jusline®
»» Recht. Schnell

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

TE OGH 2004/10/20 7Ob231/04b

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 20.10.2004

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 Clarissa M*****, vertreten durch Zumtobel Kronberger Rechtsanwälte GmbH in Salzburg, gegen die beklagte Partei U***** Aktiengesellschaft, ***** vertreten durch Mag. Christian Posch, Rechtsanwalt in Salzburg, wegen EUR 18.165,80 sA, über die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Oberlandesgerichtes Linz als Berufungsgericht vom 29. Juni 2004, GZ 4 R 85/04d-15, womit das Urteil des Landesgerichtes Salzburg vom 24. Februar 2004, GZ 4 Cg 85/03v-8, infolge Berufung der Klägerin bestätigt wurde, in nichtöffentlicher Sitzung zu Recht erkannt:

Spruch

Der Revision wird nicht Folge gegeben.

Die Klägerin ist schuldig, der Beklagten die mit EUR 1.000,98 (darin enthalten EUR 166,83 Umsatzsteuer) bestimmten Kosten der Revisionsbeantwortung binnen 14 Tagen zu ersetzen.

Text

Entscheidungsgründe:

Die Klägerin schloss im Jahr 1992 mit der Rechtsvorgängerin der Beklagten eine Privatkrankenversicherung ab, der die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaus-Tagegeldversicherung (AVB 1999) zugrunde gelegt wurden. Deren für das vorliegende Verfahren maßgebliche Bestimmungen 5.9.a) und 5.11. lauten wie folgt:

5.9.a) Für eine stationäre Heilbehandlung im Sinne des Punktes 5.8. werden in privaten Krankenanstalten außerhalb Österreichs und in Anstalten (oder Abteilungen von Anstalten),

- 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 Rekonvaleszente oder Pflegefälle aufgenommen werden,

Leistungen nur insoweit erbracht, als der Versicherer diese vor Beginn schriftlich zugesagt hat.

5.11. Der Versicherer kann sich auf seine Leistungsfreiheit nach Punkt 5.9.a) insoweit und solange nicht berufen, als die Dringlichkeit der stationären Heilbehandlung das Aufsuchen einer Krankenanstalt im Sinne des Punktes 5.8. bzw die Einholung einer vor Beginn der Behandlung erfolgten schriftlichen Zusage nach Punkt 5.9.a) nicht zulässt.

Im Jahr 2002 wurde die Klägerin von der sie behandelnden Ärztin zur (weiteren) Behandlung einer bereits länger

bestehenden agitierten Depression verbunden mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus, Bulimie, Neurodermitis und Adipositas in die private Krankenanstalt W***** in Deutschland eingewiesen. Kurz vor dem mit 5. 11. 2002 geplanten Behandlungsbeginn fragte die Klägerin bei der Beklagten telefonisch nach der Kostendeckung. Die Beklagte antwortete mit Schreiben vom 31. 10. 2002, dass sie für die geplante Behandlung in der genannten Klinik die tariflichen Leistungen für maximal 21 Tage erbringen werde. Gegen Vorlage der saldierten Rechnungen stünden folgende Leistungen zur Verfügung: Verpflegungskosten täglich bis EUR 316,13 und Nebenkosten täglich bis EUR 188,95.

Die Klägerin begab sich am 5. 11. 2002 in stationäre Behandlung der genannten deutschen Klinik, wobei es sich bei ihrer Einweisung um eine reguläre und nicht um eine Akutaufnahme handelte.

Während ihres Aufenthalts beantragte die Klägerin bei der Beklagten eine Verlängerung. Obwohl ihr die Beklagte mit Schreiben vom 5. 12. 2002 mitteilte, einer Verlängerung des Klinikaufenthalts keine Genehmigung erteilen zu können, blieb die Klägerin bis 1. 2. 2002 in stationärer Behandlung der Klinik W*****.

Die Beklagte erbrachte der Klägerin die mit Schreiben vom 5. 11. 2002 zugesagten Leistungen aus der Krankenversicherung für 21 Tage.

Die Klägerin begehrt hingegen eine weitere (restliche) Versicherungsleistung von EUR 18.165,80. Ihr Aufenthalt habe aufgrund des komplizierten Verlaufs ihrer Krankheit länger als 21 Tage gedauert. Es habe kein Grund bestanden, die vertraglichen Leistungen für den weiteren Aufenthalt abzulehnen.

Die Beklagte beantragte Klagsabweisung. Da es sich bei der Klinik W***** um eine private Krankenanstalt außerhalb Österreichs handle, seien von ihr gemäß Punkt 5.9.a) AVB Leistungen nur nach vorheriger schriftlicher Zusage zu erbringen. Die Kostendeckung für 21 Aufenthaltstage habe sie aus Gründen kundenorientierter Geschäftspolitik und aus Kulanz zugestanden, ohne die Möglichkeit einer vorherigen Überprüfung des Sachverhalts gehabt zu haben, weil sie von der Klägerin zu kurzfristig mit der Frage nach der Kostendeckung befasst worden sei. Eine weitere Zusage habe sie nicht erteilt. Außerdem handle es sich bei der Klinik W***** um eine Spezialklinik, die nicht ausschließlich nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeite. Auch seien bei der Klägerin Behandlungsmethoden angewandt worden, die einen dreimonatigen stationären Aufenthalt nicht erfordert hätten.

Das Erstgericht wies das Klagebegehren ab. Da es sich bei der Klinik W***** um eine private Krankenanstalt außerhalb Österreichs handle, greife die in Punkt 5.9.a) der Versicherungsbedingungen normierte Einschränkung der Leistungspflicht. Ob die betreffende Klinik ausschließlich nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeite, Rehabilitationsmaßnahmen oder Kurbehandlungen durchführe, Rekonvaleszente oder Pflegefälle aufnehme, sei unerheblich, weil für die eingeschränkte Leistungspflicht bereits die Tatsache ausreiche, dass eine private Krankenanstalt außerhalb Österreichs von der Versicherungsnehmerin in Anspruch genommen worden sei. Eine derartige Einschränkung der Leistungspflicht sei zulässig, zumal die Beklagte über ausländische Privatkrankenhäuser geringere Informationsmöglichkeiten habe, mit diesen seltener zusammenarbeite und daher schwerer beurteilen könne, wie dort gearbeitet werde. Eine Akutaufnahme im Sinne des Punktes 5.11. der Versicherungsbedingungen sei nicht vorgelegen.

Das Berufungsgericht bestätigte die Entscheidung der ersten Instanz in der Hauptsache und sprach aus, dass die ordentliche Revision zulässig sei.

Ausgehend von den in ständiger Rechtsprechung vertretenen Grundsätzen der Auslegung von Versicherungsbedingungen sei das Auslegungsergebnis des Erstgerichts zutreffend:

Nach dem Wortlaut des Punktes 5.9.a) der Vertragsbestandteil gewordenen Versicherungsbedingungen sei für die Beurteilung der Frage, ob Ersatz von Leistungen für eine stationäre Heilbehandlung der schriftlichen Zusage des Versicherers bedürften, die Art der Anstalt maßgebend, in der die Krankheit behandelt werde. Der erste Tatbestand betreffe Aufenthalte in privaten Krankenanstalten außerhalb Österreichs. Wenn auch nicht ausdrücklich darauf hingewiesen werde, dass dieser unabhängig von den im Folgenden aufgezählten Kriterien erfüllt sein solle, könne der durchschnittlich verständige Versicherungsnehmer die zitierte Bestimmung nur dahin verstehen, dass der Aufenthalt in einer privaten Krankenanstalt außerhalb Österreichs stets der Zustimmung des Versicherers bedarf, während sich die genannten weiteren Kriterien nur auf die unmittelbar vorangegangenen Worte "Anstalten (oder Abteilungen von Anstalten)" bezögen. Die Klägerin vermöge ihre gegenteilige Auffassung nicht überzeugend zu begründen. Sollte, wie

sie meine, das Wort "und" zwischen der Wortfolge "privaten Krankenanstalten außerhalb Österreichs" und der Wortfolge "Anstalten (oder Abteilungen von Anstalten)", zum Ausdruck bringen, dass es bei allen aufgezählten Anstalten auf die im Folgenden aufgezählten Kriterien ankäme, müsste diese Formulierung als misslungen bezeichnet werden. Es wäre dann nämlich nicht notwendig gewesen, die Wortfolge "in privaten Krankenanstalten außerhalb Österreichs" in Punkt 5.9.a) der Versicherungsbedingungen aufzunehmen, es sei denn, man wollte die öffentlichen Krankenanstalten außerhalb Österreichs ausnehmen, zu welcher Annahme aber kein Grund bestehe.

Auch der erkennbare Sinn der Bedingung spreche für die vom Erstgericht gewählte Auslegung. Der Versicherer wolle das Risiko für die Aufnahme in ausländischen Privatkrankenanstalten deshalb nicht uneingeschränkt tragen, weil dieses für ihn weit weniger kalkulierbar sei als ein Aufenthalt in einer österreichischen oder in einer öffentlichen Krankenanstalt außerhalb Österreichs. Es liege auf der Hand, dass dem Versicherer Informationen über ausländische Privatkrankenhäuser weniger leicht zugänglich seien und schwieriger zu beurteilen sei, wie dort gearbeitet werde, welche Behandlungen durchgeführt und welche Patienten aufgenommen würden. Demgemäß mache er seine Leistungen von einer vorherigen Zusage abhängig und schließe so eine nachträgliche Erörterung aus, ob gerade die konkrete private Krankenanstalt ausschließlich nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeite, Rehabilitationsmaßnahmen oder Kurbehandlungen durchführe, Rekonvaleszente oder Pflegefälle aufnehme.

Dass der Versicherer unter diesem Gesichtspunkt ein berechtigtes Interesse an einer Risikobeschränkung habe und derartige Leistungen ohne vorherige Zustimmung nicht übernehme, müsse einem durchschnittlich verständigen Versicherungsnehmer erkennbar sein. Auch nach dem Wortlaut der Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaus-Tagegeldversicherung (MBKV 1984) und für die Gruppenkrankheitskosten- und Krankenhaus-Tagegeldversicherung (AVBGV 1986) unterliege es keinem Zweifel, dass Leistungen für eine stationäre Heilbehandlung in privaten Krankenanstalten außerhalb Österreichs nur insoweit erbracht würden, als der Versicherer diese vor Beginn schriftlich zugesagt habe. Zwar weiche der Wortlaut der hier in Rede stehenden Versicherungsbedingungen von den Musterbedingungen ab; es sei aber nicht ersichtlich, dass mit der sprachlichen Umformulierung auch inhaltlich von den Musterbedingungen hätte abgewichen werden sollen.

Nach Wortlaut und Zweck der AVB könne also kein Zweifel daran bestehen, dass Leistungen für stationäre Heilbehandlungen in privaten Krankenanstalten außerhalb Österreichs von der Beklagten nur insoweit erbracht würden, als sie diese vor Beginn schriftlich zugesagt habe. Es bestehe daher weder Grund zur Anwendung der Unklarheitenregel des § 915 ABGB noch zur Annahme der Unwirksamkeit einer unverständlich abgefassten Bedingung im Sinn des § 6 Abs 3 KSchG.Nach Wortlaut und Zweck der AVB könne also kein Zweifel daran bestehen, dass Leistungen für stationäre Heilbehandlungen in privaten Krankenanstalten außerhalb Österreichs von der Beklagten nur insoweit erbracht würden, als sie diese vor Beginn schriftlich zugesagt habe. Es bestehe daher weder Grund zur Anwendung der Unklarheitenregel des Paragraph 915, ABGB noch zur Annahme der Unwirksamkeit einer unverständlich abgefassten Bedingung im Sinn des Paragraph 6, Absatz 3, KSchG.

Die Frage, ob Krankenversicherungsleistungen für eine stationäre Heilbehandlung in privaten Krankenanstalten außerhalb Österreichs nach Versicherungsbedingungen der vorliegenden Art stets der Zusage des Versicherers bedürften, sei von allgemeiner Bedeutung. Da hiezu eine Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofs fehle, lägen die Voraussetzungen des § 502 Abs 1 ZPO für die Zulässigkeit der ordentlichen Revision vor.Die Frage, ob Krankenversicherungsleistungen für eine stationäre Heilbehandlung in privaten Krankenanstalten außerhalb Österreichs nach Versicherungsbedingungen der vorliegenden Art stets der Zusage des Versicherers bedürften, sei von allgemeiner Bedeutung. Da hiezu eine Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofs fehle, lägen die Voraussetzungen des Paragraph 502, Absatz eins, ZPO für die Zulässigkeit der ordentlichen Revision vor.

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

Die Beklagte beantragt in ihrer Revisionsbeantwortung, dem Rechtsmittel der Klägerin keine Folge zu geben.

Die Revision ist aus dem vom Berufungsgericht genannten Grund zulässig; sie ist aber nicht berechtigt.

Rechtliche Beurteilung

Prozessentscheidend ist die Auslegung der, dem zwischen den Streitteilen abgeschlossenen Versicherungsvertrag zugrunde gelegten, hier eingangs wiedergegebenen Versicherungsbedingungen. Schon das Berufungsgericht hat die vom Obersten Gerichtshof entwickelten und in ständiger Rechtsprechung vertretenen Grundsätze zur Auslegung von Versicherungsbedingungen zutreffend angeführt: Danach sind Allgemeine Versicherungsbedingungen nach Vertragsauslegungsgrundsätzen (§§ 914 ff ABGB) auszulegen. Die Auslegung hat sich daher am Maßstab des durchschnittlich verständigen Versicherungsnehmers zu orientieren (7 Ob 31/91, VR 1992/277; 7 Ob 6/92, VR 1992/284; RIS-Justiz RS0050063 mit zahlreichen Entscheidungsnachweisen). Die einzelnen Klauseln der Versicherungsbedingungen sind, wenn sie - wie hier - nicht auch Gegenstand und Ergebnis von Vertragsverhandlungen waren, objektiv unter Beschränkung auf ihren Wortlaut auszulegen (RIS-Justiz RS0008901 mit zahlreichen Entscheidungsnachweisen, zuletzt etwa 7 Ob 83/04p; 7 Ob 107/04t und 7 Ob 173/04y). In allen Fällen ist der einem objektiven Beobachter erkennbare Zweck einer Bestimmung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu berücksichtigen (7 Ob 3/89, VR 1990/182 = RdW 1989, 329 [Schauer]; 7 Ob 1/90, VR 1990/224; 7 Ob 16/91, VR 1992/269; 7 Ob 234/00p; 7 Ob 41/01p, ÖBA 2001, 987; 7 Ob 115/01i, VersR 2001, 1312; 7 Ob 205/02a; 7 Ob 70/03z; 7 Ob 83/04p; 7 Ob 173/04y uva). Nach objektiven Gesichtspunkten als unklar aufzufassende Klauseln müssen daher so ausgelegt werden, wie sie ein durchschnittlich verständiger Versicherungsnehmer verstehen musste (SZ 69/134; 7 Ob 372/98a, SZ 72/83; 7 Ob 93/00b, SZ 73/169; 7 Ob 107/04t mwN uva), wobei Unklarheiten iSd § 915 ABGB zu Lasten des Verwenders der AGB, also des Versicherers gehen (7 Ob 37/89, JBl 1990, 316 = EvBl 1990/28 = VR 1990/198 = VersR 1990, 445; 7 Ob 205/02a; 7 Ob 173/04y uva; Rummel in Rummel ABGB³ Rz 13 zu § 864a mwN).Prozessentscheidend ist die Auslegung der, dem zwischen den Streitteilen abgeschlossenen Versicherungsvertrag zugrunde gelegten, hier eingangs wiedergegebenen Versicherungsbedingungen. Schon das Berufungsgericht hat die vom Obersten Gerichtshof entwickelten und in ständiger Rechtsprechung vertretenen Grundsätze zur Auslegung von Versicherungsbedingungen zutreffend angeführt: Danach sind Allgemeine Versicherungsbedingungen nach Vertragsauslegungsgrundsätzen (Paragraphen 914, ff ABGB) auszulegen. Die Auslegung hat sich daher am Maßstab des durchschnittlich verständigen Versicherungsnehmers zu orientieren (7 Ob 31/91, VR 1992/277; 7 Ob 6/92, VR 1992/284; RIS-Justiz RS0050063 mit zahlreichen Entscheidungsnachweisen). Die einzelnen Klauseln der Versicherungsbedingungen sind, wenn sie - wie hier - nicht auch Gegenstand und Ergebnis von Vertragsverhandlungen waren, objektiv unter Beschränkung auf ihren Wortlaut auszulegen (RIS-Justiz RS0008901 mit zahlreichen Entscheidungsnachweisen, zuletzt etwa 7 Ob 83/04p; 7 Ob 107/04t und 7 Ob 173/04y). In allen Fällen ist der einem objektiven Beobachter erkennbare Zweck einer Bestimmung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu berücksichtigen (7 Ob 3/89, VR 1990/182 = RdW 1989, 329 [Schauer]; 7 Ob 1/90, VR 1990/224; 7 Ob 16/91, VR 1992/269; 7 Ob 234/00p; 7 Ob 41/01p, ÖBA 2001, 987; 7 Ob 115/01i, VersR 2001, 1312; 7 Ob 205/02a; 7 Ob 70/03z; 7 Ob 83/04p; 7 Ob 173/04y uva). Nach objektiven Gesichtspunkten als unklar aufzufassende Klauseln müssen daher so ausgelegt werden, wie sie ein durchschnittlich verständiger Versicherungsnehmer verstehen musste (SZ 69/134; 7 Ob 372/98a, SZ 72/83; 7 Ob 93/00b, SZ 73/169; 7 Ob 107/04t mwN uva), wobei Unklarheiten iSd Paragraph 915, ABGB zu Lasten des Verwenders der AGB, also des Versicherers gehen (7 Ob 37/89, JBl 1990, 316 = EvBl 1990/28 = VR 1990/198 = VersR 1990, 445; 7 Ob 205/02a; 7 Ob 173/04y uva; Rummel in Rummel ABGB³ Rz 13 zu Paragraph 864 a, mwN).

Ausgehend von diesen Grundsätzen ist die Auslegung des Punktes 5.9.a) der AVB 1999 durch die Vorinstanzen zu billigen. Die Revisionswerberin vermag ihre gegenteilige Ansicht in keiner Weise stichhältig zu begründen. Da sie lediglich an ihren diesbezüglichen bereits in erster und zweiter Instanz gebrauchten, schon vom Berufungsgericht verworfenen Argumenten festhält, genügt es, auf dessen zutreffende Ausführungen zu verweisen, die keiner Ergänzung bedürfen (§ 510 Abs 3 zweiter Satz ZPO). Sowohl nach dem Wortlaut als auch unter Bedacht auf den - schon vom Berufungsgericht richtig erläuterten - Sinn und Zweck der betreffenden Versicherungsbedingung kann keinerlei Zweifel daran bestehen, dass Leistungen für eine stationäre Heilbehandlung in privaten Krankenanstalten außerhalb Österreichs von der Beklagten nur unter der Voraussetzung zu erbringen sind, dass entsprechende Kostendeckung vor Beginn des stationären Aufenthalts von ihr schriftlich zugesagt wurde.Ausgehend von diesen Grundsätzen ist die Auslegung des Punktes 5.9.a) der AVB 1999 durch die Vorinstanzen zu billigen. Die Revisionswerberin vermag ihre gegenteilige Ansicht in keiner Weise stichhältig zu begründen. Da sie lediglich an ihren diesbezüglichen bereits in erster und zweiter Instanz gebrauchten, schon vom Berufungsgericht verworfenen Argumenten festhält, genügt es, auf dessen zutreffende Ausführungen zu verweisen, die keiner Ergänzung bedürfen (Paragraph 510, Absatz 3, zweiter Satz ZPO). Sowohl nach dem Wortlaut als auch unter Bedacht auf den - schon vom Berufungsgericht richtig

erläuterten - Sinn und Zweck der betreffenden Versicherungsbedingung kann keinerlei Zweifel daran bestehen, dass Leistungen für eine stationäre Heilbehandlung in privaten Krankenanstalten außerhalb Österreichs von der Beklagten nur unter der Voraussetzung zu erbringen sind, dass entsprechende Kostendeckung vor Beginn des stationären Aufenthalts von ihr schriftlich zugesagt wurde.

Da die Beklagte eine solche Zusage nur für einen stationären Aufenthalt von 21 Tagen erteilt hat und nach den Feststellungen der Vorinstanzen hinsichtlich des weiteren Aufenthalts eine Dringlichkeit iSd Punkt 5.11. AVB 1999 nicht gegeben war, ist die angefochtene Entscheidung frei von Rechtsirrtum.

Die Revision muss daher erfolglos bleiben, zumal auch die von der Klägerin noch geltend gemachte Mangelhaftigkeit des Verfahrens und die von ihr behauptete Aktenwidrigkeit nicht vorliegen. Obzwar dies gemäß § 510 Abs 3 dritter Satz ZPO keiner Begründung durch den Obersten Gerichtshof bedarf, sei doch kurz darauf eingegangen:Die Revision muss daher erfolglos bleiben, zumal auch die von der Klägerin noch geltend gemachte Mangelhaftigkeit des Verfahrens und die von ihr behauptete Aktenwidrigkeit nicht vorliegen. Obzwar dies gemäß Paragraph 510, Absatz 3, dritter Satz ZPO keiner Begründung durch den Obersten Gerichtshof bedarf, sei doch kurz darauf eingegangen:

Die Mängelrüge der Klägerin muss schon deshalb scheitern, weil der darin geltend gemachte Verfahrensmangel erster Instanz (der darin liegen soll, dass die Parteienvernehmung der Klägerin zur Frage der Dringlichkeit der weiteren - über 21 Tage hinausgehenden - stationären Heilbehandlung zu Unrecht unterlassen worden sei), bereits vom Berufungsgericht verneint wurde und nach stRsp daher in der Revision nicht mehr geltend gemacht werden kann (Kodek in Rechberger ZPO^2 Rz 3 zu § 503 mwN; RIS-Justiz RS0042963). Dieser Grundsatz wäre nur dann unanwendbar, wenn das Berufungsgericht infolge unrichtiger Anwendung verfahrensrechtlicher Vorschriften eine Erledigung der Mängelrüge unterlassen (SZ 53/12 = JBl 1981, 268 mwN) oder sie mit einer durch die Aktenlage nicht gedeckten Begründung verworfen hätte (SZ 38/120; SZ 53/12 mwN), was aber hier beides nicht der Fall ist.Die Mängelrüge der Klägerin muss schon deshalb scheitern, weil der darin geltend gemachte Verfahrensmangel erster Instanz (der darin liegen soll, dass die Parteienvernehmung der Klägerin zur Frage der Dringlichkeit der weiteren - über 21 Tage hinausgehenden - stationären Heilbehandlung zu Unrecht unterlassen worden sei), bereits vom Berufungsgericht verneint wurde und nach stRsp daher in der Revision nicht mehr geltend gemacht werden kann (Kodek in Rechberger ZPO^2 Rz 3 zu Paragraph 503, mwN; RIS-Justiz RS0042963). Dieser Grundsatz wäre nur dann unanwendbar, wenn das Berufungsgericht infolge unrichtiger Anwendung verfahrensrechtlicher Vorschriften eine Erledigung der Mängelrüge unterlassen (SZ 53/12 = JBl 1981, 268 mwN) oder sie mit einer durch die Aktenlage nicht gedeckten Begründung verworfen hätte (SZ 38/120; SZ 53/12 mwN), was aber hier beides nicht der Fall ist.

Als Aktenwidrigkeit wird schließlich moniert, die vom Erstgericht allein aufgrund von Urkunden getroffene Feststellung, die Klägerin sei regulär in die Privatklinik eingewiesen worden; es habe sich dabei nicht um eine Akutaufnahme gehandelt; ergebe sich aus den betreffenden Urkunden, insbesondere der Beilage C nicht. Abgesehen davon, dass in dem betreffenden Schreiben der Klinikleitung an die behandelnde Ärztin der Klägerin vom 3. 3. 2003 Beilage C gleich eingangs festgehalten wird, dass die Klägerin "regulär" durch Einweisung der behandelnden Ärztin "zur stationären Aufnahme" gekommen sei, verkennt die Revisionswerberin damit das Wesen einer Aktenwidrigkeit. Diese liegt nur bei einem Widerspruch zwischen dem Akteninhalt und der darauf beruhenden wesentlichen Tatsachenfeststellung im Urteil vor, der nicht das Ergebnis eines richterlichen Werturteiles ist (Fasching, Zivilprozessrecht^2 Rz 1771), wobei aber dieser Widerspruch einerseits wesentlich, andererseits unmittelbar aus den Akten ersichtlich und behebbar sein muss. In der Gewinnung tatsächlicher Feststellungen durch Schlussfolgerungen kann somit eine Aktenwidrigkeit nicht gelegen sein (RIS-Justiz RS0043421 mit zahlreichen Entscheidungsnachweisen).

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

Textnummer

E74881

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:OGH0002:2004:0070OB00231.04B.1020.000

Im RIS seit

19.11.2004

Zuletzt aktualisiert am

25.04.2012

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