den Aufenthalt des Versicherungsnehmers in Anstalten für Nerven- und/oder Geisteskranke weniger kalkulierbar ist als ein Aufenthalt in einer Krankenanstalt zur Behandlung physischer Krankheiten oder Unfallfolgen und dass die medizinische Indikation derartiger stationärer Heilbehandlungen nachträglich mitunter schwer überprüfbar sein kann, so ist die Bestimmung, die Leistungen von der vorherigen - nicht näher determinierten - Zusage des Versicherers abhängig macht, doch auch gröblich benachteiligend nach § 879 Abs 3 ABGB. Dadurch, dass die Zustimmung an keine Voraussetzungen gebunden ist und damit letztlich in der Willkür des Versicherers liegt, wird dem Versicherungsnehmer die Möglichkeit genommen, gegen die Versagung der Zustimmung vorzugehen, womit die Rechtsposition des Versicherungsnehmers im auffallenden und sachlich nicht zu rechtfertigenden Missverhältnis zur Rechtsposition des Versicherers steht. Selbst wenn man davon ausgeht, dass das Risiko des Versicherers für den Aufenthalt des Versicherungsnehmers in Anstalten für Nerven- und/oder Geisteskranke weniger kalkulierbar ist als ein Aufenthalt in einer Krankenanstalt zur Behandlung physischer Krankheiten oder Unfallfolgen und dass die medizinische Indikation derartiger stationärer Heilbehandlungen nachträglich mitunter schwer überprüfbar sein kann, so ist die Bestimmung, die Leistungen von der vorherigen - nicht näher determinierten - Zusage des Versicherers abhängig macht, doch auch gröblich benachteiligend nach Paragraph 879, Absatz 3, ABGB. Dadurch, dass die Zustimmung an keine Voraussetzungen gebunden ist und damit letztlich in der Willkür des Versicherers liegt, wird dem Versicherungsnehmer die Möglichkeit genommen, gegen die Versagung der Zustimmung vorzugehen, womit die Rechtsposition des Versicherungsnehmers im auffallenden und sachlich nicht zu rechtfertigenden Missverhältnis zur Rechtsposition des Versicherers steht.

5. Die Kostenentscheidung gründet sich auf die §§ 41, 50 ZPO. 5. Die Kostenentscheidung gründet sich auf die Paragraphen 41, 50, ZPO.

Schlagworte

1 Generalabonnement, 9 Vertragsversicherungsrecht

Textnummer

E109860

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:OGH0002:2014:0070OB00168.14B.1210.000

Im RIS seit

17.02.2015

Zuletzt aktualisiert am

04.12.2017

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