

TE OGH 2007/12/12 7Ob202/07t

JUSLINE Entscheidung

🕒 Veröffentlicht am 12.12.2007

Kopf

Der Oberste Gerichtshof hat als Revisionsgericht durch die Senatspräsidentin des Obersten Gerichtshofes Dr. Huber als Vorsitzende und die Hofräte des Obersten Gerichtshofes Hon.-Prof. Dr. Danzl, Dr. Schaumüller, Dr. Hoch und Dr. Kalivoda als weitere Richter in der Rechtssache der klagenden Partei W***** Versicherungs-Aktiengesellschaft, ***** vertreten durch Raits Ebner Rechtsanwälte GmbH in Salzburg, gegen die beklagte Partei Gebhard S*****, vertreten durch DDr. Franz Watschinger, Rechtsanwalt in Innsbruck, wegen EUR 4.592 sA, über die Revision der beklagten Partei gegen das Urteil des Landesgerichtes Salzburg als Berufungsgericht vom 4. Mai 2007, GZ 22 R 29/07d-12, womit das Urteil des Bezirksgerichtes Saalfelden vom 24. November 2006, GZ 3 C 355/06t-8, bestätigt wurde, den Beschluss

gefasst:

Spruch

Der Revision wird Folge gegeben.

Die Entscheidungen der Vorinstanzen werden aufgehoben. Die Rechtssache wird zur neuerlichen Verhandlung und Entscheidung an das Erstgericht zurückverwiesen.

Die Kosten des Berufungs- und Revisionsverfahrens bilden weitere Verfahrenskosten.

Text

Begründung:

Zwischen den Parteien besteht eine Unfall-Vorsorge-Versicherung, der die Bedingungen für die Unfallversicherung (UVB 2002 U102), die Bedingungen für die Unfall-Notfall Leistungen im Rahmen der Unfallversicherung (107) und das Formblatt „Wichtige Hinweise“ zugrunde liegen.

Art B.18 der UVB 2002 U102 (in der Folge UVB 2002) lautet:

Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommission)

1. Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheit oder Gebrechen sowie entscheidet die Ärztekommision.
2. In den nach Punkt 1 der Ärztekommision zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten kann der Versicherungsnehmer innerhalb von 6 Monaten nach Zugang der Erklärung des Versicherers gemäß Art B.17 Pkt. 1. unter Bekanntgabe seiner Forderung Widerspruch erheben und die Entscheidung der Ärztekommision beantragen.
3. Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen, steht auch dem Versicherer zu.

4. Für die Ärztekommision bestimmen Versicherer und Versicherungsnehmer je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt. Wenn ein Vertragsteil innerhalb zweier Wochen nach schriftlicher Aufforderung keinen Arzt benennt, wird dieser von der für den Wohnsitz des Versicherten zuständigen Ärztekammer bestellt. Die beiden Ärzte bestellen einvernehmlich vor Beginn ihrer Tätigkeit einen weiteren Arzt als Obmann, der für den Fall, dass sie sich nicht oder nur zum Teil einigen sollten, im Rahmen der durch die Gutachten der beiden Ärzte gegebenen Grenzen entscheidet.

Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Obmannes nicht, wird ein für den Versicherungsfall zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die für den Wohnsitz des Versicherten zuständige Ärztekammer als Obmann bestellt.

5. Der Versicherte ist verpflichtet, sich von den Ärzten der Ärztekommision untersuchen zu lassen und sich jenen Maßnahmen zu unterziehen, die diese Ärztekommision für notwendig hält.

6. Die Ärztekommision hat über ihre Tätigkeit ein Protokoll zu führen, in diesem ist die Entscheidung schriftlich zu begründen.

7. Die Kosten der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens vom Versicherer und Versicherungsnehmer zu tragen. Im Fall des Art B.1 Pkt. 6. trägt die Kosten, wer die Neufeststellung verlangt hat."

Der Beklagte erlitt am 12. 3. 2003 am rechten Knie und am rechten Ellenbogen bei einem Unfall Verletzungen. Der von der Klägerin beauftragte Sachverständige bewertete in seinem Gutachten die durch den Unfall eingetretene dauerhafte Invalidität des Beklagten mit 5 % vom gesamten Beinwert von 70 %, somit mit 3,5 % der gesamten Versicherungssumme. Laut Gutachten ist die Ellenbogenprellung folgenlos ausgeheilt. Die Klägerin bezahlte an den Beklagten dementsprechend EUR 12.740. Der Beklagte teilte mit, dass er mit der Invaliditätseinschätzung des Sachverständigen nicht einverstanden sei und beantragte am 21. 6. 2006 die Einberufung der Ärztekommision gemäß Art B.18 der UVB 2002 und berief einen Arzt in die Kommission. Die Klägerin berief den bereits für sie tätig gewesenen Sachverständigen in die Kommission. Es wurde ein Obmann bestellt. Die Kommission schloss sich letztlich der Einschätzung des Sachverständigen der Klägerin an. Die Gebühren der Ärztekommision wurden mit EUR 6.167 bestimmt. Sowohl das Honorar des Obmanns als auch des von der Klägerin namhaft gemachten Sachverständigen bezahlte die Klägerin, weil der Beklagte ihrer Aufforderung, die Honorarnoten im Sinne des Art B.18 Punkt 7. UVB 2002 direkt an die Ärzte zu bezahlen, nicht nachgekommen war.

Die Klägerin begehrt nun den Ersatz der von ihr an die Mitglieder der Ärztekommision bezahlten Beträge.

Der Beklagte beantragt die Abweisung des Klagebegehrens. Die Vertragsklausel B.18 Pkt. 7. UVB 2002 verstoße gegen §§ 864a, 879 Abs 3 ABGB. Die Vertragsbestimmung sei für den Beklagten nachteilig, weil er dadurch gezwungen sei, vor gerichtlicher Geltendmachung seiner Ansprüche das Verfahren der Ärztekommision zu durchlaufen. Wenn in diesem Verfahren die begehrte Höhe des Anspruches abgewiesen werde, so habe der Beklagte Kosten zu tragen, die über die Kosten eines Rechtsstreites hinausgingen. Der Beklagte habe mit einer solchen Klausel keineswegs rechnen müssen, weil sie zur Tragung von erheblichen Kosten führen könne, die einem Versicherungsnehmer bei Vertragsabschluss nicht klar gewesen seien. Die Klausel sei auch ungewöhnlichen Inhalts, weil die Kostentragungspflicht in keinem Verhältnis zum Streitbetrag stehe. In Fällen, in denen ein relativ geringer Betrag strittig sei, wirke die Klausel auf jeden Fall prohibitiv, weil für den Versicherungsnehmer die Geltendmachung seiner Ansprüche mit erheblichen Risiken verbunden sei. Ein weiteres Indiz für die Unwirksamkeit der Klausel sei, dass keine österreichische Unfallversicherung in ihren Versicherungsbedingungen die Kostentragungspflicht des Versicherungsnehmers in unbegrenzter Höhe vorsehe. Auch der Versicherungsverband Österreich empfehle in seinen Musterbedingungen, den Betrag zu begrenzen. Die Klausel sei rechtswidrig, was zum gänzlichen Entfall der Bestimmung über die Kostentragung des Ärztekommisionsverfahrens führe und den Beklagten von jeglicher Zahlungsverpflichtung befreie. Der Beklagte beantragt die Abweisung des Klagebegehrens. Die Vertragsklausel B.18 Pkt. 7. UVB 2002 verstoße gegen Paragraphen 864 a,, 879 Absatz 3, ABGB. Die Vertragsbestimmung sei für den Beklagten nachteilig, weil er dadurch gezwungen sei, vor gerichtlicher Geltendmachung seiner Ansprüche das Verfahren der Ärztekommision zu durchlaufen. Wenn in diesem Verfahren die begehrte Höhe des Anspruches abgewiesen werde, so habe der Beklagte Kosten zu tragen, die über die Kosten eines Rechtsstreites hinausgingen. Der Beklagte habe mit einer solchen Klausel keineswegs rechnen müssen, weil sie zur Tragung von erheblichen Kosten führen könne, die einem Versicherungsnehmer bei Vertragsabschluss nicht klar

gewesen seien. Die Klausel sei auch ungewöhnlichen Inhalts, weil die Kostentragungspflicht in keinem Verhältnis zum Streitbetrag stehe. In Fällen, in denen ein relativ geringer Betrag strittig sei, wirke die Klausel auf jeden Fall prohibitiv, weil für den Versicherungsnehmer die Geltendmachung seiner Ansprüche mit erheblichen Risiken verbunden sei. Ein weiteres Indiz für die Unwirksamkeit der Klausel sei, dass keine österreichische Unfallversicherung in ihren Versicherungsbedingungen die Kostentragungspflicht des Versicherungsnehmers in unbegrenzter Höhe vorsehe. Auch der Versicherungsverband Österreich empfehle in seinen Musterbedingungen, den Betrag zu begrenzen. Die Klausel sei rechtswidrig, was zum gänzlichen Entfall der Bestimmung über die Kostentragung des Ärztekommismissionsverfahrens führe und den Beklagten von jeglicher Zahlungsverpflichtung befreie.

Das Erstgericht gab dem Klagebegehren statt. Nach den Bedingungen sei nur ein fakultatives Schiedsverfahren vorgesehen. Es sei dem Beklagten von Anfang an offen gestanden, sofort den Zivilrechtsweg zu beschreiten. Eine Benachteiligung einer Vertragsseite, wie sie von § 879 Abs 3 ABGB gefordert werde, sei nicht zu erblicken. Auch wenn sich in den Musterbedingungen für die Unfallversicherung des Versicherungsverbandes Österreich eine Empfehlung zur Begrenzung des vom Versicherungsnehmer zu bezahlenden Betrages ergebe, bestehe dennoch weder nach dem Gesetz noch nach dem Grundsatz der guten Sitten eine Verpflichtung dazu. Durch den Wortlaut der Bedingung sei für den Beklagten klar ersichtlich gewesen, dass das Verfahren nicht zwingend vorgeschrieben worden sei. Wenn er sich dennoch für dieses Verfahren entscheide, so sei es ihm auch zuzumuten, sich über die möglichen Kosten eines solchen Verfahrens vorab zu informieren. Die Kostentragungsregel hätte auch zum Nachteil des Versicherers ausschlagen können, wenn die Ärztekommision zu einem anderen Ergebnis gekommen wäre. Dasselbe Prinzip der Kostentragung bestehe auch im Zivilprozess. Die Bestimmung sei auch nicht an ungewöhnlicher Stelle zu finden. Der Beklagte habe sich selbst auf die Klausel berufen, als er die Einsetzung der Ärztekommision beantragt habe. Er sei zur Bezahlung des Klagsbetrages zu verpflichten. Das Erstgericht gab dem Klagebegehren statt. Nach den Bedingungen sei nur ein fakultatives Schiedsverfahren vorgesehen. Es sei dem Beklagten von Anfang an offen gestanden, sofort den Zivilrechtsweg zu beschreiten. Eine Benachteiligung einer Vertragsseite, wie sie von Paragraph 879, Absatz 3, ABGB gefordert werde, sei nicht zu erblicken. Auch wenn sich in den Musterbedingungen für die Unfallversicherung des Versicherungsverbandes Österreich eine Empfehlung zur Begrenzung des vom Versicherungsnehmer zu bezahlenden Betrages ergebe, bestehe dennoch weder nach dem Gesetz noch nach dem Grundsatz der guten Sitten eine Verpflichtung dazu. Durch den Wortlaut der Bedingung sei für den Beklagten klar ersichtlich gewesen, dass das Verfahren nicht zwingend vorgeschrieben worden sei. Wenn er sich dennoch für dieses Verfahren entscheide, so sei es ihm auch zuzumuten, sich über die möglichen Kosten eines solchen Verfahrens vorab zu informieren. Die Kostentragungsregel hätte auch zum Nachteil des Versicherers ausschlagen können, wenn die Ärztekommision zu einem anderen Ergebnis gekommen wäre. Dasselbe Prinzip der Kostentragung bestehe auch im Zivilprozess. Die Bestimmung sei auch nicht an ungewöhnlicher Stelle zu finden. Der Beklagte habe sich selbst auf die Klausel berufen, als er die Einsetzung der Ärztekommision beantragt habe. Er sei zur Bezahlung des Klagsbetrages zu verpflichten.

Das Berufungsgericht bestätigte das angefochtene Urteil und schloss sich der Rechtsmeinung des Erstgerichtes an. Die Empfehlung des Österreichischen Versicherungsverbandes, eine Kostentragungspflicht zu begrenzen, mache die Klausel über die Kostentragung noch nicht zu einer Bestimmung ungewöhnlichen Inhaltes. Mit einem Ärztekommismissionsverfahren sei regelmäßig eine Kostenregelung verbunden. Ein Vorbringen, dass sämtliche bekannte Versicherungsanstalten in Österreich die streitgegenständliche Klausel nicht verwendeten, sei im erstinstanzlichen Verfahren nicht erstattet worden, weshalb die Unterlassung entsprechender - wenn auch aufgrund von Beweisergebnissen möglicher - Feststellungen keinen Verfahrensmangel darstellte. Eine übermächtige Einflussmöglichkeit der Versicherungsanstalt auf die Auswahl der Gutachter im Ärztekommismissionsverfahren liege nicht vor, da jede Partei einen Gutachter bestelle. Die Kostentragungspflicht entspreche dem jeweiligen Obsiegen und sei auch für den Zivilprozess so geregelt. Im Hinblick darauf, dass das schiedsgerichtliche Verfahren fakultativ sei, sei von einer Benachteiligung im Sinn des § 864a ABGB nicht zu sprechen, ebenso wenig von einer Sittenwidrigkeit im Sinn des § 879 Abs 3 ABGB. Das Berufungsgericht bestätigte das angefochtene Urteil und schloss sich der Rechtsmeinung des Erstgerichtes an. Die Empfehlung des Österreichischen Versicherungsverbandes, eine Kostentragungspflicht zu begrenzen, mache die Klausel über die Kostentragung noch nicht zu einer Bestimmung ungewöhnlichen Inhaltes. Mit einem Ärztekommismissionsverfahren sei regelmäßig eine Kostenregelung verbunden. Ein Vorbringen, dass sämtliche bekannte Versicherungsanstalten in Österreich die streitgegenständliche Klausel nicht verwendeten, sei im erstinstanzlichen Verfahren nicht erstattet worden, weshalb die Unterlassung entsprechender - wenn auch aufgrund von Beweisergebnissen möglicher - Feststellungen keinen Verfahrensmangel darstellte. Eine übermächtige

Einflussmöglichkeit der Versicherungsanstalt auf die Auswahl der Gutachter im Ärztekommisssionsverfahren liege nicht vor, da jede Partei einen Gutachter bestelle. Die Kostentragungspflicht entspreche dem jeweiligen Obsiegen und sei auch für den Zivilprozess so geregelt. Im Hinblick darauf, dass das schiedsgerichtliche Verfahren fakultativ sei, sei von einer Benachteiligung im Sinn des Paragraph 864 a, ABGB nicht zu sprechen, ebensowenig von einer Sittenwidrigkeit im Sinn des Paragraph 879, Absatz 3, ABGB.

Das Berufungsgericht sprach aus, dass die ordentliche Revision zulässig sei, weil zur Frage, ob das gänzliche Fehlen einer Kostendeckelung bei der Tragung der Kosten eines fakultativen Ärztekommisssionsverfahrens eine unzulässige gröbliche Benachteiligung des Versicherungsnehmers darstelle, oberstgerichtliche Rechtsprechung fehle.

Dagegen richtet sich die Revision des Beklagten mit einem Abänderungsantrag, hilfsweise wird ein Aufhebungsantrag gestellt.

Die Klägerin beantragt, der Revision nicht Folge zu geben.

Rechtliche Beurteilung

Die Revision ist zulässig, sie ist auch im Sinn des Aufhebungsantrages berechtigt.

Zu Recht verweist die Revision darauf, dass dem Berufungsgericht eine Aktenwidrigkeit unterlaufen ist. Das Berufungsgericht meinte nämlich, es müsse sich deshalb nicht mit dem in der Berufung des Beklagten behaupteten sekundären Feststellungsmangel auseinandersetzen, weil dieser im erstinstanzlichen Verfahren nicht vorgebracht habe, dass sämtliche bekannte Unfallversicherungsanstalten in Österreich eine Klausel, nach der eine unbegrenzte Kostentragungspflicht des Versicherungsnehmers vorgesehen sei, nicht verwenden. Der Beklagte hat aber im erstinstanzlichen Verfahren in seinem Schriftsatz vom 16. 10. 2006 ausdrücklich vorgebracht, dass keine österreichische Unfallversicherung in ihren Versicherungsbedingungen die Kostentragungspflicht des Versicherungsnehmers in unbegrenzter Höhe vorsehe und auch der Versicherungsverband Österreich in seinen Musterbedingungen empfehle, den Betrag zu begrenzen. Damit hat der Beklagte ausreichend eine Vertragsstille behauptet und dazu auch Beweismittel angeboten. Dies ist aber - wie sich aus dem Nachfolgenden ergibt - nicht entscheidungsrelevant.

Der Beklagte stützt seine Einwände ausschließlich auf §§ 879 Abs 3 und 864a ABGB. Der Beklagte stützt seine Einwände ausschließlich auf Paragraphen 879, Absatz 3 und 864a ABGB.

Für die Unfallversicherung ist gesetzlich geregelt, dass der Versicherer dem Versicherungsnehmer insoweit die Kosten, welche durch die Ermittlung und Feststellung des Unfalles sowie des Umfanges der Leistungspflicht des Versicherers entstehen, zu ersetzen hat, als ihre Aufwendung den Umständen nach geboten war. Die Aufwendung welcher Kosten geboten war, richtet sich nach objektiven Kriterien (Voit/Knappmann in Prölss/Martin, VVG27, § 66, Rn 11). Die beanstandete Klausel berührt die gesetzliche Regelung nicht, weil die aufgewendeten Kosten für die Ärztekommision nicht objektiv geboten sind, wenn sie zu keiner Abänderung der vom Versicherer vorgenommenen Einschätzung geführt hat und - wie hier - keine Umstände vorgebracht wurden, aus denen sich ergeben könnte, es wäre im Einzelfall dennoch objektiv geboten gewesen, die Entscheidung des Versicherers durch eine Ärztekommision wegen einer besonderen Verdachtslage überprüfen zu lassen. Für die Unfallversicherung ist gesetzlich geregelt, dass der Versicherer dem Versicherungsnehmer insoweit die Kosten, welche durch die Ermittlung und Feststellung des Unfalles sowie des Umfanges der Leistungspflicht des Versicherers entstehen, zu ersetzen hat, als ihre Aufwendung den Umständen nach geboten war. Die Aufwendung welcher Kosten geboten war, richtet sich nach objektiven Kriterien (Voit/Knappmann in Prölss/Martin, VVG27, Paragraph 66,, Rn 11). Die beanstandete Klausel berührt die gesetzliche Regelung nicht, weil die aufgewendeten Kosten für die Ärztekommision nicht objektiv geboten sind, wenn sie zu keiner Abänderung der vom Versicherer vorgenommenen Einschätzung geführt hat und - wie hier - keine Umstände vorgebracht wurden, aus denen sich ergeben könnte, es wäre im Einzelfall dennoch objektiv geboten gewesen, die Entscheidung des Versicherers durch eine Ärztekommision wegen einer besonderen Verdachtslage überprüfen zu lassen.

Eine in Allgemeinen Geschäftsbedingungen oder Vertragsformblättern enthaltene Vertragsbestimmung, die nicht eine der beiderseitigen Hauptleistungen festlegt, ist jedenfalls nichtig, wenn sie unter Berücksichtigung aller Umstände des Falles einen Teil gröblich benachteiligt (§ 879 Abs 3 ABGB). Durch diese Bestimmung wurde - wie in den einschlägigen Entscheidungen formuliert wird - ein eine objektive Äquivalenzstörung und „verdünnte Willensfreiheit“ berücksichtigendes „bewegliches System“ geschaffen (RIS-Justiz RS0016914). Bei der Angemessenheitskontrolle ist

objektiv auf den Zeitpunkt des Vertragsabschlusses abzustellen. Für diesen Zeitpunkt ist eine umfassende, die Umstände des Einzelfalls berücksichtigende Interessenprüfung vorzunehmen (RIS-Justiz RS0016913). Es soll der Missbrauch der Privatautonomie durch das Aufdrängen benachteiligender Nebenbestimmungen verhindert werden. Eine gröbliche Benachteiligung ist schon dann anzunehmen, wenn die dem Vertragspartner zugedachte Rechtsposition in auffallendem Missverhältnis zur vergleichbaren Rechtsposition des anderen steht, wenn also keine sachlich berechnete Abweichung von der für den Durchschnittsfall getroffenen Norm des nachgiebigen Rechts vorliegt (7 Ob 78/06f; RIS-Justiz RS0016914). Eine in Allgemeinen Geschäftsbedingungen oder Vertragsformblättern enthaltene Vertragsbestimmung, die nicht eine der beiderseitigen Hauptleistungen festlegt, ist jedenfalls nichtig, wenn sie unter Berücksichtigung aller Umstände des Falles einen Teil gröblich benachteiligt (Paragraph 879, Absatz 3, ABGB). Durch diese Bestimmung wurde - wie in den einschlägigen Entscheidungen formuliert wird - ein objektives Äquivalenzstörungs- und „verdünnte Willensfreiheit“ berücksichtigendes „bewegliches System“ geschaffen (RIS-Justiz RS0016914). Bei der Angemessenheitskontrolle ist objektiv auf den Zeitpunkt des Vertragsabschlusses abzustellen. Für diesen Zeitpunkt ist eine umfassende, die Umstände des Einzelfalls berücksichtigende Interessenprüfung vorzunehmen (RIS-Justiz RS0016913). Es soll der Missbrauch der Privatautonomie durch das Aufdrängen benachteiligender Nebenbestimmungen verhindert werden. Eine gröbliche Benachteiligung ist schon dann anzunehmen, wenn die dem Vertragspartner zugedachte Rechtsposition in auffallendem Missverhältnis zur vergleichbaren Rechtsposition des anderen steht, wenn also keine sachlich berechnete Abweichung von der für den Durchschnittsfall getroffenen Norm des nachgiebigen Rechts vorliegt (7 Ob 78/06f; RIS-Justiz RS0016914).

Zutreffend wird vom Beklagten im Rechtsmittelverfahren nicht mehr bestritten, dass die Anrufung der Ärztekommision nach der vorliegenden Bedingungslage nur fakultativ ist (vgl. RIS-Justiz RS0116382). Der Versicherungsnehmer kann entscheiden, ob er die Ärztekommision anrufen oder seine Ansprüche in einem gerichtlichen Verfahren geltend machen will. Nach dem Text der Klausel hat das Ärztekommisionsverfahren aber auch dann stattzufinden, wenn dies allein der Versicherer beantragt. In diesem Fall könnte sich der Versicherungsnehmer dem Schiedsverfahren nicht entziehen. Es könnte ihm gegen seinen Willen - mit den hier zu beurteilenden Kostenfolgen - aufgezwungen werden. Zutreffend wird vom Beklagten im Rechtsmittelverfahren nicht mehr bestritten, dass die Anrufung der Ärztekommision nach der vorliegenden Bedingungslage nur fakultativ ist (vergleiche RIS-Justiz RS0116382). Der Versicherungsnehmer kann entscheiden, ob er die Ärztekommision anrufen oder seine Ansprüche in einem gerichtlichen Verfahren geltend machen will. Nach dem Text der Klausel hat das Ärztekommisionsverfahren aber auch dann stattzufinden, wenn dies allein der Versicherer beantragt. In diesem Fall könnte sich der Versicherungsnehmer dem Schiedsverfahren nicht entziehen. Es könnte ihm gegen seinen Willen - mit den hier zu beurteilenden Kostenfolgen - aufgezwungen werden.

Die in Art B. 18.7. UVB 2002 vorgesehene Kostenersatzpflicht des Versicherers und des Versicherungsnehmers im Verhältnis ihres Obsiegens entspricht zwar vordergründig den Bestimmungen der ZPO, bei näherer Betrachtung ist dies jedoch nicht der Fall. Im gerichtlichen Verfahren werden die Kosten der Sachverständigen und Rechtsanwälte nach den geltenden Tarifen vom Gericht, im Instanzenzug überprüfbar, bestimmt. Im Ärztekommisionsverfahren bestimmen hingegen die Ärzte ihre Gebühren ohne weitere Überprüfbarkeit durch einen Unbeteiligten selbst, ohne dass zumindest objektive Kriterien festgelegt wären, nach welchen dies zu erfolgen hat. Die im Gerichtsverfahren entstehenden Kosten sind also im Gegensatz zur hier vereinbarten Kostenregel einerseits objektiv durch Tarife vorweg festgelegt und andererseits werden sie vom Gericht, im Instanzenzug überprüfbar, bestimmt. Weiters besteht nur im gerichtlichen Verfahren die Möglichkeit der Gewährung von Verfahrenshilfe. Schließlich fehlt das Korrektiv der Warnpflicht des Sachverständigen im gerichtlichen Verfahren nach § 25 Abs 1 GebAG 1975. Das Fehlen von objektiven Kriterien für die Bemessung der Kosten wiegt im vorliegenden Fall umso schwerer, weil die vom Versicherungsnehmer zu ersetzenden Kosten keiner Begrenzung unterliegen, er sich also völlig ungeschützt der Entscheidung der Ärztekommision über die Höhe der Kosten und letztlich auch implizit über die Kostentragungspflicht ausliefern muss. Die zu erwartenden Kosten sind auch deshalb nicht von vornherein abschätzbar, weil nicht einmal ausdrücklich nur auf die objektiv notwendigen Kosten abgestellt wird. Die in Art B. 18.7. UVB 2002 vorgesehene Kostenersatzpflicht des Versicherers und des Versicherungsnehmers im Verhältnis ihres Obsiegens entspricht zwar vordergründig den Bestimmungen der ZPO, bei näherer Betrachtung ist dies jedoch nicht der Fall. Im gerichtlichen Verfahren werden die Kosten der Sachverständigen und Rechtsanwälte nach den geltenden Tarifen vom Gericht, im Instanzenzug überprüfbar, bestimmt. Im Ärztekommisionsverfahren bestimmen hingegen die Ärzte ihre Gebühren ohne weitere Überprüfbarkeit durch einen Unbeteiligten selbst, ohne dass zumindest

objektive Kriterien festgelegt wären, nach welchen dies zu erfolgen hat. Die im Gerichtsverfahren entstehenden Kosten sind also im Gegensatz zur hier vereinbarten Kostenregel einerseits objektiv durch Tarife vorweg festgelegt und andererseits werden sie vom Gericht, im Instanzenzug überprüfbar, bestimmt. Weiters besteht nur im gerichtlichen Verfahren die Möglichkeit der Gewährung von Verfahrenshilfe. Schließlich fehlt das Korrektiv der Warnpflicht des Sachverständigen im gerichtlichen Verfahren nach Paragraph 25, Absatz eins, GebAG 1975. Das Fehlen von objektiven Kriterien für die Bemessung der Kosten wiegt im vorliegenden Fall umso schwerer, weil die vom Versicherungsnehmer zu ersetzenden Kosten keiner Begrenzung unterliegen, er sich also völlig ungeschützt der Entscheidung der Ärztekommision über die Höhe der Kosten und letztlich auch implizit über die Kostentragungspflicht ausliefern muss. Die zu erwartenden Kosten sind auch deshalb nicht von vornherein abschätzbar, weil nicht einmal ausdrücklich nur auf die objektiv notwendigen Kosten abgestellt wird.

Weiters ist in der Klausel keine Vorsorge für den Fall getroffen worden, dass die vom Schiedsgericht getroffenen Feststellungen nach § 184 Abs 1 VersVG nicht verbindlich sind, wenn sie also offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweichen. Auch in diesem Fall müsste nämlich der Versicherungsnehmer, der allenfalls vor Gericht obsiegt, aufgrund der vereinbarten Klausel dennoch die Kosten der Ärztekommision im Verhältnis des Obsiegens nach der (erheblich unrichtigen) Entscheidung der Ärztekommision tragen, obwohl letztlich der Versicherer unterliegt. Dies würde aber dem § 66 VersVG widersprechen. Weiters ist in der Klausel keine Vorsorge für den Fall getroffen worden, dass die vom Schiedsgericht getroffenen Feststellungen nach Paragraph 184, Absatz eins, VersVG nicht verbindlich sind, wenn sie also offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweichen. Auch in diesem Fall müsste nämlich der Versicherungsnehmer, der allenfalls vor Gericht obsiegt, aufgrund der vereinbarten Klausel dennoch die Kosten der Ärztekommision im Verhältnis des Obsiegens nach der (erheblich unrichtigen) Entscheidung der Ärztekommision tragen, obwohl letztlich der Versicherer unterliegt. Dies würde aber dem Paragraph 66, VersVG widersprechen.

Die in der Klausel B. 18.7. UVB 2002 vom Versicherer in die Allgemeinen Geschäftsbedingungen aufgenommene unbegrenzte Kostentragungspflicht ist also für den Versicherungsnehmer gröblich benachteiligend nach § 879 Abs 3 ABGB und damit nichtig, weil sie dessen Rechtsposition zu seinem Nachteil gegenüber der gerichtlichen Durchsetzung ohne sachlichen Grund verschlechtert. Die in der Klausel B. 18.7. UVB 2002 vom Versicherer in die Allgemeinen Geschäftsbedingungen aufgenommene unbegrenzte Kostentragungspflicht ist also für den Versicherungsnehmer gröblich benachteiligend nach Paragraph 879, Absatz 3, ABGB und damit nichtig, weil sie dessen Rechtsposition zu seinem Nachteil gegenüber der gerichtlichen Durchsetzung ohne sachlichen Grund verschlechtert.

Das hat aber - im Gegensatz der Rechtsmeinung des Beklagten - nicht zur Folge, dass die Kostenersatzpflicht des Beklagten ohne weiteres entfällt.

Aus dem Vertrag ist nämlich klar, dass die Parteien eine Kostenersatzpflicht entsprechend dem Obsiegen und Unterliegen im Ärzteschiedsverfahren vereinbaren wollten. Fällt nun die unbeschränkte Kostenersatzpflicht weg, so ist eine Vertragsanpassung nach den allgemeinen Regeln der Vertragsinterpretationen und Vertragsergänzung vorzunehmen. Die Frage nach dem hypothetischen Parteiwillen hat sich daran zu orientieren, was redliche und vernünftige Parteien bei angemessener Berücksichtigung der Interessen beider Teile für den vorliegenden Fall vereinbart hätten, wenn sie sich bei Vertragsschluss der Ungültigkeit der von ihnen vereinbarten Klausel bewusst gewesen wären. Im Fall von Schwierigkeiten bei der Feststellung eines hypothetischen Parteiwillens bleibt noch immer die Ergänzung nach redlicher Verkehrsübung, Treu und Glauben, also die Feststellung dessen, was sich für diesen Vertrag „gehört“ (1 Ob 68/05i, 3 Ob 236/05k = RIS-Justiz RS0016420 [T 7, T8 und T9]). Dabei ist ein Ausgleich zu schaffen zwischen dem Schutz des Versicherungsnehmers, der bei Anrufung der Ärztekommision im Gegensatz zur gerichtlichen Anspruchsdurchsetzung nicht mit objektiv abschätzbaren (hohen) Kosten konfrontiert werden soll und dem Schutz des Versicherers vor Kosten, die durch völlig ungerechtfertigte Anrufungen der Ärztekommision durch Versicherungsnehmer entstehen können.

Das Erstgericht wird daher im fortzusetzenden Verfahren nach Erörterung mit den Parteien eine geeignete Tatsachengrundlage im oben dargelegten Sinn schaffen müssen, auf der die für den vorliegenden Fall gebotene Vertragsergänzung vorgenommen werden kann. Erst dann kann über die Rechtssache abschließend entschieden werden.

Der Kostenvorbehalt gründet sich auf § 52 ZPO. Der Kostenvorbehalt gründet sich auf Paragraph 52, ZPO.

Textnummer

E86342

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:OGH0002:2007:0070OB00202.07T.1212.000

Im RIS seit

11.01.2008

Zuletzt aktualisiert am

04.12.2012

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