jusline®
»» Recht. Schnell

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

# TE OGH 2003/3/20 6Ob173/02p

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 20.03.2003

**Kopf**

Der Oberste Gerichtshof hat als Revisionsgericht durch den Senatspräsidenten des Obersten Gerichtshofes Dr. Ehmayr als Vorsitzenden und durch die Hofräte des Obersten Gerichtshofes Dr. Huber, Dr. Prückner, Dr. Schenk und Dr. Schramm als weitere Richter in der Rechtssache der klagenden Partei Österreichisches Rotes Kreuz, Landesverband Tirol, Bezirksstelle S***** , vertreten durch Dr. Peter Grauss und andere Rechtsanwälte in Schwaz, gegen die beklagte Partei Tiroler Gebietskrankenkasse, ***** vertreten durch Dr. Hans Peter Ullmann und Dr. Stefan Geiler, Rechtsanwälte in Innsbruck, wegen 187.157,39 EUR und Feststellung, über die Revision der klagenden Partei gegen das Urteil des Oberlandesgerichtes Innsbruck als Berufungsgericht vom 9. April 2002, GZ 3 R 22/02p-10, mit dem das Urteil des Landesgerichtes Innsbruck vom 5. Dezember 2001, GZ 10 Cg 118/01w-6, bestätigt wurde, in nichtöffentlicher Sitzung zu Recht erkannt:

**Spruch**

Der Revision wird nicht Folge gegeben.

Die klagende Partei hat der beklagten Partei die mit 2.181,60 EUR (darin enthalten 363,60 EUR Umsatzsteuer) bestimmten Kosten des Revisionsverfahrens binnen 14 Tagen zu ersetzen.

**Text**

Entscheidungsgründe:

Der Kläger, ein im Vereinsregister eingetragener Verein, ist Mitglied des ebenfalls im Vereinsregister eingetragenen Vereins mit dem Namen "Österreichisches Rotes Kreuz, Landesverband Tirol" (im Folgenden: Landesverband) mit dem Sitz in Innsbruck. Der Landesverband ist der Dachverband aller Bezirksstellen des Roten Kreuzes in Tirol. Sein Wirkungsbereich erstreckt sich auf das Gebiet dieses Bundeslandes. Der Landesverband ist seinerseits Mitglied des Österreichischen Roten Kreuzes. Nach den Satzungen des Landesverbandes hat dieser die vertrauensvolle Zusammenarbeit seiner Mitgliedsvereine zu fördern und zu vertiefen. Er ist für die Vertretung der Mitglieder nach außen zuständig, im Besonderen für deren Vertretung gegenüber den Sozialversicherungsträgern, soweit sich deren Tätigkeit auf das Bundesland Tirol bezieht.

Die Beklagte ist bemüht, mit den Rettungsorganisationen entsprechende Vereinbarungen über die direkte Verrechnung der von ihr den Versicherten (gemäß § 135 Abs 5 ASVG im Zusammenhang mit der Satzung) zu ersetzenden Krankentransportkosten zu treffen. Damit soll den Versicherten erspart werden, zunächst die aufgelaufenen Transportkosten selbst zu zahlen und dann von der Beklagten einzufordern. Dadurch soll auch eine Vereinfachung der Abrechnung herbeigeführt werden. Derartige Verträge hat die Beklagte bereits seit Jahren mit dem Landesverband abgeschlossen. Der diesbezügliche, am 1. 4. 1999 geschlossene, den Zeitraum vom 1. 4. 1999 bis 31. 3. 2000 umfassende Vertrag sieht erstmals für die Krankentransporte eine Begrenzung des Aufwandersatzes mit 70 Mio S für die Laufzeit des Vertrages vor. Dieser Deckelungsbetrag wurde in der Folge auf 76,015.000 S erhöht. Vom 1. 4.

2000 bis 30. 6. 2000 bestand zwischen dem Landesverband und der Beklagten ein vertragsloser Zustand. Für die Zeit vom 1. 7. 2000 bis 30. 6. 2001 wurde ein weiterer entsprechender Vertrag geschlossen, in dem ein Deckelungsbetrag von 73 Mio S vereinbart wurde.Die Beklagte ist bemüht, mit den Rettungsorganisationen entsprechende Vereinbarungen über die direkte Verrechnung der von ihr den Versicherten (gemäß Paragraph 135, Absatz 5, ASVG im Zusammenhang mit der Satzung) zu ersetzenden Krankentransportkosten zu treffen. Damit soll den Versicherten erspart werden, zunächst die aufgelaufenen Transportkosten selbst zu zahlen und dann von der Beklagten einzufordern. Dadurch soll auch eine Vereinfachung der Abrechnung herbeigeführt werden. Derartige Verträge hat die Beklagte bereits seit Jahren mit dem Landesverband abgeschlossen. Der diesbezügliche, am 1. 4. 1999 geschlossene, den Zeitraum vom 1. 4. 1999 bis 31. 3. 2000 umfassende Vertrag sieht erstmals für die Krankentransporte eine Begrenzung des Aufwandersatzes mit 70 Mio S für die Laufzeit des Vertrages vor. Dieser Deckelungsbetrag wurde in der Folge auf 76,015.000 S erhöht. Vom 1. 4. 2000 bis 30. 6. 2000 bestand zwischen dem Landesverband und der Beklagten ein vertragsloser Zustand. Für die Zeit vom 1. 7. 2000 bis 30. 6. 2001 wurde ein weiterer entsprechender Vertrag geschlossen, in dem ein Deckelungsbetrag von 73 Mio S vereinbart wurde.

Der am 1. 4. 1999 zwischen dem Landesverband und der Beklagten abgeschlossene Vertrag lautet auszugsweise:

"1. Gegenstand

1.1. Gegenstand dieses Vertrages ist die Durchführung von Krankentransporten mit Krankentransportfahrzeugen in der Form von Liegendtransporten und Ambulanztransporten gemäß Vertragspunkte 4.1. und 4.2. (im Folgenden kurz "Transporte") von Versicherten und Anspruchsberechtigten (im Folgenden kurz "Anspruchsberechtigte") der Versicherungsträger durch das ÖRK. Nicht umfasst vom gegenständlichen Vertrag sind Transporte mit dem Notarztwagen.

1.2. Als Anspruchsberechtigte gelten auch Personen, die von den Versicherungsträgern aufgrund gesetzlicher Bestimmungen oder zwischenstaatlicher Verträge zu betreuen sind.

2. Kostenübernahme

2.1. Für die Kostenübernahme durch die Versicherungsträger sind deren einschlägige Rechtsvorschriften und satzungsmäßige Bestimmungen maßgebend.

2.2. Die Transportkosten werden nur für medizinisch notwendige Transporte bis zur oder von der nächstgelegenen geeigneten Behandlungsstelle (Krankenanstalt, Arzt, Ambulatorium etc.) übernommen....

3. Ärztliche Transportanweisung

3.1. Die ärztliche Anweisung zum Transport muss auf dem vom Versicherungsträger hiefür aufgelegten Formular erfolgen. Diese Transportanweisung muss vor Durchführung des Transportes bereits vorliegen. Vom veranlassenden Arzt muss die medizinische Notwendigkeit des Transportes mit dem Krankentransportfahrzeug im Sinne des Vertragspunktes 4.1. bzw 4.2. entsprechend bescheinigt sein.

3.2. Muss ein Anspruchsberechtigter infolge eines Notfalles ohne Transportanweisung befördert werden, ist die medizinische Notwendigkeit des Transportes nachträglich vom Aufnahmearzt der Krankenanstalt bzw vom behandelnden Arzt zu bestätigen. Die Bescheinigung der medizinischen Notwendigkeit des Transportes kann nur beim Transport zu einer Entbindung entfallen.

4. Transporte - Begriffsbestimmungen

4.1. Liegendtransport - ein solcher liegt vor, wenn laut ärztlicher Transportanweisung der Erkrankte gehunfähig ist und ihm wegen Gefahr für Leben oder Gesundheit die Benützung eines anderen Transportfahrzeuges als einem Krankentransportfahrzeug nicht zugemutet werden kann; sie sind nur mit einem geeigneten Krankentransportfahrzeug mit einem Sanitäter neben dem Fahrer durchzuführen. Der Patient muss liegend oder mit Tragestuhl befördert werden.

4.2. Ambulanztransport - ein solcher liegt vor, wenn die Voraussetzungen eines Liegendtransportes gegeben sind mit der Ausnahme, dass statt des Vorhandenseins eines Sanitäters und eines Fahrers das Vorhandensein eines im Sanitätsbereich ausgebildeten Fahrers ausreichend ist (insbesondere Chemo-, Strahlen- und Dialysepatienten). ...

5. Transportkosten

5.1. Die Vergütung der Transportkosten nach Fahrtkilometern bzw nach Ortspauschalien wird im Tarifanhang, der einen integrierenden Bestandteil dieser Vereinbarung darstellt, geregelt; ferner erfolgt die Vergütung durch Zuschläge.

5.2. Ortspauschalien: ...

5.7. Mit den vom Versicherungsträger zu leistenden Transportkosten sind alle mit dem Liegend- bzw Ambulanztransport zusammenhängenden Kosten abgegolten.

5.8. Zu- oder Aufzahlungen dürfen vom Anspruchsberechtigten oder von Dritten weder gefordert noch entgegengenommen werden. Ausgenommen sind jene Fälle, in denen auf Wunsch des Anspruchsberechtigten der Transport über das nach den Bestimmungen dieses Vertrages festgelegte Ausmaß hinaus geht. In diesen Fällen muss der Anspruchsberechtigte die Differenz zwischen den erwachsenden Transportkosten und den nach Maßgabe dieses Vertrages zu vergütenden Transportkosten selbst tragen. Wird von einem Anspruchsberechtigten ein solcher Transport gewünscht, ist er darüber aufzuklären, dass die Mehrkosten nicht vom Versicherungsträger getragen werden. Allfällige Sonderwünsche sind auf dem Rechnungsbeleg entsprechend zu vermerken. ...

6. Kostenabrechnung

6.1. Die anfallenden Transportkosten sind von den Bezirksstellen des ÖRK mit jedem einzelnen Versicherungsträger bzw dessen örtlich zuständigen Landesstellen gesondert zu verrechnen.

Gegenüber der Tiroler Gebietskrankenkasse sind die Rechnungen ausschließlich bei der Hauptverwaltung, Innsbruck ... einzureichen.

...

6.8. Die Versicherungsträger überweisen die Transportkosten binnen sechs Wochen nach Einlangen der Rechnung, sofern die Anspruchsberechtigung und die vertraglichen Voraussetzungen für die Übernahme der Kosten des Transportes zu Lasten des Versicherungsträgers gegeben sind ..."

Dem Vertrag sind im Anhang 1 die Tarife "Rotes Kreuz" gültig vom 1. April 1999 bis 31. März 2000 angeschlossen. Darin ist auch die Vereinbarung der Deckelung enthalten, die lautet:

"Deckelung

Für die Laufzeit der Vereinbarung vom 1. April 1999 bis 31. März 2000 erfolgt eine Deckelung des Jahresaufwandes mit 70 Mio S. Wenn der Deckelbetrag von 70 Mio S nicht ausgeschöpft wird, verbleibt der Rest dem Landesverband für strukturverbessernde Maßnahmen bzw für einen Ausgleich zwischen einzelnen Ortsstellen.

Für die Zeit nach dem 1. April 2000 gehen die Vertragspartner weiterhin von der Deckelsumme des vorhergehenden Zeitraumes aus, auch wenn die Deckelsumme in der Zeit vom 1. April 1999 bis 31. Mai 2000 unterschritten wird.

Wird die Deckelsumme durch unbeeinflussbare Ereignisse überschritten (zB Einstellung von Transporten durch andere Vertragspartner), übernimmt die Kasse die Kosten des Überschreitungsbetrages im Ausmaß des Transportvolumens dieses Vertragspartners. In anderen Fällen einer Deckelüberschreitung durch unvorhergesehene, unbeeinflussbare Ereignisse übernimmt die Kasse die Kosten des Überschreitungsbetrages höchstens jedoch bis zu einem Betrag in Höhe von 2 % der Deckelsumme. Der Landesverband wird durch die Kasse nach Vorliegen der Monatsabrechnungen jeweils über die abgerechneten Transportkosten informiert, damit entsprechende Gegenstrategien ergriffen werden können."

Der Kläger hat mit insgesamt fünf Abrechnungen der Beklagten Transportleistungen im Gesamtbetrag von 6,350.325,37 S in Rechnung gestellt. Hievon hat die Beklagte mit dem Hinweis, dass die Deckelungssumme überschritten worden sei, 2,575.341,85 S (187.157,39 EUR) nicht zur Auszahlung gebracht.

Der Kläger begehrt die Zahlung dieses Betrages und die Feststellung, dass die im Anhang zum Vertrag vom 1. 4. 1999 vorgenommene Deckelung der Entlohnung der Transportleistungen gegenüber dem Kläger infolge Sittenwidrigkeit nichtig sei. Der Kläger habe sich von vornherein gegen den Abschluss der Deckelungsvereinbarung ausgesprochen. Die Beklagte habe gewusst, dass der vereinbarte Höchstbetrag nicht kostendeckend sein könne. Die Tarife seien ohnehin schon knapp kalkuliert. Dennoch werde der Kläger verpflichtet, die Krankentransporte durchzuführen, ohne diese ablehnen zu dürfen. Er sei ein durch den Vertrag geschädigter Dritter. Er dürfe auch keine Zuzahlungen oder Vergütungen von den transportierten Personen einheben. Der Kläger könne nicht selbst entscheiden, welche

Transporte durchzuführen seien und welche nicht. Die Transporte seien medizinisch begründet und würden aufgrund ärztlicher Transportanweisungen durchgeführt. Die Transportpflicht sei auch im Vertrag ausdrücklich geregelt. Die Beklagte habe ihre Übermacht ausgenützt. Im Fall eines vertragslosen Zustandes hätte der Kläger nur die Möglichkeit, die Transportleistungen direkt mit den Patienten zu verrechnen. Dies wäre mit allen Problemen des Inkassos verbunden und setzte die Schaffung einer entsprechenden Infrastruktur voraus. Dem Kläger sei es praktisch unmöglich, Direktverrechnungen mit den Patienten durchzuführen. Zudem sei eine landesweite einheitliche Regelung hinsichtlich der Transportverrechnung unumgänglich. Die Vereinbarung über die Deckelung sei wegen des Zwanges des Klägers zur Leistungserbringung ohne entsprechendes Entgelt und wegen des groben Ungleichgewichts der Interessenlage sittenwidrig. Der Kläger sei ein unter dem Schutzzweck des Vertrages stehender Dritter und deshalb berechtigt, die Sittenwidrigkeit geltend zu machen. Die Beklagte sei infolge der Nichtigkeit der Deckelungsvereinbarung verpflichtet, die aufgrund der Tarife feststehenden Beträge in voller Höhe zu zahlen. Die Deckelung verstoße auch "gegen die Bestimmungen der §§ 342 Abs 4 und 349 Abs 3 ASVG sowie gegen die §§ 1, 2, 27 Abs 2 und 45 der Mustersatzung iVm § 455 Abs 2 ASVG". Bei Entfall der neuen Tarifvereinbarung gelte gemäß § 45 der Mustersatzung der Tarif der vorangehenden Jahre, der nicht gedeckelt worden sei. Die Beklagte sei infolge der Nichtigkeit der Deckelungsvereinbarung verpflichtet, die aufgrund der Tarife feststehenden Beträge in voller Höhe zu zahlen. Hilfsweise werde der Klageanspruch auch auf Schadenersatz und Bereicherung gestützt. Die Beklagte habe ihre Sorgfaltspflicht außer Acht gelassen, die zu einer finanziellen Diskriminierung des Klägers geführt habe. Der Kläger könne nicht darauf verwiesen werden, aus der Gesamtregelung auszusteigen, weil damit in unsachlicher Weise auf seine wirklichen Belange nicht eingegangen würde und seine wirklichen Interessen nicht berücksichtigt würden. Das Feststellungsinteresse ergebe sich aus der Möglichkeit, dass erst in Zukunft Leistungen aus dem vom Vertrag betroffenen Zeitraum abgerechnet würden. Die Beklagte beantragte die Abweisung des Klagebegehrens. Der begehrte Betrag übersteige die vereinbarte Deckelungssumme. Die Sicherstellung des örtlichen Rettungsdienstes sei nicht Aufgabe des Klägers, sondern - nach dem Tiroler Rettungsgesetz - Aufgabe der Gemeinde. Die Beklagte habe hingegen den versicherten Personen die Kosten zu ersetzen, die ihnen für notwendige, medizinisch gerechtfertigte Transporte entstanden seien. Die Vereinbarungen mit den jeweiligen Rettungsorganisationen über den Kostenersatz dienten der Vereinfachung der Abrechnung zugunsten der Versicherten. Der Landesverband habe den Vertrag als bevollmächtigter Vertreter des Klägers geschlossen. Der Kläger sei daher daran gebunden. Er sei nicht gezwungen gewesen, den Vertrag abzuschließen. Er hätte die Transporte auch den Versicherten direkt in Rechnung stellen können. Es sei auch unrichtig, dass der Kläger gezwungen sei, jeden Krankentransport durchzuführen. Krankentransporte könnten auch mit anderen Transportmitteln erfolgen. Der Kläger führe auch Transporte durch, bei denen der Transportschein erst im Nachhinein beschafft werde. Er habe offensichtlich ein Interesse daran, möglichst viele Transportkilometer zu erbringen. Einsparungen wären auch durch eine Straffung der Organisation möglich. Die Beklagte sei aufgrund von Weisungen der Bundesregierung verpflichtet, Krankentransportkosten einzusparen und Direktverrechnungen mit den Rettungsorganisationen nur mehr für Rettungstransporte durchzuführen. Die Vereinbarung sei nach langwierigen Verhandlungen geschlossen und keineswegs dem Kläger aufgezwungen worden. Dieser habe die Vereinbarung dem vertragslosen Zustand vorgezogen. Es könne überhaupt nur der gesamte Vertrag nichtig sein, eine Teilnichtigkeit sei unmöglich. Die Beklagte wäre daher im Fall der Nichtigkeit infolge Vertragsauflösung ex tunc zu keinerlei Zahlung verpflichtet. Sie hätte in diesem Fall den Versicherten gemäß § 131a ASVG nur 80 % der von diesen direkt an den Kläger zu zahlenden Transportkosten zu ersetzen. Der Hinweis auf die Bestimmungen der §§ 349 ff ASVG sei verfehlt, weil die Vereinbarung kein Gesamtvertrag sei. Das Begehren werde auch der Höhe nach bestritten. Ein Feststellungsinteresse sei nicht gegeben, weil künftige Nachteile aus dem Vertrag nicht zu erwarten seien.Der Kläger begehrt die Zahlung dieses Betrages und die Feststellung, dass die im Anhang zum Vertrag vom 1. 4. 1999 vorgenommene Deckelung der Entlohnung der Transportleistungen gegenüber dem Kläger infolge Sittenwidrigkeit nichtig sei. Der Kläger habe sich von vornherein gegen den Abschluss der Deckelungsvereinbarung ausgesprochen. Die Beklagte habe gewusst, dass der vereinbarte Höchstbetrag nicht kostendeckend sein könne. Die Tarife seien ohnehin schon knapp kalkuliert. Dennoch werde der Kläger verpflichtet, die Krankentransporte durchzuführen, ohne diese ablehnen zu dürfen. Er sei ein durch den Vertrag geschädigter Dritter. Er dürfe auch keine Zuzahlungen oder Vergütungen von den transportierten Personen einheben. Der Kläger könne nicht selbst entscheiden, welche Transporte durchzuführen seien und welche nicht. Die Transporte seien medizinisch begründet und würden aufgrund ärztlicher Transportanweisungen durchgeführt. Die Transportpflicht sei auch im Vertrag ausdrücklich geregelt. Die Beklagte habe ihre Übermacht ausgenützt. Im Fall eines vertragslosen Zustandes hätte der Kläger nur die Möglichkeit,

die Transportleistungen direkt mit den Patienten zu verrechnen. Dies wäre mit allen Problemen des Inkassos verbunden und setzte die Schaffung einer entsprechenden Infrastruktur voraus. Dem Kläger sei es praktisch unmöglich, Direktverrechnungen mit den Patienten durchzuführen. Zudem sei eine landesweite einheitliche Regelung hinsichtlich der Transportverrechnung unumgänglich. Die Vereinbarung über die Deckelung sei wegen des Zwanges des Klägers zur Leistungserbringung ohne entsprechendes Entgelt und wegen des groben Ungleichgewichts der Interessenlage sittenwidrig. Der Kläger sei ein unter dem Schutzzweck des Vertrages stehender Dritter und deshalb berechtigt, die Sittenwidrigkeit geltend zu machen. Die Beklagte sei infolge der Nichtigkeit der Deckelungsvereinbarung verpflichtet, die aufgrund der Tarife feststehenden Beträge in voller Höhe zu zahlen. Die Deckelung verstoße auch "gegen die Bestimmungen der Paragraphen 342, Absatz 4 und 349 Absatz 3, ASVG sowie gegen die Paragraphen eins,, 2, 27 Absatz 2 und 45 der Mustersatzung in Verbindung mit Paragraph 455, Absatz 2, ASVG". Bei Entfall der neuen Tarifvereinbarung gelte gemäß Paragraph 45, der Mustersatzung der Tarif der vorangehenden Jahre, der nicht gedeckelt worden sei. Die Beklagte sei infolge der Nichtigkeit der Deckelungsvereinbarung verpflichtet, die aufgrund der Tarife feststehenden Beträge in voller Höhe zu zahlen. Hilfsweise werde der Klageanspruch auch auf Schadenersatz und Bereicherung gestützt. Die Beklagte habe ihre Sorgfaltspflicht außer Acht gelassen, die zu einer finanziellen Diskriminierung des Klägers geführt habe. Der Kläger könne nicht darauf verwiesen werden, aus der Gesamtregelung auszusteigen, weil damit in unsachlicher Weise auf seine wirklichen Belange nicht eingegangen würde und seine wirklichen Interessen nicht berücksichtigt würden. Das Feststellungsinteresse ergebe sich aus der Möglichkeit, dass erst in Zukunft Leistungen aus dem vom Vertrag betroffenen Zeitraum abgerechnet würden. Die Beklagte beantragte die Abweisung des Klagebegehrens. Der begehrte Betrag übersteige die vereinbarte Deckelungssumme. Die Sicherstellung des örtlichen Rettungsdienstes sei nicht Aufgabe des Klägers, sondern - nach dem Tiroler Rettungsgesetz - Aufgabe der Gemeinde. Die Beklagte habe hingegen den versicherten Personen die Kosten zu ersetzen, die ihnen für notwendige, medizinisch gerechtfertigte Transporte entstanden seien. Die Vereinbarungen mit den jeweiligen Rettungsorganisationen über den Kostenersatz dienten der Vereinfachung der Abrechnung zugunsten der Versicherten. Der Landesverband habe den Vertrag als bevollmächtigter Vertreter des Klägers geschlossen. Der Kläger sei daher daran gebunden. Er sei nicht gezwungen gewesen, den Vertrag abzuschließen. Er hätte die Transporte auch den Versicherten direkt in Rechnung stellen können. Es sei auch unrichtig, dass der Kläger gezwungen sei, jeden Krankentransport durchzuführen. Krankentransporte könnten auch mit anderen Transportmitteln erfolgen. Der Kläger führe auch Transporte durch, bei denen der Transportschein erst im Nachhinein beschafft werde. Er habe offensichtlich ein Interesse daran, möglichst viele Transportkilometer zu erbringen. Einsparungen wären auch durch eine Straffung der Organisation möglich. Die Beklagte sei aufgrund von Weisungen der Bundesregierung verpflichtet, Krankentransportkosten einzusparen und Direktverrechnungen mit den Rettungsorganisationen nur mehr für Rettungstransporte durchzuführen. Die Vereinbarung sei nach langwierigen Verhandlungen geschlossen und keineswegs dem Kläger aufgezwungen worden. Dieser habe die Vereinbarung dem vertragslosen Zustand vorgezogen. Es könne überhaupt nur der gesamte Vertrag nichtig sein, eine Teilnichtigkeit sei unmöglich. Die Beklagte wäre daher im Fall der Nichtigkeit infolge Vertragsauflösung ex tunc zu keinerlei Zahlung verpflichtet. Sie hätte in diesem Fall den Versicherten gemäß Paragraph 131 a, ASVG nur 80 % der von diesen direkt an den Kläger zu zahlenden Transportkosten zu ersetzen. Der Hinweis auf die Bestimmungen der Paragraphen 349, ff ASVG sei verfehlt, weil die Vereinbarung kein Gesamtvertrag sei. Das Begehren werde auch der Höhe nach bestritten. Ein Feststellungsinteresse sei nicht gegeben, weil künftige Nachteile aus dem Vertrag nicht zu erwarten seien.

Das Erstgericht wies das Klagebegehren ab. Es stellte noch fest: Die zum strittigen Vertrag führenden Verhandlungen hätten im Jänner oder Februar 1999 begonnen. Die schlechte finanzielle Lage der Beklagten sei den Verhandlungspartnern bekannt gewesen. Die Beklagte erhalte aus dem Ausgleichsfonds der Krankenversicherer Ausgleichszahlungen von den Gebietskrankenkassen, denen es aufgrund ihrer Einnahmensituation finanziell besser gehe. Diese hätten bei der Beklagten angefragt, wieso in Tirol 63 Mio S für Krankentransporte ausgegeben würden, während Salzburg mit 36 Mio S und Kärnten mit 34 Mio S bei vergleichbarer Topographie das Auslangen fänden. In den Jahren von 1994 bis 1998 seien in Tirol die Transportkosten von insgesamt 45 Mio S auf 76 Mio S gestiegen. In Kärnten, in Ober- und in Niederösterreich habe es bereits derartige Deckelungsvereinbarungen gegeben. Die Beklagte habe von ihrem Hauptverband den Hinweis erhalten, sie möge eine solche Deckelungsvereinbarung auch in Tirol einführen. Die Beklagte hätte sich rechtlich zwar über diese Empfehlung hinwegsetzen können, habe jedoch befürchtet, dass das Übergehen des Hinweises Auswirkungen auf die Ausgleichszahlungen haben könne. Die Beklagte habe darüber hinaus eine entsprechende Weisung der Bundesregierung zu beachten gehabt, dass gespart werden

müsse und dass sich die Krankenversicherungen auf die Zahlung der Rettungstransporte zu beschränken hätten. Im Lichte dieser Vorgaben sei es zu mehreren Verhandlungsterminen zwischen den Vertragspartnern gekommen, wobei es prinzipielle Vorgabe der Beklagten gewesen sei, entweder einen Vertrag mit der Deckelung abzuschließen oder aber einen vertragslosen Zustand herbeizuführen. Der Landesverband habe ein Vertragswerk angestrebt, das die Beklagte zur Direktzahlung aller Transporte, ohne irgendwelche Deckelungen verpflichtete. Dieser Wunsch sei jedoch nicht durchsetzbar gewesen. Der Landesverband habe auch gewusst, dass in Tirol im Verhältnis zur Einwohnerzahl die höchsten Transportzahlen und die höchsten Transportkosten erzielt würden. Er sei vor der Alternative gestanden, entweder einen Vertrag mit Deckelung oder keinen Vertrag mit der Beklagten abzuschließen. Eine weitere Alternative sei auch gewesen, dass die Beklagte nur die Rettungstransporte direkt vergütet. Der Landesverband habe jedoch einen vertragslosen Zustand unbedingt vermeiden wollen, um keine Direktverrechnung mit den Patienten durchführen zu müssen, die für die Bezirksstellen mit einem großen Aufwand verbunden gewesen wäre. Es wären in diesem Fall auch Forderungsausfälle und ein großer Imageverlust für das Rote Kreuz zu erwarten gewesen, weil es Patienten gebe, die mehrmals pro Woche transportiert werden müssten und bei denen unklar sei, ob sie den Transport finanzieren könnten. Weiters habe der Landesverband auch einen Einbruch bei den Transportzahlen befürchtet. Zudem wären die unterschiedlichen Tarifstrukturen bei den einzelnen Bezirksstellen und die deshalb unterschiedlichen Transportkosten den Patienten bei einer Direktverrechnung nur schwer zu erklären gewesen. Nachteilige Auswirkungen eines vertragslosen Zustands seien auch im Zusammenhang mit der Vorsteuerabzugsmöglichkeit der einzelnen Bezirksstellen und des Landesverbandes befürchtet worden, ferner dass andere Anbieter, etwa Taxiunternehmer oder "Grünkreuz-Organisationen" in das Transportgeschäft des Roten Kreuzes eingedrungen wären. All diese Umstände seien in verschiedenen Sitzungen des Landesverbandes, an denen auch die Bezirksstellen teilgenommen hätten oder zumindest teilnehmen hätten können, erörtert worden. Es habe sich letztlich - jeweils gegen den Willen des Klägers - mehrheitlich die Einsicht durchgesetzt, dass es besser sei, einen Vertrag mit einer Deckelung als gar keinen Vertrag abzuschließen.

Einer der Gründe für die Transportkostensteigerung sei darin gelegen, dass am 1. 1. 1997 die leistungsbezogene Krankenanstaltenfinanzierung eingeführt worden sei. Dies habe zur Folge gehabt, dass Patienten über das Wochenende vom Krankenhaus nach Hause geschickt worden seien, sodass zusätzliche Fahrten am Freitag und am Montag angefallen seien. Dies habe gerade auf die Krankenhäuser in Tirol zugetroffen. Die Verhandlungspartner hätten hierüber Bescheid gewusst und seien davon ausgegangen, dass insoweit in Hinkunft mit keinem weiteren Anstieg der Transportkosten zu rechnen sei, weil die Auswirkungen der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung bereits gegriffen hätten.

Grundlage der Ermittlung des Deckelungsbetrages seien die tatsächlich abgerechneten Transportkosten der letzten 12 Monate gewesen. Ursprünglich sei von der Beklagten ein Deckelungsbetrag von 63 Mio S genannt worden. Es habe sich jedoch herausgestellt, dass tatsächlich Ausgaben von 78 Mio S aufgelaufen seien. Man habe sich schließlich auf den dazwischen liegenden Betrag von 70 Mio S geeinigt. Am 1. 4. 1999 seien jedoch noch nicht alle Transporte des Vorjahres abgerechnet gewesen. Nach Abrechnung aller Transporte sei festgestellt worden, dass die Kosten auch den Betrag von 78 Mio S überschritten hätten. Es sei dem Landesverband bei weiteren Verhandlungen gelungen, den Deckelungsbetrag auf 76,015.000 S zu erhöhen, der auch für alle Abrechnungen im Zeitraum 1. 4. 1999 bis 31. 3. 2000 maßgebend gewesen sei. Dem Verhandlungsteam des Landesverbands sei zwar das Risiko bewusst gewesen, dass mit dem vereinbarten Deckelungsbetrag nicht die gesamten Transportkosten abgedeckt seien. Er habe aber gehofft, dass es aus den erwähnten Gründen nicht zu einer weiteren Steigerung kommen werde und letztlich alle Kosten trotz der Deckelung abgedeckt sein würden. Der im Vertrag vereinbarte Tarif für Einzeltransporte sei der höchste, der von Krankenkassen in Österreich bezahlt werde. Der Tarif sei aber nicht kostendeckend. Dies sei den Krankenkassen auch bekannt gewesen. Das Verhandlungsteam des Landesverbandes habe die einzelnen Bezirksstellen stets über den Stand der Verhandlungen und auch über das erzielte Ergebnis informiert. Der Kläger habe sich bei jeder Gelegenheit zwar um eine konstruktive Mitarbeit bemüht, aber immer klargemacht, dass er gegen den Abschluss des Vertrages mit der Deckelung sei. Der Kläger sei dafür gewesen, einen vertragslosen Zustand eintreten zu lassen. Er habe seine Bedenken nur innerhalb des Landesverbandes erörtert, nicht aber der Beklagten mitgeteilt. Der Kläger habe mit der Beklagten nie direkt verhandelt, weil er das Mandat des Landesverbandes respektiert habe. Die Beklagte habe zwar gewusst, dass der Kläger mit der Deckelung nicht einverstanden gewesen sei. Die näheren Hintergründe seien ihr aber

nicht bekannt gewesen. Nach Abschluss der Verhandlungen sei es in den Gremien des Landesverbandes zu einer Abstimmung gekommen. Der Kläger habe daran zwar nicht teilgenommen, er habe aber schriftlich seine Ablehnung kundgetan. Dennoch sei das Abstimmungsergebnis mehrheitlich für den Abschluss des Vertrages ausgefallen.

Für die Beklagte sei der Sinn der Deckelung darin gelegen, dass eine fixe Rechnungsgröße hinsichtlich der Transportkosten zur Verfügung stehe. Es sei nie ihr ausschließliches Ansinnen gewesen, dadurch Kosten zu ersparen. Die Möglichkeit der Kostenersparnis wäre im Fall eines vertragslosen Zustandes wesentlich größer gewesen, allerdings auf Kosten einer Verärgerung der Versicherungsnehmer. Die Zahl der Transporte wäre bei einem vertragslosen Zustand wesentlich zurückgegangen, weil dann derartige Transporte im Familien- oder Bekanntenkreis der Patienten organisiert worden wären. Im Rahmen der Vertragsverhandlungen sei auch die Möglichkeit erörtert worden, dass der Kläger von der Geltung des Vertrages nicht umfasst werde, sondern dass ihm gegenüber ein vertragsloser Zustand herrsche. Abgesehen davon, dass ein solches Vorgehen von der Satzung nicht gedeckt und die Durchführung einer entsprechenden Satzungsänderung unsicher gewesen sei, sei der Kläger jedenfalls gegen einen vertragslosen Zustand, der nur für ihn hätte gelten sollen, gewesen. Er sei davon ausgegangen, dass es ihm allein kaum möglich sein werde, bessere Bedingungen auszuverhandeln als der Landesverband. Für den Kläger habe nie die Möglichkeit bestanden, sich einer Leitstelle für Transporte anzuschließen. Er sei auch deshalb gegen die Deckelung gewesen, weil er diese für wirtschaftlich nicht akzeptabel gehalten habe.

Der Kläger führe Rettungstransporte, Krankentransporte und Ambulanztransporte durch. Rettungsfahrten könne er prinzipiell nicht ablehnen. Die Durchführung von Krankentransporten könne er ablehnen, wenn keine medizinische Indikation vorliege. Es sei für seine Mitarbeiter aber faktisch unmöglich zu kontrollieren, ob eine ärztliche Notwendigkeit für den Transport bestehe. Im Fall, dass eine Transportanweisung vorliege, werde damit ohnedies die ärztliche Notwendigkeit bestätigt. Die Mitarbeiter des Klägers hätten nicht das Fachwissen, um überprüfen zu können, ob der Transport einer Person, die dringend in ein Krankenhaus gebracht werden wolle, medizinisch notwendig sei oder nicht. Der Kläger wolle ein aus der Ablehnung derartiger Transporte herrührendes Risiko nicht eingehen. Es stünde ihm aber prinzipiell frei, Ambulanztransporte abzulehnen. Prinzipiell seien Transporte nur durchzuführen, wenn bereits ärztliche Transportanweisungen vorlägen. Dennoch komme es immer wieder vor, dass der Kläger Transportleistungen auch ohne Transportanweisung eines Arztes durchführe und dass erst im Nachhinein eine solche ausgestellt werde, die dann als Grundlage für die Abrechnung diene. Die tatsächliche Notwendigkeit der Transporte könne weder der Kläger noch die Beklagte wirklich überprüfen. Sofern medizinisch indizierte Transporte vorlägen, könne der Kläger als Folge des Vertrages mit der Beklagten auch dann, wenn die Beklagte die Kosten des Transportes wegen der Deckelung nicht mehr zahle, keine Direktverrechnung mit den transportierten Patienten durchführen.

Die Beklagte habe dem Kläger für ihr in Rechnung gestellte Transporte im Zeitraum 1. 4. 1999 bis 31. 3. 2000 insgesamt 2,575.341,85 S mit der Begründung nicht bezahlt, dass der Deckelungsbetrag überschritten sei. Es sei nicht feststellbar, wie sich dieser Betrag auf Rettungstransporte, Krankentransporte und Ambulanztransporte aufteile. Es sei nicht feststellbar, dass nicht alle Rettungstransporte bezahlt worden seien. Es sei zwar nicht sehr wahrscheinlich, aber durchaus möglich, dass der Kläger bis zum Schluss der Verhandlung erster Instanz nicht imstande gewesen sei, alle in den Vertragszeitraum fallenden Transporte abzurechnen. Es sei nicht feststellbar, von wem aufgrund welcher Regelungen und aufgrund welcher Überlegungen und Berechnungen der auf den Kläger vom Gesamtbetrag entfallende Deckelungsbetrag errechnet worden sei. Das Erstgericht bejahte - unbekämpft - die Zulässigkeit des Rechtsweges und führte in der Sache in rechtlicher Hinsicht aus: Der Oberste Gerichtshof habe sich zwar in der vom Kläger zitierten Entscheidung 2 Ob 20/92 mit Fragen der vom Vertragspartner oder Dritten vorgenommenen Leistungsbestimmung befasst und erkannt, dass einer Vertragspartei eines mit einem Sozialversicherungsträger abgeschlossenen Vertrags prinzipiell das Interesse zugebilligt werden müsse, im Sinn des § 342 Abs 1 Z 3 ASVG kostendeckend honoriert zu werden. Die Wirkungen eines Gesamtvertrags erstreckten sich auch auf jene Personen, die vom Gesamtvertrag zwingend mitumfasst seien. Wenn beim Abschluss des Gesamtvertrags die Grundsätze von Treu und Glauben verletzt würden und die Interessenlage nicht ausgewogen und sachlich berücksichtigt werde, sei ein Schadenersatzanspruch eines dadurch Geschädigten zu bejahen. Diese Ausführungen bezögen sich jedoch auf einen Gesamtvertrag, der sich von dem vorliegenden Vertragswerk dadurch unterscheide, dass er zwischen der Sozialversicherung und Interessenvertretungen (etwa der Ärztekammer) zwingend abzuschließen sei und dass die im Gesamtvertrag getroffenen Regelungen zwingend auch im Einzelvertrag (zwischen dem Arzt und dem Sozialversicherungsträger) zu übernehmen seien. Anders sei die Rechtslage jedoch, wenn ein

Sozialversicherungsträger einen von Gesamtverträgen unabhängigen Einzelvertrag schließe. Hier sei die Rechtswirksamkeit des Vertrages ausschließlich nach den Bestimmungen des ABGB zu prüfen. Die in der Satzung des Landesverbands enthaltene Vertretungsregelung sei als Bevollmächtigungsvertrag im Sinn der §§ 1002 ff ABGB zu qualifizieren. Vom Vertreter geschlossene Verträge seien aus Gründen des Verkehrsschutzes grundsätzlich auch dann gültig, wenn der Vertreter seine Vertretungsmacht missbraucht habe, außer wenn der Missbrauch evident oder dem Dritten bekannt gewesen sei oder wenn dieser bewusst zum Nachteil des Vertretenen mit dem Vertreter zusammengewirkt habe. Letzteres sei nicht behauptet worden. Der vorliegende Vertrag halte aber auch einer inhaltlichen Prüfung stand. Die Beklagte habe auf die Zahl der Transporte keinerlei Einfluss. Das Streben nach Begrenzung der Ersatzzahlungen für die Transporte entspreche ihrem gesetzlichen Auftrag. Es sei ihr freigestanden, überhaupt keinen Vertrag zu schließen. Der Wunsch des Klägers, die Beklagte möge alle vom Kläger durchgeführten Transporte zahlen, stelle keine ausgewogene Berücksichtigung der gegenseitigen Interessen dar. Der Landesverband habe die Alternativen ausreichend prüfen können. Es könne keine Rede davon sein, dass die Beklagte ihre wirtschaftliche Übermacht in unredlicher Weise eingesetzt oder dass sich der Landesverband mit Wissen der Beklagten zum Nachteil des Klägers zum Vertragsabschluss bereit gefunden habe. Die Deckelung sei daher auch im Verhältnis zum Kläger rechtswirksam.Die Beklagte habe dem Kläger für ihr in Rechnung gestellte Transporte im Zeitraum 1. 4. 1999 bis 31. 3. 2000 insgesamt 2,575.341,85 S mit der Begründung nicht bezahlt, dass der Deckelungsbetrag überschritten sei. Es sei nicht feststellbar, wie sich dieser Betrag auf Rettungstransporte, Krankentransporte und Ambulanztransporte aufteile. Es sei nicht feststellbar, dass nicht alle Rettungstransporte bezahlt worden seien. Es sei zwar nicht sehr wahrscheinlich, aber durchaus möglich, dass der Kläger bis zum Schluss der Verhandlung erster Instanz nicht imstande gewesen sei, alle in den Vertragszeitraum fallenden Transporte abzurechnen. Es sei nicht feststellbar, von wem aufgrund welcher Regelungen und aufgrund welcher Überlegungen und Berechnungen der auf den Kläger vom Gesamtbetrag entfallende Deckelungsbetrag errechnet worden sei. Das Erstgericht bejahte - unbekämpft - die Zulässigkeit des Rechtsweges und führte in der Sache in rechtlicher Hinsicht aus: Der Oberste Gerichtshof habe sich zwar in der vom Kläger zitierten Entscheidung 2 Ob 20/92 mit Fragen der vom Vertragspartner oder Dritten vorgenommenen Leistungsbestimmung befasst und erkannt, dass einer Vertragspartei eines mit einem Sozialversicherungsträger abgeschlossenen Vertrags prinzipiell das Interesse zugebilligt werden müsse, im Sinn des Paragraph 342, Absatz eins, Ziffer 3, ASVG kostendeckend honoriert zu werden. Die Wirkungen eines Gesamtvertrags erstreckten sich auch auf jene Personen, die vom Gesamtvertrag zwingend mitumfasst seien. Wenn beim Abschluss des Gesamtvertrags die Grundsätze von Treu und Glauben verletzt würden und die Interessenlage nicht ausgewogen und sachlich berücksichtigt werde, sei ein Schadenersatzanspruch eines dadurch Geschädigten zu bejahen. Diese Ausführungen bezögen sich jedoch auf einen Gesamtvertrag, der sich von dem vorliegenden Vertragswerk dadurch unterscheide, dass er zwischen der Sozialversicherung und Interessenvertretungen (etwa der Ärztekammer) zwingend abzuschließen sei und dass die im Gesamtvertrag getroffenen Regelungen zwingend auch im Einzelvertrag (zwischen dem Arzt und dem Sozialversicherungsträger) zu übernehmen seien. Anders sei die Rechtslage jedoch, wenn ein Sozialversicherungsträger einen von Gesamtverträgen unabhängigen Einzelvertrag schließe. Hier sei die Rechtswirksamkeit des Vertrages ausschließlich nach den Bestimmungen des ABGB zu prüfen. Die in der Satzung des Landesverbands enthaltene Vertretungsregelung sei als Bevollmächtigungsvertrag im Sinn der Paragraphen 1002, ff ABGB zu qualifizieren. Vom Vertreter geschlossene Verträge seien aus Gründen des Verkehrsschutzes grundsätzlich auch dann gültig, wenn der Vertreter seine Vertretungsmacht missbraucht habe, außer wenn der Missbrauch evident oder dem Dritten bekannt gewesen sei oder wenn dieser bewusst zum Nachteil des Vertretenen mit dem Vertreter zusammengewirkt habe. Letzteres sei nicht behauptet worden. Der vorliegende Vertrag halte aber auch einer inhaltlichen Prüfung stand. Die Beklagte habe auf die Zahl der Transporte keinerlei Einfluss. Das Streben nach Begrenzung der Ersatzzahlungen für die Transporte entspreche ihrem gesetzlichen Auftrag. Es sei ihr freigestanden, überhaupt keinen Vertrag zu schließen. Der Wunsch des Klägers, die Beklagte möge alle vom Kläger durchgeführten Transporte zahlen, stelle keine ausgewogene Berücksichtigung der gegenseitigen Interessen dar. Der Landesverband habe die Alternativen ausreichend prüfen können. Es könne keine Rede davon sein, dass die Beklagte ihre wirtschaftliche Übermacht in unredlicher Weise eingesetzt oder dass sich der Landesverband mit Wissen der Beklagten zum Nachteil des Klägers zum Vertragsabschluss bereit gefunden habe. Die Deckelung sei daher auch im Verhältnis zum Kläger rechtswirksam.

Das Berufungsgericht bestätigte dieses Urteil. Die Sachlegitimation sei auch noch im Rechtsmittelverfahren ohne ausdrücklichen Einwand der Beklagten zu prüfen, hier aber aus folgenden Gründen zu verneinen: Auch der

Landesverband sei ein Verein nach dem Vereinsgesetz. Aus den von seinen Organen abgeschlossenen Rechtsgeschäften werde der Verein (und nicht die Vereinsmitglieder) berechtigt und verpflichtet. Erbrächten Vereinsmitglieder für den Verein in Erfüllung der von diesem abgeschlossenen Rechtsgeschäfte Leistungen, so handelten sie als Erfüllungsgehilfen des Vereins. Schließe der Verein mit einem Dritten ein Rechtsgeschäft, handle er nicht als Bevollmächtigter seiner Vereinsmitglieder im Sinn der §§ 1002 ff ABGB, sondern er trete im eigenen Namen als juristische Person auf. Vertragspartner des Dritten werde damit der Verein und nicht die Gesamtheit seiner Mitglieder. Daraus folge, dass nicht die einzelnen Vereinsmitglieder Träger der Rechte und Pflichten aus dem abgeschlossenen Vertrag würden, sondern ausschließlich der Verein. Inwiefern die Vereinsmitglieder zur Erfüllung des Vertrages zwischen dem Verein und einem Dritten herangezogen werden könnten, richte sich nach dem Innenverhältnis zwischen dem Verein und den Vereinsmitgliedern, in erster Linie nach der Satzung. Seien die Vereinsmitglieder danach zu einer Leistungserbringung an den Vertragspartner des Vereins verpflichtet, so handelten sie im Außenverhältnis zwischen Verein und dessen Vertragspartner als Erfüllungsgehilfen des Vereins. In dieser Eigenschaft seien sie nicht als dem Vertrag außenstehende Dritte zu qualifizieren, weshalb es sich bei dem Vertrag zwischen dem Verein und dem Dritten, dessen Erfüllung den Vereinsmitgliedern als Erfüllungsgehilfen obliege, auch nicht um einen Vertrag zu Lasten (außenstehender) Dritter handle. Die in der Satzung des Landesverbands festgelegte Vertretungsbefugnis betreffend die Mitgliedsvereine sei kein bürgerlich-rechtlicher Bevollmächtigungsvertrag im Sinn d e s § 1002 ABGB, sondern eine lediglich deklarative Satzungsbestimmung, weil sich die Vertretung der Vereinsmitglieder nach außen durch den Verein ohnedies aus der Rechtsnatur des Vereins ergebe. Im strittigen Vertrag habe sich der Landesverband und nicht die jeweilige Bezirksstelle als dessen Vereinsmitglied zur entgeltlichen Durchführung von Krankentransporten verpflichtet. Der Landesverband und nicht die Gesamtheit seiner Mitglieder sei daher Vertragspartner der Beklagten und damit auch Träger der Rechte und Pflichten aus diesem Vertrag. Daran ändere auch der Umstand nichts, dass vertragsgemäß die Abrechnung der angefallenen Transportkosten direkt zwischen den einzelnen Bezirksstellen und der Beklagten erfolgen solle, weil es sich hiebei lediglich um einen nebenvertragliche Verrechnungsvereinbarung handle. Dass der Landesverband nicht selbst jene Transporte ausführe, zu denen er sich gegenüber der Beklagten verpflichtet habe, sondern dass die Transporte von den einzelnen Bezirksstellen vorzunehmen seien, ändere ebenfalls an der Rechtsposition des Vereins als alleiniger Vertragspartner der Beklagten nichts. Denn die einzelnen Bezirksstellen, die für den Landesverband die vertraglich zugesicherten Transporte erbrächten, handelten hiebei als Erfüllungsgehilfen des Landesverbands im Sinn des § 1313a ABGB. Da nur der Landesverband Vertragspartner der Beklagten und damit der Träger der Rechte und Pflichten aus dem Vertrag sei, bleibe es auch ihm vorbehalten, diesen Vertrag als nichtig anzufechten. Der Kläger sei gegenüber der Beklagten hiezu nicht legitimiert. Das Feststellungsbegehren sei daher jedenfalls abzuweisen. Dies habe weiters zur Folge, dass auch das hilfsweise auf Schadenersatz und Bereicherung gestützte Zahlungsbegehren unberechtigt sei. Da sich der Kläger nicht auf eine Nichtigkeit der vereinbarten Deckelung der Transportkosten berufen könne, habe die Beklagte ihre der vereinbarten Deckelung entsprechenden Zahlungen in Erfüllung eines rechtsgültigen Vertrages erbracht; die Nichtzahlung weiterer Transportkosten sei daher nicht vertragswidrig. Damit habe aber die Beklagte einen dem Kläger durch die Deckelung allenfalls entstandenen Schaden nicht rechtswidrig herbeigeführt, sodass einem Schadenersatzanspruch von vornherein der Boden entzogen sei. Die Beklagte habe sich auch nicht unrechtmäßig bereichert. Aus diesen Erwägungen erübrige es sich, auf die im Einzelnen geltend gemachten Berufungsgründe, die sich ausschließlich auf die Frage der Sittenwidrigkeit der Deckelungsvereinbarung bezögen, einzugehen. Die ordentliche Revision sei zulässig, weil eine Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofes zur Frage fehle, ob ein Vereinsmitglied, das aufgrund eines vom Verein mit einem Dritten abgeschlossenen Vertrages Leistungen zu erbringen habe, zur Geltendmachung der Sittenwidrigkeit des Vertrages aktiv legitimiert sei.Das Berufungsgericht bestätigte dieses Urteil. Die Sachlegitimation sei auch noch im Rechtsmittelverfahren ohne ausdrücklichen Einwand der Beklagten zu prüfen, hier aber aus folgenden Gründen zu verneinen: Auch der Landesverband sei ein Verein nach dem Vereinsgesetz. Aus den von seinen Organen abgeschlossenen Rechtsgeschäften werde der Verein (und nicht die Vereinsmitglieder) berechtigt und verpflichtet. Erbrächten Vereinsmitglieder für den Verein in Erfüllung der von diesem abgeschlossenen Rechtsgeschäfte Leistungen, so handelten sie als Erfüllungsgehilfen des Vereins. Schließe der Verein mit einem Dritten ein Rechtsgeschäft, handle er nicht als Bevollmächtigter seiner Vereinsmitglieder im Sinn der Paragraphen 1002, ff ABGB, sondern er trete im eigenen Namen als juristische Person auf. Vertragspartner des Dritten werde damit der Verein und nicht die Gesamtheit seiner Mitglieder. Daraus folge, dass nicht die einzelnen Vereinsmitglieder Träger der Rechte und Pflichten aus dem abgeschlossenen Vertrag würden, sondern ausschließlich

der Verein. Inwiefern die Vereinsmitglieder zur Erfüllung des Vertrages zwischen dem Verein und einem Dritten herangezogen werden könnten, richte sich nach dem Innenverhältnis zwischen dem Verein und den Vereinsmitgliedern, in erster Linie nach der Satzung. Seien die Vereinsmitglieder danach zu einer Leistungserbringung an den Vertragspartner des Vereins verpflichtet, so handelten sie im Außenverhältnis zwischen Verein und dessen Vertragspartner als Erfüllungsgehilfen des Vereins. In dieser Eigenschaft seien sie nicht als dem Vertrag außenstehende Dritte zu qualifizieren, weshalb es sich bei dem Vertrag zwischen dem Verein und dem Dritten, dessen Erfüllung den Vereinsmitgliedern als Erfüllungsgehilfen obliege, auch nicht um einen Vertrag zu Lasten (außenstehender) Dritter handle. Die in der Satzung des Landesverbands festgelegte Vertretungsbefugnis betreffend die Mitgliedsvereine sei kein bürgerlich-rechtlicher Bevollmächtigungsvertrag im Sinn des Paragraph 1002, ABGB, sondern eine lediglich deklarative Satzungsbestimmung, weil sich die Vertretung der Vereinsmitglieder nach außen durch den Verein ohnedies aus der Rechtsnatur des Vereins ergebe. Im strittigen Vertrag habe sich der Landesverband und nicht die jeweilige Bezirksstelle als dessen Vereinsmitglied zur entgeltlichen Durchführung von Krankentransporten verpflichtet. Der Landesverband und nicht die Gesamtheit seiner Mitglieder sei daher Vertragspartner der Beklagten und damit auch Träger der Rechte und Pflichten aus diesem Vertrag. Daran ändere auch der Umstand nichts, dass vertragsgemäß die Abrechnung der angefallenen Transportkosten direkt zwischen den einzelnen Bezirksstellen und der Beklagten erfolgen solle, weil es sich hiebei lediglich um einen nebenvertragliche Verrechnungsvereinbarung handle. Dass der Landesverband nicht selbst jene Transporte ausführe, zu denen er sich gegenüber der Beklagten verpflichtet habe, sondern dass die Transporte von den einzelnen Bezirksstellen vorzunehmen seien, ändere ebenfalls an der Rechtsposition des Vereins als alleiniger Vertragspartner der Beklagten nichts. Denn die einzelnen Bezirksstellen, die für den Landesverband die vertraglich zugesicherten Transporte erbrächten, handelten hiebei als Erfüllungsgehilfen des Landesverbands im Sinn des Paragraph 1313 a, ABGB. Da nur der Landesverband Vertragspartner der Beklagten und damit der Träger der Rechte und Pflichten aus dem Vertrag sei, bleibe es auch ihm vorbehalten, diesen Vertrag als nichtig anzufechten. Der Kläger sei gegenüber der Beklagten hiezu nicht legitimiert. Das Feststellungsbegehren sei daher jedenfalls abzuweisen. Dies habe weiters zur Folge, dass auch das hilfsweise auf Schadenersatz und Bereicherung gestützte Zahlungsbegehren unberechtigt sei. Da sich der Kläger nicht auf eine Nichtigkeit der vereinbarten Deckelung der Transportkosten berufen könne, habe die Beklagte ihre der vereinbarten Deckelung entsprechenden Zahlungen in Erfüllung eines rechtsgültigen Vertrages erbracht; die Nichtzahlung weiterer Transportkosten sei daher nicht vertragswidrig. Damit habe aber die Beklagte einen dem Kläger durch die Deckelung allenfalls entstandenen Schaden nicht rechtswidrig herbeigeführt, sodass einem Schadenersatzanspruch von vornherein der Boden entzogen sei. Die Beklagte habe sich auch nicht unrechtmäßig bereichert. Aus diesen Erwägungen erübrige es sich, auf die im Einzelnen geltend gemachten Berufungsgründe, die sich ausschließlich auf die Frage der Sittenwidrigkeit der Deckelungsvereinbarung bezögen, einzugehen. Die ordentliche Revision sei zulässig, weil eine Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofes zur Frage fehle, ob ein Vereinsmitglied, das aufgrund eines vom Verein mit einem Dritten abgeschlossenen Vertrages Leistungen zu erbringen habe, zur Geltendmachung der Sittenwidrigkeit des Vertrages aktiv legitimiert sei.

**Rechtliche Beurteilung**

Die Revision des Klägers ist zulässig, aber nicht berechtigt. Die Vorinstanzen beurteilten den zwischen dem Landesverband und der Beklagten abgeschlossenen Vertrag ausschließlich nach bürgerlichem Recht und ließen die sozialversicherungsrechtlichen Aspekte außer Acht.

Auch Krankentransportkosten sind ein Teil der zu gewährenden

ärztlichen Hilfe (Teschner/Widlar, ASVG MGA § 135 Anm 11). Gemäß §

135 Abs 4 ASVG kann im Fall der Notwendigkeit der Inanspruchnahme

ärztlicher Hilfe der Ersatz der Reise-(Fahrt-)kosten nach Maßgabe der

Bestimmungen der Satzung gewährt werden. Gemäß § 135 Abs 5 ASVG

bestimmt die Satzung, unter welchen Voraussetzungen für gehunfähig

erkrankte Versicherte und Angehörige der Transport mit einem

Krankentransportwagen zur Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe sowie der

Ersatz der Kosten... gewährt werden können. Die medizinische

Notwendigkeit eines solchen Transportes muss ärztlich bescheinigt sein. Gemäß § 45 der insoweit verbindlichen Mustersatzung 1999 übernimmt die Kasse Transportkosten, wenn ärztlich bescheinigt wird, dass der Erkrankte aufgrund seines körperlichen oder geistigen Zustandes kein öffentliches Verkehrsmittel (auch nicht mit einer Begleitperson) benützen kann (Abs 1). Transportkosten werden nur für Beförderungen im Inland 1. zur Anstaltspflege..., 2. bei aus medizinischen Gründen notwendiger Überstellung..., 3. zur ambulanten Behandlung... und 4. zur körpergerechten Anpassung von Heilmittelbehelfen und Hilfsmitteln in Höhe der vertraglich festgelegten Tarife übernommen... (Abs 2).

Die Sicherstellung der Ansprüche auf Leistungen aus der Krankenversicherung erfolgt im Rahmen der Sachleistungsvorsorge entweder durch eigene Einrichtungen der Versicherungsträger oder durch den Abschluss von Verträgen im Sinn des 6. Teiles des ASVG (§§ 338 ff). Gemäß § 338 Abs 1 ASVG in der zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses (1. 4. 1999) maßgebenden Fassung werden die Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (des Hauptverbandes) zu den freiberuflich tätigen Ärzten, Dentisten, Hebammen, Apothekern, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen, freiberuflich tätigen Psychotherapeuten, Pflegepersonen, die medizinische Hauskrankenpflege erbringen "und anderen Vertragspartnern" durch privatrechtliche Verträge geregelt. Durch diese Verträge ist die ausreichende Versorgung der Versicherten und ihrer anspruchsberechtigten Angehörigen mit den gesetzlich und satzungsmäßig vorgesehenen Leistungen sicherzustellen (§ 338 Abs 2 ASVG). In den Folgebestimmungen werden nur die Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu den Ärzten genau geregelt (§§ 340 ff ASVG). Weitere - weniger umfangreiche - Regelungen betreffen im Besonderen die Apotheker (§§ 348a ff ASVG). In den §§ 349 ff ASVG (Abschnitt IV - Beziehungen der Träger der Sozialversicherung [des Hauptverbandes] zu anderen Vertragspartnern) werden noch Dentisten, klinische Psychologen und Psychotherapeuten konkret genannt. Für Ärzte, Apotheker und Dentisten gilt, dass die Beziehungen durch Gesamtverträge zu regeln sind, die zwischen dem Hauptverband und den betreffenden Kammern abzuschließen sind und der Zustimmung des Trägers der Krankenversicherung bedürfen, für den der Gesamtvertrag abgeschlossen wird. Der Inhalt des Gesamtvertrages ist auch Inhalt des zwischen dem Träger der Krankenversicherung und dem Arzt abzuschließenden Einzelvertrages. Vereinbarungen zwischen dem Arzt (Dentisten) im Einzelvertrag sind rechtsunwirksam, insoweit sie gegen den Inhalt des für den Niederlassungsort des Arztes (Dentisten) geltenden Gesamtvertrages verstoßen (vgl §§ 341, 348a und 349 ASVG). Für die Apotheker ist der Gesamtvertrag ohne den Abschluss von Einzelverträgen wirksam (§ 348a Abs 1 ASVG). Für die klinischen Psychologen und Psychotherapeuten sieht § 349 Abs 2 entsprechende Regelungen vor, wobei allerdings der Abschluss eines Gesamtvertrages nicht zwingend ist und an die Stelle der abschlussberechtigten Ärztekammer die jeweilige freiwillige berufliche Interessenvertretung tritt. Gemäß § 349 Abs 3 ASVG "können" die Beziehungen zwischen den Sozialversicherungsträgern "und anderen Vertragspartnern" als Ärzten usw durch Gesamtverträge geregelt werden. Hiebei finden die Bestimmungen des § 341 ASVG mit der Maßgabe sinngemäß Anwendung, dass an die Stelle der Ärztekammer die zuständige gesetzliche berufliche Vertretung tritt. Sieht der gemäß § 349 Abs 3 ASVG abgeschlossene Gesamtvertrag vor, dass ohne Abschluss von Einzelverträgen die im Gesamtvertrag angeführten Verbandsangehörigen die Sachleistungen für Rechnung der Träger der Krankenversicherung zu erbringen haben, dann regelt der Gesamtvertrag selbst mit verbindlicher Wirkung die Beziehungen zwischen den Verbandsangehörigen und den Versicherungsträgern (§ 349 Abs 4 ASVG).Die Sicherstellung der Ansprüche auf Leistungen aus der Krankenversicherung erfolgt im Rahmen der Sachleistungsvorsorge entweder durch eigene Einrichtungen der Versicherungsträger oder durch den Abschluss von Verträgen im Sinn des 6. Teiles des ASVG (Paragraphen 338, ff). Gemäß Paragraph 338, Absatz eins, ASVG in der zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses (1. 4. 1999) maßgebenden Fassung werden die Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (des Hauptverbandes) zu den freiberuflich tätigen Ärzten, Dentisten, Hebammen, Apothekern, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen, freiberuflich tätigen Psychotherapeuten, Pflegepersonen, die medizinische Hauskrankenpflege erbringen "und anderen Vertragspartnern"

durch privatrechtliche Verträge geregelt. Durch diese Verträge ist die ausreichende Versorgung der Versicherten und ihrer anspruchsberechtigten Angehörigen mit den gesetzlich und satzungsmäßig vorgesehenen Leistungen sicherzustellen (Paragraph 338, Absatz 2, ASVG). In den Folgebestimmungen werden nur die Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu den Ärzten genau geregelt (Paragraphen 340, ff ASVG). Weitere - weniger umfangreiche - Regelungen betreffen im Besonderen die Apotheker (Paragraphen 348 a, ff ASVG). In den Paragraphen 349, ff ASVG (Abschnitt römisch IV - Beziehungen der Träger der Sozialversicherung [des Hauptverbandes] zu anderen Vertragspartnern) werden noch Dentisten, klinische Psychologen und Psychotherapeuten konkret genannt. Für Ärzte, Apotheker und Dentisten gilt, dass die Beziehungen durch Gesamtverträge zu regeln sind, die zwischen dem Hauptverband und den betreffenden Kammern abzuschließen sind und der Zustimmung des Trägers der Krankenversicherung bedürfen, für den der Gesamtvertrag abgeschlossen wird. Der Inhalt des Gesamtvertrages ist auch Inhalt des zwischen dem Träger der Krankenversicherung und dem Arzt abzuschließenden Einzelvertrages. Vereinbarungen zwischen dem Arzt (Dentisten) im Einzelvertrag sind rechtsunwirksam, insoweit sie gegen den Inhalt des für den Niederlassungsort des Arztes (Dentisten) geltenden Gesamtvertrages verstoßen vergleiche Paragraphen 341,, 348a und 349 ASVG). Für die Apotheker ist der Gesamtvertrag ohne den Abschluss von Einzelverträgen wirksam (Paragraph 348 a, Absatz eins, ASVG). Für die klinischen Psychologen und Psychotherapeuten sieht Paragraph 349, Absatz 2, entsprechende Regelungen vor, wobei allerdings der Abschluss eines Gesamtvertrages nicht zwingend ist und an die Stelle der abschlussberechtigten Ärztekammer die jeweilige freiwillige berufliche Interessenvertretung tritt. Gemäß Paragraph 349, Absatz 3, ASVG "können" die Beziehungen zwischen den Sozialversicherungsträgern "und anderen Vertragspartnern" als Ärzten usw durch Gesamtverträge geregelt werden. Hiebei finden die Bestimmungen des Paragraph 341, ASVG mit der Maßgabe sinngemäß Anwendung, dass an die Stelle der Ärztekammer die zuständige gesetzliche berufliche Vertretung tritt. Sieht der gemäß Paragraph 349, Absatz 3, ASVG abgeschlossene Gesamtvertrag vor, dass ohne Abschluss von Einzelverträgen die im Gesamtvertrag angeführten Verbandsangehörigen die Sachleistungen für Rechnung der Träger der Krankenversicherung zu erbringen haben, dann regelt der Gesamtvertrag selbst mit verbindlicher Wirkung die Beziehungen zwischen den Verbandsangehörigen und den Versicherungsträgern (Paragraph 349, Absatz 4, ASVG).

Ob auch der Landesverband als "anderer Vertragspartner" hinsichtlich der Krankentransportleistungen anzusehen ist, lässt sich aus den ungenauen Regelung betreffend die "anderen Vertragspartner" nicht klar ableiten. Zur Frage, ob den Krankenversicherungsträgern zur Erbringung von Behandlungsleistungen ausschließlich die Möglichkeit des Abschlusses von Gesamtverträgen (bzw Einzelverträgen) zur Verfügung steht, vertritt Mazal (Psychotherapie und Kassenvertragsrecht, RdM 2001, 35 [37]) die Auffassung, dass dem Gesetzgeber jedenfalls nicht unterstellt werden könne, für die Erbringung von bestimmten Leistungen ein detailliertes Regelwerk zu etablieren, wenn es den Versicherungsträgern frei stünde, anstelle der durch dieses Regelwerk gebundenen Leistungserbringung unter Berufung auf ihre Rechtspersönlichkeit andere Verträge zu schließen. Aus der Gesetzessystematik ergebe sich vielmehr, dass diese Möglichkeit nur für jene Bereiche der Leistungserbringung offen stehe, die nicht einer detaillierten Regelung über die Leistungserbringung unterworfen sei. Der Hauptverband vertritt die Auffassung, die Krankenversicherungsträger als Körperschaft des öffentlichen Rechts mit eigener Rechtspersönlichkeit könnten grundsätzlich (nach allgemeinen privatrechtlichen Grundsätzen) zur Erbringung der gesetzlich vorgesehenen Leistungen Verträge mit allen Anbietern abschließen, die aufgrund der berufsrechtlichen Vorschriften die Leistungen erbringen dürften. Für bestimmte Vertragspartnergruppen enthalte das Gesetz aber Vorschriften, in welcher Art diese Verträge abzuschließen seien (Teschner/Widlar, ASVG, MGA § 349 Anm 1a).Ob auch der Landesverband als "anderer Vertragspartner" hinsichtlich der Krankentransportleistungen anzusehen ist, lässt sich aus den ungenauen Regelung betreffend die "anderen Vertragspartner" nicht klar ableiten. Zur Frage, ob den Krankenversicherungsträgern zur Erbringung von Behandlungsleistungen ausschließlich die Möglichkeit des Abschlusses von Gesamtverträgen (bzw Einzelverträgen) zur Verfügung steht, vertritt Mazal (Psychotherapie und Kassenvertragsrecht, RdM 2001, 35 [37]) die Auffassung, dass dem Gesetzgeber jedenfalls nicht unterstellt werden könne, für die Erbringung von bestimmten Leistungen ein detailliertes Regelwerk zu etablieren, wenn es den Versicherungsträgern frei stünde, anstelle der durch dieses Regelwerk gebundenen Leistungserbringung unter Berufung auf ihre Rechtspersönlichkeit andere Verträge zu schließen. Aus der Gesetzessystematik ergebe sich vielmehr, dass diese Möglichkeit nur für jene Bereiche der Leistungserbringung offen stehe, die nicht einer detaillierten Regelung über die Leistungserbringung unterworfen sei. Der Hauptverband vertritt die Auffassung, die Krankenversicherungsträger als Körperschaft des öffentlichen Rechts mit eigener Rechtspersönlichkeit könnten grundsätzlich (nach allgemeinen privatrechtlichen Grundsätzen) zur

Erbringung der gesetzlich vorgesehenen Leistungen Verträge mit allen Anbietern abschließen, die aufgrund der berufsrechtlichen Vorschriften die Leistungen erbringen dürften. Für bestimmte Vertragspartnergruppen enthalte das Gesetz aber Vorschriften, in welcher Art diese Verträge abzuschließen seien (Teschner/Widlar, ASVG, MGA Paragraph 349, Anmerkung 1a).

Der vorliegende Vertrag ist ein vom Sozialversicherungsträger mit einem "anderen Vertragspartner" im Sinn des § 338 Abs 1 ASVG - nämlich dem Landesverband - abgeschlossener privatrechtlicher Vertrag. Auch bei Beurteilung dieses Vertrages als Gesamtvertrag können jedoch die in der Entscheidung des Obersten Gerichtshofes 2 Ob 20/92 (VR 1993, 137 [Tomandl, ecolex 1993, 328; Krejci, VR 1993, 135]) zum Ausdruck gebrachten Grundsätze auf den vorliegenden Sachverhalt nicht übertragen werden. In dieser Entscheidung hat der Oberste Gerichtshof die Geltendmachung eines auf Schadenersatz gestützten Anspruches durch einen Kassenarzt (auch) gegen den Sozialversicherungsträger infolge einer in den Gesamtvertrag aufgenommenen Degressionsregelung der Punktebewertung für Laborleistungen und seiner dadurch entsprechenden finanziellen Verluste grundsätzlich als zulässig beurteilt (unter Hinweis auf Krejci, Unerlaubte Honorarordnungen für Kassenärzte, VR 1991, 145). Die zur Leistungsbestimmung durch den Vertragspartner oder Dritte entwickelten Grundsätze seien "sinngemäß" auch auf die Fälle einer Fremdbestimmung durch die Vertragspartner eines Gesamtvertrages anzuwenden. Es verbiete sich vorweg damit zu argumentieren, der Vertragspartner, dem die Regelung durch die Gestaltung nicht passe, könne ja überhaupt aus dem Vertrag aussteigen; damit würde in völlig unsachlicher Weise auf dessen wirkliche Belange nicht eingegangen und jegliche echte Rücksichtnahme au

**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