jusline®
»» Recht. Schnell

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

TE OGH 2005/8/31 7Ob179/05g

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 31.08.2005

Kopf

Der Oberste Gerichtshof hat als Revisionsgericht durch den Senatspräsidenten des Obersten Gerichtshofes Dr. Schalich als Vorsitzenden 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 Dr. Gottfried L*****, vertreten durch Kometer & Pechtl-Schatz, Rechtsanwälte in Innsbruck, gegen die beklagte Partei M***** AG, *****, vertreten durch Dr. Thomas Stoiberer, Rechtsanwalt in Hallein, wegen EUR 6.134,70 sA, über die Revision des Klägers gegen das Urteil des Landesgerichts Innsbruck vom 4. Februar 2005, GZ 2 R 483/04z-15, als Berufungsgericht womit das Urteil des Bezirksgerichts Innsbruck vom 13. Juli 2004, GZ 31 C 1167/03m-11, bestätigt wurde, in nichtöffentlicher Sitzung zu Recht erkannt:

Spruch

Der Revision wird nicht Folge gegeben.

Der Kläger ist schuldig, der Beklagten die mit EUR 499,39 (darin enthalten EUR 83,23 USt) bestimmten Kosten der Revisionsbeantwortung binnen 14 Tagen zu ersetzen.

Text

Entscheidungsgründe:

Der Kläger schloss am 1. 4. 2001 bei der Beklagten eine Privatkrankenversicherung ab, der die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten - und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB-1995/Fassung 2002; im Folgenden kurz: AVB) und die Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB) für die Krankenhaustagegeldversicherung zugrundegelegt wurden. Die für das vorliegende Verfahren maßgeblichen Bestimmungen der AVB lauten:

§ 5Paragraph 5,

Art und Umfang des Versicherungsschutzes

...

B) Leistungen für stationäre Heilbehandlung

(8) Stationäre Heilbehandlung im Sinne dieser Versicherungsbedingungen ist eine Heilbehandlung im Rahmen eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthaltes in sanitätsbehördlich genehmigten Krankenanstalten oder Abteilungen von Krankenanstalten, sofern diese ständige ärztliche Anwesenheit vorsehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, ausschließlich nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeiten, nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden ausgerichtet sind sowie Krankengeschichten führen. Als stationär gilt ein Aufenthalt nur, wenn die Art der Heilbehandlung einen Aufenthalt von mindestens 24 Stunden erfordert.

...

Als medizinisch notwendig gilt ein stationärer Aufenthalt insbesondere nicht, wenn er lediglich im Mangel an häuslicher Pflege oder sonstigen persönlichen Verhältnissen des Versicherten (Mitversicherten) begründet ist.

(9) Für eine stationäre Heilbehandlung im Sinne des Abs. (8) werden in den nachstehend angeführten Krankenanstalten (oder Abteilungen aller Krankenanstalten) Leistungen nur insoweit erbracht, als der Versicherer diese vor Beginn schriftlich zugesagt hat:

In Krankenanstalten (oder Abteilungen aller Krankenanstalten):

- die nicht ausschließlich nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeiten;

- in denen neben stationärer Heilbehandlung auch Rehabilitationsmaßnahmen oder Kurbehandlungen durchgeführt werden;

- in denen auch Rekonvaleszente oder Pflegefälle aufgenommen werden;

- in denen neben stationärer Heilbehandlung auch Langzeitbehandlungen durchgeführt werden;

- in privaten Krankenanstalten außerhalb Österreichs.

...

(12) Der Versicherer kann sich auf seine Leistungsfreiheit nach Abs. (9) bis (11) insoweit und solange nicht berufen, als die Dringlichkeit der stationären Heilbehandlung das Aufsuchen einer Krankenanstalt im Sinne des Abs. (8) bzw die Einholung einer vor Beginn der Behandlung erforderlichen schriftlichen Zusage nach Abs. (9) und (10) nicht zulässt. ...

Der Kläger, der als Universitätsassistent an der sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Innsbruck tätig ist, litt an einer schweren Depression, die begleitet war von starken Ermüdungserscheinungen verbunden mit Gliederschmerzen, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Merkfähigkeitsstörungen bis zu phasenweiser völliger Apathie. Er befand sich seit September 2002 im Krankenstand. Von seiner behandelnden Ärztin wurde ein Aufenthalt in der privaten medizinisch-psychosomatischen Klinik R***** (GmbH & Co Betriebs-KG) in P***** in Deutschland empfohlen, wobei die Versicherungsanstalt der öffentlich Bediensteten (BVA) auch eine Kostenübernahme (in der allgemeinen Gebührenklasse) zusagte. Die stationäre Behandlung des Klägers in dieser Klinik fand von 19. 2. bis 20. 4. 2003 statt. Eine Kontaktaufnahme des Klägers mit der Beklagten im Zusammenhang mit dieser stationären Heilbehandlung ist im vorhinein nicht erfolgt. Erst etwa im Juli 2003 wandte sich der Kläger an die Beklagte, die die Zahlung eines Krankenhaustagegeldes unter Hinweis auf die Risikobegrenzung des § 5 Abs 9 AVB ablehnte.Der Kläger, der als Universitätsassistent an der sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Innsbruck tätig ist, litt an einer schweren Depression, die begleitet war von starken Ermüdungserscheinungen verbunden mit Gliederschmerzen, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Merkfähigkeitsstörungen bis zu phasenweiser völliger Apathie. Er befand sich seit September 2002 im Krankenstand. Von seiner behandelnden Ärztin wurde ein Aufenthalt in der privaten medizinisch-psychosomatischen Klinik R***** (GmbH & Co Betriebs-KG) in P***** in Deutschland empfohlen, wobei die Versicherungsanstalt der öffentlich Bediensteten (BVA) auch eine Kostenübernahme (in der allgemeinen Gebührenklasse) zusagte. Die stationäre Behandlung des Klägers in dieser Klinik fand von 19. 2. bis 20. 4. 2003 statt. Eine Kontaktaufnahme des Klägers mit der Beklagten im Zusammenhang mit dieser stationären Heilbehandlung ist im vorhinein nicht erfolgt. Erst etwa im Juli 2003 wandte sich der Kläger an die Beklagte, die die Zahlung eines Krankenhaustagegeldes unter Hinweis auf die Risikobegrenzung des Paragraph 5, Absatz 9, AVB ablehnte.

Der Kläger begehrt im vorliegenden Verfahren den der Höhe nach nicht strittigen Betrag von EUR 6.134,70 an Krankenhaustagegeld für den erwähnten Klinikaufenthalt.

Die Beklagte beantragte Klagsabweisung. Sie wendete im Wesentlichen ein, mangels einer schriftlichen Zusage iSd § 5 Abs 9 AVB habe der Kläger keinen Anspruch auf eine Versicherungsleistung. Die bezeichnete Bestimmung betreffe eine Risikobegrenzung, nicht jedoch eine Obliegenheit, weshalb es auf ein Verschulden des Klägers in keiner Weise ankomme. Durch die vorgesehene schriftliche Zusage vor Behandlungsbeginn sollten auch nachträgliche Erörterungen, ob eine private Krankenanstalt außerhalb Österrerichs den Kriterien des § 5 Abs 8 AVB entspreche, ausgeschlossen werden.Die Beklagte beantragte Klagsabweisung. Sie wendete im Wesentlichen ein, mangels einer schriftlichen Zusage iSd Paragraph 5, Absatz 9, AVB habe der Kläger keinen Anspruch auf eine Versicherungsleistung. Die bezeichnete Bestimmung betreffe eine Risikobegrenzung, nicht jedoch eine Obliegenheit, weshalb es auf ein

Verschulden des Klägers in keiner Weise ankomme. Durch die vorgesehene schriftliche Zusage vor Behandlungsbeginn sollten auch nachträgliche Erörterungen, ob eine private Krankenanstalt außerhalb Österrerichs den Kriterien des Paragraph 5, Absatz 8, AVB entspreche, ausgeschlossen werden.

Der Kläger erwiderte, er sei deshalb an die Klinik R***** überwiesen worden und habe die BVA der Behandlung zugestimmt, weil in Österreich eine vergleichbare Institution nicht bestehe und daher die stationäre Behandlung in Bayern unerlässlich gewesen sei. Die Klinik zähle zu den erfolgreichsten und vorzüglichsten psychosomatischen Kliniken im deutschsprachigen Raum und werde von allen deutschen Krankenkassen, privaten Krankenversicherungen und Pensionsversicherungen belegt. Die Nichteinholung einer schriftlichen Zusage bei der Beklagten stelle „bestenfalls" eine Obliegenheitsverletzung dar, wobei ihn diesbezüglich (aufgrund des bestehenden Krankheitsbildes) keinerlei Verschulden treffe. Aus der Formulierung von Abs 8 und 9 des § 5 AVB müsse zwingend geschlossen werden, dass der Versicherungsschutz prinzipiell auch für die dort angeführten Anstalten gegeben sei, sich die Beklagte jedoch die Zustimmung aufgrund bestimmter Eigenschaften der Anstalten vorbehalte, zumal eine vollkommen willkürliche diesbezügliche Entscheidung des Versicherers den guten Sitten widerspräche.Der Kläger erwiderte, er sei deshalb an die Klinik R***** überwiesen worden und habe die BVA der Behandlung zugestimmt, weil in Österreich eine vergleichbare Institution nicht bestehe und daher die stationäre Behandlung in Bayern unerlässlich gewesen sei. Die Klinik zähle zu den erfolgreichsten und vorzüglichsten psychosomatischen Kliniken im deutschsprachigen Raum und werde von allen deutschen Krankenkassen, privaten Krankenversicherungen und Pensionsversicherungen belegt. Die Nichteinholung einer schriftlichen Zusage bei der Beklagten stelle „bestenfalls" eine Obliegenheitsverletzung dar, wobei ihn diesbezüglich (aufgrund des bestehenden Krankheitsbildes) keinerlei Verschulden treffe. Aus der Formulierung von Absatz 8 und 9 des Paragraph 5, AVB müsse zwingend geschlossen werden, dass der Versicherungsschutz prinzipiell auch für die dort angeführten Anstalten gegeben sei, sich die Beklagte jedoch die Zustimmung aufgrund bestimmter Eigenschaften der Anstalten vorbehalte, zumal eine vollkommen willkürliche diesbezügliche Entscheidung des Versicherers den guten Sitten widerspräche.

Das Erstgericht wies das Klagebegehren ab. Bei der Bestimmung des § 5 Abs 9 AVB handle es sich um einen berechtigten Risikoausschluss betreffend die Heilbehandlung in einer privaten ausländischen Krankenanstalt. Weil derartige Risikoausschlüsse den eigentlichen Vertragsgegenstand des Versicherungsvertrags beschrieben, zählten sie auch nicht zu den in § 879 Abs 3 ABGB erfassten Nebenbestimmungen, sodass dem Umstand, dass es eine mit der Klinik R***** vergleichbare Behandlungsmöglichkeit in Österreich nicht gebe (eine entsprechende Feststellung hat das Erstgericht getroffen, die allerdings von der Beklagten in ihrer Berufungsbeantwortung bekämpft wurde) und einer allenfalls damit verbundenen gröblichen Benachteiligung des Klägers keine Bedeutung zukomme.Das Erstgericht wies das Klagebegehren ab. Bei der Bestimmung des Paragraph 5, Absatz 9, AVB handle es sich um einen berechtigten Risikoausschluss betreffend die Heilbehandlung in einer privaten ausländischen Krankenanstalt. Weil derartige Risikoausschlüsse den eigentlichen Vertragsgegenstand des Versicherungsvertrags beschrieben, zählten sie auch nicht zu den in Paragraph 879, Absatz 3, ABGB erfassten Nebenbestimmungen, sodass dem Umstand, dass es eine mit der Klinik R***** vergleichbare Behandlungsmöglichkeit in Österreich nicht gebe (eine entsprechende Feststellung hat das Erstgericht getroffen, die allerdings von der Beklagten in ihrer Berufungsbeantwortung bekämpft wurde) und einer allenfalls damit verbundenen gröblichen Benachteiligung des Klägers keine Bedeutung zukomme.

Das vom Kläger angerufene Berufungsgericht bestätigte die Entscheidung der ersten Instanz. Die in Rede stehende Bestimmung der AVB stelle unzweifelhaft einen Risikoausschluss (Risikobegrenzung) dar. Aus den Bestimmungen Abs 8 bis 11 des § 5 AVB gehe eindeutig hervor, dass ein Versicherungsschutz - jedenfalls grundsätzlich - nur im Rahmen eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthalts gegeben sein solle, wobei nicht nur ein bestimmter Standard gefordert, sondern auch auf bestimmte Behandlungsmethoden abgestellt werde. Damit solle einerseits die Abgrenzung zu hauptsächlich von pflegerischen Aspekten inspirierten stationären Aufenthalten, andererseits zu Heilbehandlungen vorgenommen werden, die nicht nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft bzw nur unter Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden vorgenommen werden. Insbesondere seien nach Abs 9 grundsätzlich auch Krankenanstalten, in denen Langzeitbehandlungen durchgeführt würden, vom Versicherungsschutz ausgenommen. Aus all dem ergebe sich unzweifelhaft, dass in den in Abs 9 angeführten Fällen der Versicherer durch die bedungene vorherige schriftlich Leistungszusage sich selbst die Entscheidung vorbehalte, ob bei einer stationären Aufnahme in die dort angeführten Krankenanstalten, wozu auch solche außerhalb Österreichs zählten, nach den vorerwähnten Kernerfordernissen Versicherungsschutz gegeben sei oder nicht, insbesondere auch,

um langwierige nachfolgende Streitigkeiten über diese Fragen (etwa der medizinischen Notwendigkeit oder der angewandten Heilmethoden) von vornherein abzuschneiden. Dass eine derartige Prüfung im Falle eines stationären Aufenthalts in einer Krankenanstalt außerhalb Österreichs unter Umständen mit besonderen Schwierigkeiten verbunden sei, erscheine einsichtig und nachvollziehbar. Es handle sich daher in allen Fällen des Abs 9 um Fälle des Risikoausschlusses (der Risikobegrenzung), weshalb es keiner Prüfung bedürfe, ob die Nichtmeldung durch den Kläger auf Verschulden (und welchem Grad desselben) beruhe oder nicht bzw auch nicht einer Prüfung des „Kausalitätsgegenbeweises".Das vom Kläger angerufene Berufungsgericht bestätigte die Entscheidung der ersten Instanz. Die in Rede stehende Bestimmung der AVB stelle unzweifelhaft einen Risikoausschluss (Risikobegrenzung) dar. Aus den Bestimmungen Absatz 8 bis 11 des Paragraph 5, AVB gehe eindeutig hervor, dass ein Versicherungsschutz - jedenfalls grundsätzlich - nur im Rahmen eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthalts gegeben sein solle, wobei nicht nur ein bestimmter Standard gefordert, sondern auch auf bestimmte Behandlungsmethoden abgestellt werde. Damit solle einerseits die Abgrenzung zu hauptsächlich von pflegerischen Aspekten inspirierten stationären Aufenthalten, andererseits zu Heilbehandlungen vorgenommen werden, die nicht nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft bzw nur unter Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden vorgenommen werden. Insbesondere seien nach Absatz 9, grundsätzlich auch Krankenanstalten, in denen Langzeitbehandlungen durchgeführt würden, vom Versicherungsschutz ausgenommen. Aus all dem ergebe sich unzweifelhaft, dass in den in Absatz 9, angeführten Fällen der Versicherer durch die bedungene vorherige schriftlich Leistungszusage sich selbst die Entscheidung vorbehalte, ob bei einer stationären Aufnahme in die dort angeführten Krankenanstalten, wozu auch solche außerhalb Österreichs zählten, nach den vorerwähnten Kernerfordernissen Versicherungsschutz gegeben sei oder nicht, insbesondere auch, um langwierige nachfolgende Streitigkeiten über diese Fragen (etwa der medizinischen Notwendigkeit oder der angewandten Heilmethoden) von vornherein abzuschneiden. Dass eine derartige Prüfung im Falle eines stationären Aufenthalts in einer Krankenanstalt außerhalb Österreichs unter Umständen mit besonderen Schwierigkeiten verbunden sei, erscheine einsichtig und nachvollziehbar. Es handle sich daher in allen Fällen des Absatz 9, um Fälle des Risikoausschlusses (der Risikobegrenzung), weshalb es keiner Prüfung bedürfe, ob die Nichtmeldung durch den Kläger auf Verschulden (und welchem Grad desselben) beruhe oder nicht bzw auch nicht einer Prüfung des „Kausalitätsgegenbeweises".

Schließlich sei auch keine Sittenwidrigkeit im Sinne von§ 879 Abs 3 ABGB anzunehmen. Zwar könne die Auffassung des Erstgerichts, durch die gegenständliche Vertragsbestimmung werde eine der beiden Hauptleistungen festgelegt, nicht geteilt werden. Eine gröbliche Benachteiligung des Versicherungsnehmers in der besagten Vertragsklausel sei aber nicht zu erkennen. Ein „dispositives Recht", an dem abgelesen werden könnte, welchen Umfang im Durchschnittsfalle eine Krankenhaustagegeldversicherung hat, existiere nicht. Eine gröbliche Benachteiligung (und damit Sittenwidrigkeit) könnte damit nur angenommen werden, wenn der Versicherer seine (wirtschaftliche) Übermacht eingesetzt hätte, um im Sinne einer übermäßigen Äquivalenzstörung den Versicherungsschutz des Versicherungsnehmers zu beschneiden. Davon könne aber hier keine Rede sein. Wenn sich der Versicherer im Falle von stationären Aufnahmen iSd Abs 9 in „verdächtigen" Krankenanstalten im Einzelfall als Voraussetzung für den Versicherungsschutz die (vorherige) schriftliche Leistungszusage vorbehalte, könne darin eine gröbliche Benachteiligung des Versicherungsnehmers nicht erblickt werden. Genauso gut könnte der Versicherer in diesen Fällen den Versicherungsschutz schlechthin ausschließen. Weil es um eine abstrakte, auf den Vertragszeitpunkt bezogene Prüfung gehe, komme es nicht darauf an, ob in concreto der Versicherer bei Aufnahme in eine inländische Krankenanstalt Krankenhaustagegelder in gleicher Höhe erbringen hätte müssen oder ob dem Kläger eine vergleichbare stationäre Behandlungsmöglichkeit in Österreich zur Verfügung gestanden wäre. Deshalb erübrige es sich, auf die von der Beklagten in ihrer Berufungsbeantwortung vorgetragene Beweisrüge einzugehen.Schließlich sei auch keine Sittenwidrigkeit im Sinne von Paragraph 879, Absatz 3, ABGB anzunehmen. Zwar könne die Auffassung des Erstgerichts, durch die gegenständliche Vertragsbestimmung werde eine der beiden Hauptleistungen festgelegt, nicht geteilt werden. Eine gröbliche Benachteiligung des Versicherungsnehmers in der besagten Vertragsklausel sei aber nicht zu erkennen. Ein „dispositives Recht", an dem abgelesen werden könnte, welchen Umfang im Durchschnittsfalle eine Krankenhaustagegeldversicherung hat, existiere nicht. Eine gröbliche Benachteiligung (und damit Sittenwidrigkeit) könnte damit nur angenommen werden, wenn der Versicherer seine (wirtschaftliche) Übermacht eingesetzt hätte, um im Sinne einer übermäßigen Äquivalenzstörung den Versicherungsschutz des Versicherungsnehmers zu beschneiden. Davon könne aber hier keine Rede sein. Wenn sich der Versicherer im Falle von stationären Aufnahmen iSd Absatz 9, in „verdächtigen" Krankenanstalten im Einzelfall als Voraussetzung für den Versicherungsschutz die (vorherige)

schriftliche Leistungszusage vorbehalte, könne darin eine gröbliche Benachteiligung des Versicherungsnehmers nicht erblickt werden. Genauso gut könnte der Versicherer in diesen Fällen den Versicherungsschutz schlechthin ausschließen. Weil es um eine abstrakte, auf den Vertragszeitpunkt bezogene Prüfung gehe, komme es nicht darauf an, ob in concreto der Versicherer bei Aufnahme in eine inländische Krankenanstalt Krankenhaustagegelder in gleicher Höhe erbringen hätte müssen oder ob dem Kläger eine vergleichbare stationäre Behandlungsmöglichkeit in Österreich zur Verfügung gestanden wäre. Deshalb erübrige es sich, auf die von der Beklagten in ihrer Berufungsbeantwortung vorgetragene Beweisrüge einzugehen.

Das Berufungsgericht sprach aus, dass die ordentliche Revision zulässig sei, weil zur Frage, ob es sich bei den in § 5 Abs 9 AVB geregelten Fällen um eine Risikobegrenzung (Risikoausschluss) handle oder ob es um Obliegenheitsverletzungen gehe, soweit ersichtlich, noch keine Rechtsprechung des Höchstgerichtes vorliege.Das Berufungsgericht sprach aus, dass die ordentliche Revision zulässig sei, weil zur Frage, ob es sich bei den in Paragraph 5, Absatz 9, AVB geregelten Fällen um eine Risikobegrenzung (Risikoausschluss) handle oder ob es um Obliegenheitsverletzungen gehe, soweit ersichtlich, noch keine Rechtsprechung des Höchstgerichtes vorliege.

Gegen das Urteil des Berufungsgerichts richtet sich dieRevision des Klägers, der als Revisionsgründe unrichtige rechtliche Beurteilung des festgestellten Sachverhalts und Mangelhaftigkeit des Berufungsverfahrens geltend macht und beantragt, die angefochtene Entscheidung dahin abzuändern, dass dem Klagebegehren vollinhaltlich stattgegeben werde. Hilfsweise wird ein Aufhebungsantrag gestellt.

Die Beklagte beantragt in ihrer Revisionsbeantwortung, dem Rechtsmittel des Klägers nicht Folge zu geben.

Rechtliche Beurteilung

Der Oberste Gerichtshof hat sich zwar bereits in der Entscheidung 7 Ob 231/04b, RdW 2005/190 in einem ganz vergleichbaren Fall mit einer § 5 Abs 9 AVB im Wesentlichen völlig wortgleichen Klausel auseinandergesetzt; im Hinblick darauf, dass der Kläger hier auch ausdrücklich Sittenwidrigkeit der betreffenden Bestimmung einwendet, erscheint eine neuerliche Stellungnahme allerdings doch angezeigt. Die Revision ist daher zulässig; sie ist aber nicht berechtigt.Der Oberste Gerichtshof hat sich zwar bereits in der Entscheidung 7 Ob 231/04b, RdW 2005/190 in einem ganz vergleichbaren Fall mit einer Paragraph 5, Absatz 9, AVB im Wesentlichen völlig wortgleichen Klausel auseinandergesetzt; im Hinblick darauf, dass der Kläger hier auch ausdrücklich Sittenwidrigkeit der betreffenden Bestimmung einwendet, erscheint eine neuerliche Stellungnahme allerdings doch angezeigt. Die Revision ist daher zulässig; sie ist aber nicht berechtigt.

Der Kläger hält auch in der Revision im Wesentlichen daran fest, dass § 5 Abs 9 AVB keine Risikobegrenzung darstelle, sondern eine Obliegenheit normiere, deren Verletzung nur bei Vorsatz oder grobem Verschulden zur Leistungsfreiheit führe. Auch wenn man aber annehme, dass es sich bei der betreffenden Bestimmung um einen Risikoausschluss handle, sei sie jedenfalls als Nebenbestimmung iSd § 879 Abs 3 ABGB zu qualifizieren, zumal sie nicht die Hauptleistung des Versicherungsvertrags festlege. Durch § 5 Abs 9 AVB werde der Versicherer hinsichtlich der ausländischen Krankenanstalten ermächtigt, praktisch nach „Gutdünken" zu entscheiden, ob er die Versicherungsleistung gewähren wolle oder nicht. Dem Versicherten werde die Erlangung der ihm zustehenden Versicherungsleistung dadurch ohne sachliche Rechtfertigung erheblich erschwert und sei er der Willkür des Versicherers vollkommen ausgeliefert. Die Klausel stelle somit eine gröbliche Benachteiligung des Versicherungsnehmers dar und sei gemäß § 879 Abs 3 ABGB nichtig.Der Kläger hält auch in der Revision im Wesentlichen daran fest, dass Paragraph 5, Absatz 9, AVB keine Risikobegrenzung darstelle, sondern eine Obliegenheit normiere, deren Verletzung nur bei Vorsatz oder grobem Verschulden zur Leistungsfreiheit führe. Auch wenn man aber annehme, dass es sich bei der betreffenden Bestimmung um einen Risikoausschluss handle, sei sie jedenfalls als Nebenbestimmung iSd Paragraph 879, Absatz 3, ABGB zu qualifizieren, zumal sie nicht die Hauptleistung des Versicherungsvertrags festlege. Durch Paragraph 5, Absatz 9, AVB werde der Versicherer hinsichtlich der ausländischen Krankenanstalten ermächtigt, praktisch nach „Gutdünken" zu entscheiden, ob er die Versicherungsleistung gewähren wolle oder nicht. Dem Versicherten werde die Erlangung der ihm zustehenden Versicherungsleistung dadurch ohne sachliche Rechtfertigung erheblich erschwert und sei er der Willkür des Versicherers vollkommen ausgeliefert. Die Klausel stelle somit eine gröbliche Benachteiligung des Versicherungsnehmers dar und sei gemäß Paragraph 879, Absatz 3, ABGB nichtig.

Der erkennende Senat hat dazu erwogen:

Nach der Formulierung des § 5 Abs 9 AVB handelt es sich dabei klar und eindeutig um einen sekundären Risikoausschluss (eine Risikobegrenzung) und nicht - wie der Revisionswerber meint - um eine Obliegenheit. Entscheidend ist allerdings nicht die äußere Erscheinungsform (die Formulierung) einer Versicherungsklausel, sondern deren materieller Inhalt (Schwintowski in BK § 6 VVG Rn 25 mit Hinweisen aus der deutschen Judikatur; vgl auch Schauer, Versicherungsvertragsrecht3 265; RIS-Justiz RS0103965, zuletzt etwa 7 Ob 41/04m und 7 Ob 260/04t). Beim Risikoausschluss (Risikobegrenzung) wird von Anfang an ein bestimmter Gefahrenumstand von der versicherten Gefahr ausgenommen, ohne dass es dabei auf ein schuldhaftes, pflichtwidriges Verhalten des Versicherungsnehmers ankäme (7 Ob 6/87 uva); das versicherte Risiko wird also objektiv begrenzt (Schwintowski aaO Rn 22). Obliegenheiten hingegen fordern gewisse Verhaltensweisen des Versicherungsnehmers und bestimmte Rechtsfolgen für ihre willkürliche und schuldhafte Verletzung (Petrasch, Obliegenheitsverletzung und Leistungsfreiheit in den KFZ-Versicherungen, ZVR 1985, 66). Enthalten Versicherungsbedingungen eine Verhaltensanordnung, die ihrem Inhalt nach eine Obliegenheit ist, muss diese im Hinblick auf die Unabdingbarkeitsbestimmung des § 15a VersVG auch dann nach § 6 VersVG beurteilt werden, wenn sie als Risikoausschluss konstruiert ist („verhüllte Obliegenheit"; SZ 57/78; Petrasch aaO; Bruck/Moeller VVG8 I Rz 13 zu § 6; Prölss in Prölss/Martin VVG27 Rz 7 zu § 6). Im Hinblick auf den materiellen Inhalt der Versicherungsklausel ist entscheidend, ob sie eine individualisierende Beschreibung eines bestimmten Wagnisses enthält, für das (allein) der Versicherer Schutz gewähren will, oder ob sie in erster Linie ein bestimmtes meist vorbeugendes oder auch dokumentierendes Verhalten des Versicherungsnehmers verlangt, von dem es abhängt, ob er einen zugesagten Versicherungsschutz behält oder verliert. Steht ein solches Verhalten im Vordergrund und tritt es nicht hinter objektive Voraussetzungen, wie zB den Versicherungsort und Zustand der versicherten Sache zurück, so liegt eine Obliegenheit vor. Wird von vornherein nur ausschnittsweise Deckung gewährt und nicht ein gegebener Versicherungsschutz wegen nachlässigen Verhaltens wieder entzogen, so handelt es sich um eine Risikobeschränkung (vgl Schwintowski aaO Rn 26 mit zahlreichen Hinweisen auf deutsche Judikatur und Literatur).Nach der Formulierung des Paragraph 5, Absatz 9, AVB handelt es sich dabei klar und eindeutig um einen sekundären Risikoausschluss (eine Risikobegrenzung) und nicht - wie der Revisionswerber meint - um eine Obliegenheit. Entscheidend ist allerdings nicht die äußere Erscheinungsform (die Formulierung) einer Versicherungsklausel, sondern deren materieller Inhalt (Schwintowski in BK Paragraph 6, VVG Rn 25 mit Hinweisen aus der deutschen Judikatur; vergleiche auch Schauer, Versicherungsvertragsrecht3 265; RIS-Justiz RS0103965, zuletzt etwa 7 Ob 41/04m und 7 Ob 260/04t). Beim Risikoausschluss (Risikobegrenzung) wird von Anfang an ein bestimmter Gefahrenumstand von der versicherten Gefahr ausgenommen, ohne dass es dabei auf ein schuldhaftes, pflichtwidriges Verhalten des Versicherungsnehmers ankäme (7 Ob 6/87 uva); das versicherte Risiko wird also objektiv begrenzt (Schwintowski aaO Rn 22). Obliegenheiten hingegen fordern gewisse Verhaltensweisen des Versicherungsnehmers und bestimmte Rechtsfolgen für ihre willkürliche und schuldhafte Verletzung (Petrasch, Obliegenheitsverletzung und Leistungsfreiheit in den KFZ-Versicherungen, ZVR 1985, 66). Enthalten Versicherungsbedingungen eine Verhaltensanordnung, die ihrem Inhalt nach eine Obliegenheit ist, muss diese im Hinblick auf die Unabdingbarkeitsbestimmung des Paragraph 15 a, VersVG auch dann nach Paragraph 6, VersVG beurteilt werden, wenn sie als Risikoausschluss konstruiert ist („verhüllte Obliegenheit"; SZ 57/78; Petrasch aaO; Bruck/Moeller VVG8 römisch eins Rz 13 zu Paragraph 6 ;, Prölss in Prölss/Martin VVG27 Rz 7 zu Paragraph 6,). Im Hinblick auf den materiellen Inhalt der Versicherungsklausel ist entscheidend, ob sie eine individualisierende Beschreibung eines bestimmten Wagnisses enthält, für das (allein) der Versicherer Schutz gewähren will, oder ob sie in erster Linie ein bestimmtes meist vorbeugendes oder auch dokumentierendes Verhalten des Versicherungsnehmers verlangt, von dem es abhängt, ob er einen zugesagten Versicherungsschutz behält oder verliert. Steht ein solches Verhalten im Vordergrund und tritt es nicht hinter objektive Voraussetzungen, wie zB den Versicherungsort und Zustand der versicherten Sache zurück, so liegt eine Obliegenheit vor. Wird von vornherein nur ausschnittsweise Deckung gewährt und nicht ein gegebener Versicherungsschutz wegen nachlässigen Verhaltens wieder entzogen, so handelt es sich um eine Risikobeschränkung vergleiche Schwintowski aaO Rn 26 mit zahlreichen Hinweisen auf deutsche Judikatur und Literatur).

Im Einklang mit diesen Grundsätzen hat der Oberste Gerichtshof in der bereits erwähnten Entscheidung 7 Ob 231/04b die betreffende (wie gesagt der vorliegenden im Wesentlichen wortgleiche) Klausel unter Hinweis auf die in ständiger Rechtsprechung vertretenen Grundsätze zur Auslegung von Versicherungsbedingungen (RIS-Justiz RS0050063; RS0008901, jeweils mit zahlreichen Entscheidungsnachweisen) dahin ausgelegt, dass - nach dem Wortlaut und unter Bedachtnahme auf Sinn und Zweck der Klausel - Leistungen für eine stationäre Heilbehandlung in privaten

Krankenanstalten außerhalb Österreichs vom Versicherer nur unter der Voraussetzung zu erbringen sind, dass von ihm entsprechende Kostendeckung vor Beginn des stationären Aufenthaltes schriftlich zugesagt wurde. Der Oberste Gerichtshof hat also bereits in dieser Entscheidung (ohne dies ausdrücklich zu betonen, weil dies dort gar keinen Streitpunkt bildete) die betreffende Klausel als Risikobegrenzung angesehen. Der Revisionswerber bringt nichts vor, was dazu veranlassen könnte, von dieser Rechtsansicht abzurücken. Seinem schließlich noch erhobenen Einwand, § 5 Abs 9 AVB widerspräche den guten Sitten und sei iSd § 879 Abs 3 ABGB daher nichtig, sind folgende Erwägungen entgegenzuhalten:Im Einklang mit diesen Grundsätzen hat der Oberste Gerichtshof in der bereits erwähnten Entscheidung 7 Ob 231/04b die betreffende (wie gesagt der vorliegenden im Wesentlichen wortgleiche) Klausel unter Hinweis auf die in ständiger Rechtsprechung vertretenen Grundsätze zur Auslegung von Versicherungsbedingungen (RIS-Justiz RS0050063; RS0008901, jeweils mit zahlreichen Entscheidungsnachweisen) dahin ausgelegt, dass - nach dem Wortlaut und unter Bedachtnahme auf Sinn und Zweck der Klausel - Leistungen für eine stationäre Heilbehandlung in privaten Krankenanstalten außerhalb Österreichs vom Versicherer nur unter der Voraussetzung zu erbringen sind, dass von ihm entsprechende Kostendeckung vor Beginn des stationären Aufenthaltes schriftlich zugesagt wurde. Der Oberste Gerichtshof hat also bereits in dieser Entscheidung (ohne dies ausdrücklich zu betonen, weil dies dort gar keinen Streitpunkt bildete) die betreffende Klausel als Risikobegrenzung angesehen. Der Revisionswerber bringt nichts vor, was dazu veranlassen könnte, von dieser Rechtsansicht abzurücken. Seinem schließlich noch erhobenen Einwand, Paragraph 5, Absatz 9, AVB widerspräche den guten Sitten und sei iSd Paragraph 879, Absatz 3, ABGB daher nichtig, sind folgende Erwägungen entgegenzuhalten:

Der Gesetzgeber hat mit der letztgenannten Bestimmung angeordnet, dass in AGB oder Vertragsformblättern enthaltene, Nebenleistungen betreffende Bestimmungen nichtig sind, wenn sie unter Berücksichtigung aller Umstände des Falles einen Teil „gröblich benachteiligen". Dies soll, wie der Oberste Gerichtshof etwa in der Entscheidung 1 Ob 1/00d, SZ 73/158 = RdW 2001, 147 = EvBl 2001, 221/49 = ecolex 2001, 199 = ZVR 2001, 320/87 ausgeführt hat, der Verhinderung unfairer Vertragsbestimmungen dienen und den in der Regel schwächeren Vertragspartner vor dem Missbrauch der Privatautonomie durch einen typischerweise überlegenen Vertragspartner schützen. Nach den Gesetzesmaterialien (RV 744 BlgNR 14. GP, 46; JAB 1223 BlgNR 14. GP, 5) treffen bei den in AGB und Vertragsformblättern enthaltenen Klauseln über Nebenbestimmungen des Vertrages häufig zwei Momente aufeinander: Einerseits die objektive Unbilligkeit solcher Bestimmungen infolge einseitiger Verschiebung des vom Gesetz vorgesehenen Interessenausgleiches durch den Vertragsverfasser zum Nachteil seines Partners und andererseits die „verdünnte Willensfreiheit" bei diesem Vertragspartner, durch die dieser Vertragsbestandteile zum Inhalt seiner Erklärung macht, die er nicht wirklich will (SZ 56/62 = JBl 1983, 534 [zust. F. Bydlinski] = EvBl 1983/129 mwN; Apathy in Schwimann2 V § 879 Rz 30). Bei der in einem beweglichen System vorzunehmenden Beurteilung (Krejci, Bewegliches System und kombinatorisch gestaltete Anfechtungs- und Nichtigkeitstatbestände in F. Bydlinski ua, Das bewegliche System im geltenden und künftigen Recht 138), ob eine in AGB oder in einem Vertragsformblatt enthaltene Bestimmung eine „gröbliche" Benachteiligung des Vertragspartners bewirkt, hat sich der Rechtsanwender am dispositiven Recht als dem Leitbild eines ausgewogenen und gerechten Interessenausgleiches zu orientieren (JBl 1982, 652; RIS-Justiz RS0014676; Krejci in Rummel3 § 879 Rz 240). Nach stRsp können Abweichungen vom dispositiven Recht unter Umständen schon dann eine gröbliche Benachteiligung sein, wenn sich dafür keine sachliche Rechtfertigung ins Treffen führen lässt (SZ 56/62; SZ 57/41 = JBl 1985, 233 = EvBl 1984/110; 9 ObA 179/89, RdW 1989, 370 = DRdA 1991, 324 [Ritzberger, Moser] = Arb 10.816), jedenfalls aber dann, wenn die dem Vertragspartner zugedachte Rechtsposition in einem auffallenden Missverhältnis zur vergleichbaren Rechtsposition des anderen steht (1 Ob 638/94, RdW 1995, 258 = ecolex 1995, 332; RIS-JustizRS0016914). Die Beurteilung, ob die Abweichung von der für den Durchschnittsfall getroffenen Norm sachlich gerechtfertigt ist, erfordert damit eine umfassende, die Umstände des Einzelfalles berücksichtigende Interessenabwägung, bezogen auf den Zeitpunkt des Vertragsabschlusses (SZ 56/62; SZ 57/41 je mwN; 6 Ob 320/98x, RdW 1999, 460 = ecolex 1999, 538 [Wilhelm] = bbl 1999, 161; Krejci aaO)Der Gesetzgeber hat mit der letztgenannten Bestimmung angeordnet, dass in AGB oder Vertragsformblättern enthaltene, Nebenleistungen betreffende Bestimmungen nichtig sind, wenn sie unter Berücksichtigung aller Umstände des Falles einen Teil „gröblich benachteiligen". Dies soll, wie der Oberste Gerichtshof etwa in der Entscheidung 1 Ob 1/00d, SZ 73/158 = RdW 2001, 147 = EvBl 2001, 221/49 = ecolex 2001, 199 = ZVR 2001, 320/87 ausgeführt hat, der Verhinderung unfairer Vertragsbestimmungen dienen und den in der Regel schwächeren Vertragspartner vor dem Missbrauch der Privatautonomie durch einen typischerweise überlegenen Vertragspartner schützen. Nach den Gesetzesmaterialien Regierungsvorlage 744 BlgNR 14. GP, 46; JAB 1223 BlgNR 14. GP, 5) treffen bei den in AGB und

Vertragsformblättern enthaltenen Klauseln über Nebenbestimmungen des Vertrages häufig zwei Momente aufeinander: Einerseits die objektive Unbilligkeit solcher Bestimmungen infolge einseitiger Verschiebung des vom Gesetz vorgesehenen Interessenausgleiches durch den Vertragsverfasser zum Nachteil seines Partners und andererseits die „verdünnte Willensfreiheit" bei diesem Vertragspartner, durch die dieser Vertragsbestandteile zum Inhalt seiner Erklärung macht, die er nicht wirklich will (SZ 56/62 = JBl 1983, 534 [zust. F. Bydlinski] = EvBl 1983/129 mwN; Apathy in Schwimann2 römisch fünf Paragraph 879, Rz 30). Bei der in einem beweglichen System vorzunehmenden Beurteilung (Krejci, Bewegliches System und kombinatorisch gestaltete Anfechtungs- und Nichtigkeitstatbestände in F. Bydlinski ua, Das bewegliche System im geltenden und künftigen Recht 138), ob eine in AGB oder in einem Vertragsformblatt enthaltene Bestimmung eine „gröbliche" Benachteiligung des Vertragspartners bewirkt, hat sich der Rechtsanwender am dispositiven Recht als dem Leitbild eines ausgewogenen und gerechten Interessenausgleiches zu orientieren (JBl 1982, 652; RIS-Justiz RS0014676; Krejci in Rummel3 Paragraph 879, Rz 240). Nach stRsp können Abweichungen vom dispositiven Recht unter Umständen schon dann eine gröbliche Benachteiligung sein, wenn sich dafür keine sachliche Rechtfertigung ins Treffen führen lässt (SZ 56/62; SZ 57/41 = JBl 1985, 233 = EvBl 1984/110; 9 ObA 179/89, RdW 1989, 370 = DRdA 1991, 324 [Ritzberger, Moser] = Arb 10.816), jedenfalls aber dann, wenn die dem Vertragspartner zugedachte Rechtsposition in einem auffallenden Missverhältnis zur vergleichbaren Rechtsposition des anderen steht (1 Ob 638/94, RdW 1995, 258 = ecolex 1995, 332; 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 Einzelfalles berücksichtigende Interessenabwägung, bezogen auf den Zeitpunkt des Vertragsabschlusses (SZ 56/62; SZ 57/41 je mwN; 6 Ob 320/98x, RdW 1999, 460 = ecolex 1999, 538 [Wilhelm] = bbl 1999, 161; Krejci aaO).

Von diesen Grundsätzen ausgehend hat schon das Berufungsgericht zutreffend darauf hingewiesen, dass mangels Bestimmungen darüber, welchen Umfang eine Krankenhaustagegeldversicherung zu haben hat, § 5 Abs 9 AVB jedenfalls nicht vom dispositiven Recht abweicht. Ebenso fehlen darüber auch allgemein gebräuchliche Standards an denen sich die Deckungserwartung des Versicherungsnehmers orientieren dürfte (vgl Fenyves HBzKSchG 593 ff, ders in FS Bydlinski, 131). Da § 5 Abs 9 der AVB´s primär einen Risikoausschluss ua für Krankenhausaufenthalte in privaten Anstalten außerhalb Österreichs normiert und nur ausnahmsweise, nämlich bei Einholung von vorheriger Zusage des Versicherer in Aussicht stellt, also einen Versicherungsschutz nur nach Erfüllung einer Bedingung ankündigt erweckt diese Bestimmung entgegen den Revisionsausführungen nicht den Eindruck, dass generell Krankenhausaufenthalte in ausländische Privatanstalten gedeckt sind.Von diesen Grundsätzen ausgehend hat schon das Berufungsgericht zutreffend darauf hingewiesen, dass mangels Bestimmungen darüber, welchen Umfang eine Krankenhaustagegeldversicherung zu haben hat, Paragraph 5, Absatz 9, AVB jedenfalls nicht vom dispositiven Recht abweicht. Ebenso fehlen darüber auch allgemein gebräuchliche Standards an denen sich die Deckungserwartung des Versicherungsnehmers orientieren dürfte vergleiche Fenyves HBzKSchG 593 ff, ders in FS Bydlinski, 131). Da Paragraph 5, Absatz 9, der AVB´s primär einen Risikoausschluss ua für Krankenhausaufenthalte in privaten Anstalten außerhalb Österreichs normiert und nur ausnahmsweise, nämlich bei Einholung von vorheriger Zusage des Versicherer in Aussicht stellt, also einen Versicherungsschutz nur nach Erfüllung einer Bedingung ankündigt erweckt diese Bestimmung entgegen den Revisionsausführungen nicht den Eindruck, dass generell Krankenhausaufenthalte in ausländische Privatanstalten gedeckt sind.

Bei Prüfung der Frage, ob diese Klausel den Versicherten dennoch iSd§ 879 Abs 3 ABGB gröblich benachteiligt, sind alle jene Umstände ins Kalkül zu ziehen, die den erkennenden Senat bereits in der Entscheidung 7 Ob 231/04b bewogen haben, die sachliche Rechtfertigung der damit vorgenommenen Risikobegrenzung zu bejahen:Bei Prüfung der Frage, ob diese Klausel den Versicherten dennoch iSd Paragraph 879, Absatz 3, ABGB gröblich benachteiligt, sind alle jene Umstände ins Kalkül zu ziehen, die den erkennenden Senat bereits in der Entscheidung 7 Ob 231/04b bewogen haben, die sachliche Rechtfertigung der damit vorgenommenen Risikobegrenzung zu bejahen:

Es kann nicht bezweifelt werden, dass das Risiko des Versicherers für den Aufenthalt des Versicherungsnehmers in ausländischen Privatkrankenanstalten weit weniger kalkulierbar ist, als ein Aufenthalt in einer österreichischen oder in einer öffentlichen Krankenanstalt außerhalb Österreichs. Sind doch Informationen über österreichische (auch private) Krankenanstalten und ausländische öffentliche Krankenhäuser in aller Regel für den Versicherer leichter zugänglich und kann daher von ihm weit eher beurteilt werden, wie dort gearbeitet wird, welche Behandlungen durchgeführt und welche Patienten aufgenommen werden. Es liegt daher nahe und kann nicht als gröbliche Benachteiligung des

Versicherungsnehmers iSd § 879 Abs 3 ABGB angesehen werden, wenn sich der Versicherer, um nachträgliche, schwierige Erörterungen auszuschließen, ob gerade die konkrete private ausländische Krankenanstalt ausschließlich nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeitet, Rehabilitationsmaßnahmen oder Kurbehandlungen durchführt, Rekonvaleszente oder Pflegefälle aufnimmt etc, seine Leistungen von seiner vorherigen Zusage abhängig macht. Auf Grund dieser Überlegungen, die wohl jedem verständigen Versicherungsnehmer einsichtig sein müssen, hält die betreffende Bestimmung der Inhaltskontrolle des § 879 Abs 3 ABGB stand.Es kann nicht bezweifelt werden, dass das Risiko des Versicherers für den Aufenthalt des Versicherungsnehmers in ausländischen Privatkrankenanstalten weit weniger kalkulierbar ist, als ein Aufenthalt in einer österreichischen oder in einer öffentlichen Krankenanstalt außerhalb Österreichs. Sind doch Informationen über österreichische (auch private) Krankenanstalten und ausländische öffentliche Krankenhäuser in aller Regel für den Versicherer leichter zugänglich und kann daher von ihm weit eher beurteilt werden, wie dort gearbeitet wird, welche Behandlungen durchgeführt und welche Patienten aufgenommen werden. Es liegt daher nahe und kann nicht als gröbliche Benachteiligung des Versicherungsnehmers iSd Paragraph 879, Absatz 3, ABGB angesehen werden, wenn sich der Versicherer, um nachträgliche, schwierige Erörterungen auszuschließen, ob gerade die konkrete private ausländische Krankenanstalt ausschließlich nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeitet, Rehabilitationsmaßnahmen oder Kurbehandlungen durchführt, Rekonvaleszente oder Pflegefälle aufnimmt etc, seine Leistungen von seiner vorherigen Zusage abhängig macht. Auf Grund dieser Überlegungen, die wohl jedem verständigen Versicherungsnehmer einsichtig sein müssen, hält die betreffende Bestimmung der Inhaltskontrolle des Paragraph 879, Absatz 3, ABGB stand.

Der Einwand des Revisionswerbers, eine Ablehnung des Versicherungsschutzes betreffend einen Aufenthalt in einer ausländischen Privatklinik verstoße bei Feststehen aller sonstigen Voraussetzungen der Abs 8 und 9 des § 5 AVB als Willkür seitens des Versicherers gegen die guten Sitten, muss hier nicht weiter erörtert werden, da ein solcher Fall nicht gegeben ist. Hier hat es der Kläger von vornherein verabsäumt, eine schriftliche Zusage der Beklagten vor Beginn seines Aufenthaltes in der deutschen Privatklinik einzuholen. Dass ein Fall der Dringlichkeit iSd Abs 12 des § 5 AVB vorgelegen hätte und deshalb keine schriftliche Zusage der Beklagten vor Beginn der Behandlung möglich gewesen wäre, hat der Kläger, der die Zustimmung der BVA vor dem gegenständlichen Klinikaufenthalt ja eingeholt hat, gar nicht behauptet.Der Einwand des Revisionswerbers, eine Ablehnung des Versicherungsschutzes betreffend einen Aufenthalt in einer ausländischen Privatklinik verstoße bei Feststehen aller sonstigen Voraussetzungen der Absatz 8 und 9 des Paragraph 5, AVB als Willkür seitens des Versicherers gegen die guten Sitten, muss hier nicht weiter erörtert werden, da ein solcher Fall nicht gegeben ist. Hier hat es der Kläger von vornherein verabsäumt, eine schriftliche Zusage der Beklagten vor Beginn seines Aufenthaltes in der deutschen Privatklinik einzuholen. Dass ein Fall der Dringlichkeit iSd Absatz 12, des Paragraph 5, AVB vorgelegen hätte und deshalb keine schriftliche Zusage der Beklagten vor Beginn der Behandlung möglich gewesen wäre, hat der Kläger, der die Zustimmung der BVA vor dem gegenständlichen Klinikaufenthalt ja eingeholt hat, gar nicht behauptet.

Da die Vorinstanzen demnach einen Versicherungsschutz für den gegenständlichen Klinikaufenthalt ohne Rechtsirrtum verneint haben, muss die Revision erfolglos bleiben.

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

Textnummer

E78195

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:OGH0002:2005:0070OB00179.05G.0831.000

Im RIS seit

30.09.2005

Zuletzt aktualisiert am

04.12.2012

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