

TE OGH 2001/7/30 100bS151/01f

JUSLINE Entscheidung

🕒 Veröffentlicht am 30.07.2001

Kopf

Der Oberste Gerichtshof hat als Revisionsgericht in Arbeits- und Sozialrechtssachen durch den Senatspräsidenten des Obersten Gerichtshofes Dr. Bauer als Vorsitzenden, die Hofräte des Obersten Gerichtshofes Dr. Steinbauer und Dr. Fellinger sowie die fachkundigen Laienrichter Dr. Fritz Miklau (aus dem Kreis der Arbeitgeber) und Heinz Abel (aus dem Kreis der Arbeitnehmer) als weitere Richter in der Sozialrechtssache der klagenden Partei Ahmet Ö*****, Arbeiter, *****, vertreten durch Dr. Gerold Hirn und Dr. Burkhard Hirn, Rechtsanwälte in Feldkirch, gegen die beklagte Partei Vorarlberger Gebietskrankenkasse, 6850 Dornbirn, Jahngasse 4, vertreten durch Winkler-Heinzle Rechtsanwaltspartnerschaft in Bregenz, wegen S 197.684,-- sA, infolge Revision der klagenden Partei gegen das Urteil des Oberlandesgerichtes Innsbruck als Berufungsgericht in Arbeits- und Sozialrechtssachen vom 13. März 2001, GZ 25 Rs 14/01x-41, womit infolge Berufung der klagenden Partei das Urteil des Landesgerichtes Feldkirch als Arbeits- und Sozialgericht vom 25. September 2000, GZ 35 Cgs 140/98z-33, bestätigt wurde, in nichtöffentlicher Sitzung zu Recht erkannt:

Spruch

Der Revision wird nicht Folge gegeben.

Der Kläger hat die Kosten seines Rechtsmittels selbst zu tragen.

Text

Entscheidungsgründe:

Der bei der beklagten Partei krankenversicherte Kläger unterzog sich am 11. 5. 1996 im Landeskrankenhaus (LKH) Feldkirch, dessen Rechtsträger damals das Land Vorarlberg war, einem herzchirurgischen Eingriff. Bei dieser Operation traten nicht vorhersehbare Komplikationen auf. Das behandelnde Ärzteteam entschloss sich zur Verlegung des Klägers als stationären Patienten in das Herz-Zentrum Bodensee in Kreuzlingen (Schweiz), bei welchem es sich von Feldkirch aus betrachtet um die nächste herzchirurgische Institution handelt. Ein Transfer an die Universitätsklinik Innsbruck wäre zeitlich zu aufwändig gewesen und hätte den Kläger unnötig gefährdet. Nach dem Transfer mittels Helikopter von Feldkirch nach Kreuzlingen war der Kläger dort vom 11. bis einschließlich 17. 5. 1996 in stationärer Behandlung. Die Kosten dieser Behandlung in Höhe von DEM 27.894,56 wurden mit Rechnung vom 15. 7. 1996, Rechnung Nr: 9671891, dem LKH Feldkirch zur Zahlung vorgeschrieben. Dieses berichtigte am 29. 10. 1996 den vorgeschriebenen Betrag über eine Verrechnungsstelle dem Herz-Zentrum Bodensee unter Bezugnahme auf die vorerwähnte Rechnungsnummer.

Mit Schreiben vom 19. 12. 1996 ersuchte die Vorarlberger Krankenhaus-Betriebs GmbH den Kläger, ihr unter anderem auch die Kosten der stationären Behandlung in Höhe von DEM 27.894,56 gemäß beiliegender Rechenkopie Nr 9671891 des Herz-Zentrum Bodensee bis 14. 1. 1997 zu überweisen. Eine solche Überweisung seitens des Klägers erfolgte nicht.

Das Herz-Zentrum Bodensee erstellte in der Folge mit Datum 15. 7. 1996, soweit es die erbrachten Leistungen und die in Rechnung gestellten Beträge betrifft, dieselbe Rechnung nochmals, versah sie mit einer anderen Rechnungsnummer und adressierte sie an den Kläger. Diese Rechnung kam spätestens am 3. 2. 1997 den nunmehrigen Klagevertretern zu. Auch auf diese Rechnung erfolgte bisher keine Zahlung durch den Kläger.

Mit Bescheid vom 16. 7. 1998 wies die beklagte Partei den Antrag des Klägers auf Kostenersatz für seine stationäre Behandlung im Herz-Zentrum Bodensee im Wesentlichen mit der Begründung ab, dass eine Kostenerstattung nur dann in Betracht komme, wenn entweder der Versicherte die Kosten selbst bezahlt habe oder bei deren Bezahlung durch einen Dritten im Innenverhältnis zum Ersatz verpflichtet sei. Keine der beiden erwähnten Voraussetzungen liege im Falle des Klägers vor.

Der Kläger begehrt mit seiner Klage die Zahlung des abgewiesenen Betrages von S 197.684,- sA im Wesentlichen mit der Begründung, er habe bezüglich der ärztlichen Leistungen im Herz-Zentrum Bodensee zumindest konkludent einen Behandlungsvertrag abgeschlossen und sei nach dem auf dieses Rechtsverhältnis anzuwendenden Schweizer Recht primär Kostenschuldner für diese Behandlung. Allenfalls sei von einer notwendigen Geschäftsführung zu Gunsten des Klägers auszugehen. Das LKH Feldkirch habe die Behandlungskosten des Klägers lediglich in der Absicht, diese Kosten beim Kläger einzufordern, bezahlt. Der Kläger sei dem LKH Feldkirch zur Rückerstattung dieser Kosten verpflichtet.

Die beklagte Partei beantragte die Abweisung des Klagebegehrens und wendete insbesondere ein, die Kosten der stationären Behandlung des Klägers im Herz-Zentrum Bodensee seien durch das LKH Feldkirch bezahlt worden, wodurch die Forderung erloschen sei. Den Kläger treffe auch keine Verpflichtung zum Rückersatz im Innenverhältnis gegenüber dem LKH Feldkirch, welches den Behandlungsvertrag abgeschlossen und auch die Kosten der Behandlung bezahlt habe.

Das Erstgericht wies das Klagebegehren ab. Es vertrat in rechtlicher Hinsicht die Auffassung, dass ausgehend vom eingangs wiedergegebenen Sachverhalt zwischen den Parteien derzeit überhaupt kein Schuldverhältnis bestehe. Es bestehe insbesondere auch keine rechtsgeschäftliche Vereinbarung, wonach der Kläger verpflichtet wäre, aus Anlass der Zahlung des LKH Feldkirch an das Herz-Zentrum Bodensee eine Geldleistung an das Land Vorarlberg, das LKH Feldkirch oder die erwähnte Krankenhausbetriebs-GesmbH zu erbringen. Zufolge der vom LKH Feldkirch vorgenommenen Liquidierung der Forderung könne vom Herz-Zentrum Bodensee auch keine Forderung mehr an den Kläger gestellt werden. Im Übrigen würde eine Leistungsklage auf Kostenersatz aus der Krankenversicherung voraussetzen, dass die Kosten vorher vom Versicherten oder Anspruchsberechtigten getragen worden seien.

Das Berufungsgericht gab der vom Kläger dagegen erhobenen Berufung keine Folge. Es traf nach Ergänzung des Beweisverfahrens noch folgende weitere Feststellungen:

Weder zwischen dem Kläger und dem LKH Feldkirch noch zwischen dem Kläger und dem Herz-Zentrum Bodensee wurde eine Vereinbarung über die Kostentragung der Behandlung des Klägers im Herz-Zentrum getroffen.

Zwischen dem LKH Feldkirch und dem Herz-Zentrum Bodensee bestand (zum Zeitpunkt der Behandlung des Klägers) und besteht eine Vereinbarung dahingehend, dass sich das Herz-Zentrum Bodensee bereit erklärt (hat), in medizinischen Notfällen wie etwa dem des Klägers die notwendige Behandlung, die im LKH Feldkirch nicht erbracht werden kann, zu leisten. Bei dieser Vereinbarung ("Stand-by Vereinbarung") handelt es sich nur um eine solche, die medizinische Belange betrifft, die jedoch keinerlei Kostentragungsregeln und -vereinbarungen enthält. Der Kläger wurde bei der ärztlichen Aufklärung darüber informiert, dass er notfalls ins Herz-Zentrum verlegt werden könnte, ohne dass hiebei über die Kostenfrage gesprochen wurde.

In rechtlicher Hinsicht führte das Berufungsgericht unter ausdrücklicher Bezugnahme auf die Entscheidung des Obersten Gerichtshofes vom 11. 7. 2000, 10 ObS 361/99g und die darin zitierte Rechtsprechung aus, die Krankenversicherung treffe unter anderem Vorsorge für den Versicherungsfall der Krankheit, wobei als eine der Leistungen auf Grund dieses Versicherungsfalles auch die Anstaltspflege im Sinne der §§ 144 bis 150 ASVG gewährt werde. Der Begriff Anstaltspflege werde im ASVG nicht näher definiert; hierunter werde die durch die Art der Krankheit erforderte, durch die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung bedingte "einheitliche und unteilbare" Gesamtleistung der stationären Pflege in einer Krankenanstalt verstanden. Gemäß § 144 Abs 1 (idF BGBl 1991/676) sei die Pflege in der allgemeinen Gebührenklasse einer öffentlichen Krankenanstalt zu gewähren, sofern im Sprengel des Versicherungsträgers eine solche Krankenanstalt bestehe und der Erkrankte nicht mit seiner Zustimmung in einer nichtöffentlichen Krankenanstalt untergebracht werde, wenn und solange es die Art der Krankheit erfordere. Der

Erkrankte sei, wenn Anstaltspflege gemäß § 144 ASVG gewährt werde, in eine öffentliche Krankenanstalt einzuweisen. Sei die Anstaltspflege notwendig und unaufschiebbar gewesen, so habe der Versicherungsträger dem Versicherten die Kosten der Anstaltspflege zu ersetzen, wenn 1. für die Gewährung der Anstaltspflege durch den Versicherungsträger nicht Vorsorge getroffen werden könne, weil öffentliche Krankenanstalten nicht zur Verfügung stehen und Verträge gemäß § 149 ASVG nicht zustandekommen oder 2. der Erkrankte in einer nichtöffentlichen Krankenanstalt, mit der keine vertragliche Regelung gemäß § 149 ASVG bestehe, ohne Einweisung durch den Versicherungsträger untergebracht worden sei. Die Kosten würden höchstens in dem Maß der Kosten ersetzt, die dem Versicherungsträger in der nach Art und Umfang der Einrichtung und Leistungen in Betracht kommenden nächstgelegenen öffentlichen Krankenanstalt erwachsen wären (§ 150 Abs 2 ASVG idF vor dem 2. SRÄG). Aus den Bestimmungen der §§ 144, 145, 149 und 150 ASVG sowie den in der Entscheidung des Obersten Gerichtshofes 10 ObS 361/99g zitierten Bestimmungen der Krankenordnung der beklagten Partei folge, dass der Versicherungsträger die Anstaltspflege grundsätzlich als Sachleistung gewähre, wenn sie in öffentlichen Krankenanstalten, eigenen Krankenanstalten des Versicherungsträgers oder sonstigen nichtöffentlichen Krankenanstalten erfolge, mit denen der Versicherungsträger in keinem Vertragsverhältnis stehe. Im Übrigen könnte Kostenersatz unter den gleichfalls bereits dargestellten Voraussetzungen verlangt werden, wenn die Kosten vorher vom Versicherten oder Anspruchsberechtigten getragen worden seien. Dass nur bereits bezahlte und ausgelegte Kosten refundiert werden können, beruhe auf dem in der Krankenversicherung geltenden Kostenerstattungsprinzip. Dass hierüber saldierte Rechnungen verlangt werden, entspreche einem Gebot der Verwaltungsökonomie. Mangels vorheriger Kostentragung durch den Versicherten wäre ein allfälliges Klagebegehren auf Kostenersatz von vorneherein unberechtigt. Weil die Krankenversicherung vom Sachleistungsprinzip geprägt sei, nehme der Krankenversicherungsleistung eine Kostenerstattung nicht den Sachleistungscharakter; bei der unmittelbaren Abrechnung zwischen dem Erbringer der Krankenbehandlung und den Sozialversicherungsträgern würden die Rechtsbeziehungen zwischen diesen Leistungserbringern und den Patienten entkommerzialisieren. Dem Versicherten werde der Weg zum Arzt erheblich erleichtert, weil keine Honorarzahlung vorgestreckt werden müsse. Aus der sozialen Zielsetzung des Sachleistungsprinzips ergebe sich, dass die Sozialversicherung die Leistungen der Krankenbehandlung und Anstaltspflege vor allem über das Vertragsarztsystem und öffentliche Krankenanstalten erbringen wolle. Aus Gründen des gesetzlichen Auftrages, das Sachleistungsprinzip möglichst zu verwirklichen, sei es erforderlich, den sozialversicherungsrechtlichen Kostenerstattungsanspruch nicht nur vom Entstehen eines wahlärztlichen Honoraranspruches abhängig zu machen, sondern auch von der endgültigen schuldbefreienden Bezahlung. Da auch die Anstaltspflege grundsätzlich als Sachleistung erbracht werde, müsse auch für diesen Bereich das Kostenerstattungsprinzip gelten. Dieser Kostenerstattungsanspruch setze einerseits voraus, dass die nicht in einem Vertrag mit dem Krankenversicherungsträger stehenden Krankenanstalten tatsächlich Leistungen der Anstaltspflege erbracht haben, andererseits, dass dem Versicherten daraus tatsächlich Kosten erwachsen seien. Der Versicherte, der einen Wahlarzt in Anspruch nehme, habe diesen zunächst selbst zu honorieren, bevor er auf Grund einer saldierten Rechnung von der Krankenkasse Rückersatz erhalte. Eine kostenlose Anstaltspflege führe ebensowenig wie eine Anstaltspflege auf ausschließliche Rechnung eines Dritten zu einem Kostenerstattungsanspruch des Versicherten. In rechtlicher Hinsicht führte das Berufungsgericht unter ausdrücklicher Bezugnahme auf die Entscheidung des Obersten Gerichtshofes vom 11. 7. 2000, 10 ObS 361/99g, und die darin zitierte Rechtsprechung aus, die Krankenversicherung treffe unter anderem Vorsorge für den Versicherungsfall der Krankheit, wobei als eine der Leistungen auf Grund dieses Versicherungsfalles auch die Anstaltspflege im Sinne der Paragraphen 144 bis 150 ASVG gewährt werde. Der Begriff Anstaltspflege werde im ASVG nicht näher definiert; hierunter werde die durch die Art der Krankheit erforderte, durch die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung bedingte "einheitliche und unteilbare" Gesamtleistung der stationären Pflege in einer Krankenanstalt verstanden. Gemäß Paragraph 144, Absatz eins, in der Fassung BGBl 1991/676) sei die Pflege in der allgemeinen Gebührenklasse einer öffentlichen Krankenanstalt zu gewähren, sofern im Sprengel des Versicherungsträgers eine solche Krankenanstalt bestehe und der Erkrankte nicht mit seiner Zustimmung in einer nichtöffentlichen Krankenanstalt untergebracht werde, wenn und solange es die Art der Krankheit erfordere. Der Erkrankte sei, wenn Anstaltspflege gemäß Paragraph 144, ASVG gewährt werde, in eine öffentliche Krankenanstalt einzuweisen. Sei die Anstaltspflege notwendig und unaufschiebbar gewesen, so habe der Versicherungsträger dem Versicherten die Kosten der Anstaltspflege zu ersetzen, wenn 1. für die Gewährung der Anstaltspflege durch den Versicherungsträger nicht Vorsorge getroffen werden könne, weil öffentliche Krankenanstalten nicht zur Verfügung stehen und Verträge gemäß Paragraph 149, ASVG nicht zustandekommen oder 2. der Erkrankte in einer nichtöffentlichen Krankenanstalt, mit der keine vertragliche Regelung gemäß Paragraph 149,

ASVG bestehe, ohne Einweisung durch den Versicherungsträger untergebracht worden sei. Die Kosten würden höchstens in dem Maß der Kosten ersetzt, die dem Versicherungsträger in der nach Art und Umfang der Einrichtung und Leistungen in Betracht kommenden nächstgelegenen öffentlichen Krankenanstalt erwachsen wären (Paragraph 150, Absatz 2, ASVG in der Fassung vor dem 2. SRÄG). Aus den Bestimmungen der Paragraphen 144,, 145, 149 und 150 ASVG sowie den in der Entscheidung des Obersten Gerichtshofes 10 ObS 361/99g zitierten Bestimmungen der Krankenordnung der beklagten Partei folge, dass der Versicherungsträger die Anstaltspflege grundsätzlich als Sachleistung gewähre, wenn sie in öffentlichen Krankenanstalten, eigenen Krankenanstalten des Versicherungsträgers oder sonstigen nichtöffentlichen Krankenanstalten erfolge, mit denen der Versicherungsträger in keinem Vertragsverhältnis stehe. Im Übrigen könnte Kostenersatz unter den gleichfalls bereits dargestellten Voraussetzungen verlangt werden, wenn die Kosten vorher vom Versicherten oder Anspruchsberechtigten getragen worden seien. Dass nur bereits bezahlte und ausgelegte Kosten refundiert werden können, beruhe auf dem in der Krankenversicherung geltenden Kostenerstattungsprinzip. Dass hierüber saldierte Rechnungen verlangt werden, entspreche einem Gebot der Verwaltungsökonomie. Mangels vorheriger Kostentragung durch den Versicherten wäre ein allfälliges Klagebegehren auf Kostenersatz von vorneherein unberechtigt. Weil die Krankenversicherung vom Sachleistungsprinzip geprägt sei, nehme der Krankenversicherungsleistung eine Kostenerstattung nicht den Sachleistungscharakter; bei der unmittelbaren Abrechnung zwischen dem Erbringer der Krankenbehandlung und den Sozialversicherungsträgern würden die Rechtsbeziehungen zwischen diesen Leistungserbringern und den Patienten entkommerzialisieren. Dem Versicherten werde der Weg zum Arzt erheblich erleichtert, weil keine Honorarzahlung vorgestreckt werden müsse. Aus der sozialen Zielsetzung des Sachleistungsprinzips ergebe sich, dass die Sozialversicherung die Leistungen der Krankenbehandlung und Anstaltspflege vor allem über das Vertragsarztsystem und öffentliche Krankenanstalten erbringen wolle. Aus Gründen des gesetzlichen Auftrages, das Sachleistungsprinzip möglichst zu verwirklichen, sei es erforderlich, den sozialversicherungsrechtlichen Kostenerstattungsanspruch nicht nur vom Entstehen eines wahlärztlichen Honoraranspruches abhängig zu machen, sondern auch von der endgültigen schuldbefreienden Bezahlung. Da auch die Anstaltspflege grundsätzlich als Sachleistung erbracht werde, müsse auch für diesen Bereich das Kostenerstattungsprinzip gelten. Dieser Kostenerstattungsanspruch setze einerseits voraus, dass die nicht in einem Vertrag mit dem Krankenversicherungsträger stehenden Krankenanstalten tatsächlich Leistungen der Anstaltspflege erbracht haben, andererseits, dass dem Versicherten daraus tatsächlich Kosten erwachsen seien. Der Versicherte, der einen Wahlarzt in Anspruch nehme, habe diesen zunächst selbst zu honorieren, bevor er auf Grund einer saldierten Rechnung von der Krankenkasse Rückersatz erhalte. Eine kostenlose Anstaltspflege führe ebensowenig wie eine Anstaltspflege auf ausschließliche Rechnung eines Dritten zu einem Kostenerstattungsanspruch des Versicherten.

Nach § 7 Abs 1 Vorarlberger Spitalgesetz (LGBl Nr 1/1990) sei das Land als Träger von Privatrechten verpflichtet, Krankenanstaltspflege für anstaltsbedürftige Personen unter Bedachtnahme auf den Spitalplan entweder durch Einrichtung und Betrieb öffentlicher Krankenanstalten oder durch Vereinbarungen mit Rechtsträgern anderer Krankenanstalten sicherzustellen. Um den letztgenannten Fall handle es sich hier, weil im LKH Feldkirch die notwendige Krankenbehandlung des Klägers, der zweifellos anstaltsbedürftig gewesen sei, nicht umfassend gewährleistet werden konnte und daher vom LKH Feldkirch durch Vereinbarung mit dem Herz-Zentrum Bodensee die (weitergehende und) notwendige Behandlung des Klägers jedenfalls im Sinne einer individuellen zusätzlichen Vereinbarung abgesichert worden sei. Es sei eine generelle Regelung für derart auftretende Komplikationen durch die sogenannte "Stand-by Regelung" getroffen worden. Die Aufnahme des Klägers im LKH Feldkirch habe somit nicht nur die Behandlung in diesem Krankenhaus selbst, sondern auch die vom LKH Feldkirch infolge dort nicht ausreichend gegebener Behandlungsmöglichkeiten veranlasste zusätzliche Behandlung im Rahmen einer mit einem anderen Krankenhausträger getroffenen Vereinbarung umfasst. Eine darüber hinausgehende Einzelvereinbarung mit dem Kläger habe vom Berufungsgericht nicht festgestellt werden können, sodass dieser vom Kläger ins Treffen geführte Rechtsgrund nicht herangezogen werden könne. Nach Paragraph 7, Absatz eins, Vorarlberger Spitalgesetz Landesgesetzblatt Nr 1 aus 1990,) sei das Land als Träger von Privatrechten verpflichtet, Krankenanstaltspflege für anstaltsbedürftige Personen unter Bedachtnahme auf den Spitalplan entweder durch Einrichtung und Betrieb öffentlicher Krankenanstalten oder durch Vereinbarungen mit Rechtsträgern anderer Krankenanstalten sicherzustellen. Um den letztgenannten Fall handle es sich hier, weil im LKH Feldkirch die notwendige Krankenbehandlung des Klägers, der zweifellos anstaltsbedürftig gewesen sei, nicht umfassend gewährleistet werden konnte und daher vom LKH Feldkirch durch Vereinbarung mit dem Herz-Zentrum Bodensee die (weitergehende und)

notwendige Behandlung des Klägers jedenfalls im Sinne einer individuellen zusätzlichen Vereinbarung abgesichert worden sei. Es sei eine generelle Regelung für derart auftretende Komplikationen durch die sogenannte "Stand-by Regelung" getroffen worden. Die Aufnahme des Klägers im LKH Feldkirch habe somit nicht nur die Behandlung in diesem Krankenhaus selbst, sondern auch die vom LKH Feldkirch infolge dort nicht ausreichend gegebener Behandlungsmöglichkeiten veranlasste zusätzliche Behandlung im Rahmen einer mit einem anderen Krankenhaussträger getroffenen Vereinbarung umfasst. Eine darüber hinausgehende Einzelvereinbarung mit dem Kläger habe vom Berufungsgericht nicht festgestellt werden können, sodass dieser vom Kläger ins Treffen geführte Rechtsgrund nicht herangezogen werden könne.

Auf Grund dieser Rechtslage seien Überlegungen in Richtung einer Geschäftsführung ohne Auftrag entbehrlich, insbesondere weil in Anbetracht der dargestellten Regelungen eine Kostenersatzpflicht des Klägers ganz allgemein nicht vorgelegen sei und sich dementsprechend auch die Frage einer Geschäftsführung für gar nicht bestehende Pflichten nicht stelle. Aus der Belehrung bei der Aufnahme könne der Kläger keine Kostenersatzansprüche ableiten; vielmehr sei ihm nur die (allfällige) medizinische Situation erklärt worden.

Da noch nicht vom Vorliegen einer gesicherten Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofes zum gegenständlichen Problemkreis ausgegangen werden könne, sei die Revision an den Obersten Gerichtshof zulässig.

Dagegen richtet sich die Revision des Klägers wegen Mangelhaftigkeit des Verfahrens und unrichtiger rechtlicher Beurteilung mit dem Antrag, die angefochtene Entscheidung im Sinne einer Stattgebung des Klagebegehrens abzuändern.

Die beklagte Partei beantragt in ihrer Revisionsbeantwortung, die Revision als unzulässig zurückzuweisen, in eventu der Revision keine Folge zu geben.

Rechtliche Beurteilung

Die Revision ist aus den vom Berufungsgericht genannten Grund zulässig, aber nicht berechtigt.

Die rechtliche Beurteilung des Berufungsgerichtes, dass kein Kostenerstattungsanspruch des Klägers gegen die beklagte Partei besteht, ist zutreffend und steht im Einklang mit der vom Berufungsgericht zitierten Rechtsprechung des erkennenden Senates (vgl insb die einen vergleichbaren Sachverhalt betreffende Entscheidung 10 ObS 361/99g). Den Revisionsausführungen ist ergänzend noch folgendes entgegenzuhalten: Die rechtliche Beurteilung des Berufungsgerichtes, dass kein Kostenerstattungsanspruch des Klägers gegen die beklagte Partei besteht, ist zutreffend und steht im Einklang mit der vom Berufungsgericht zitierten Rechtsprechung des erkennenden Senates vergleiche insb die einen vergleichbaren Sachverhalt betreffende Entscheidung 10 Obs 361/99g). Den Revisionsausführungen ist ergänzend noch folgendes entgegenzuhalten:

Unter dem Revisionsgrund der Mangelhaftigkeit rügt der Kläger die Unterlassung der Ermittlung des von Amts wegen anzuwendenden Schweizer Rechtes. Es sei nämlich nach den Bestimmungen des IPRG für den Behandlungs- und Krankenhausaufnahmevertrag jenes Recht maßgeblich, in dem die Partei, die die vertragstypische oder vertragscharakteristische Leistung erbringe, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Niederlassung habe. Bei einem mangelfreien Verfahren wäre das Gericht zweiter Instanz zur Kenntnis gelangt, dass die Rechtsbeziehung zwischen dem Kläger und dem Herz-Zentrum Bodensee in der Schweiz und die daraus resultierenden Rechtsfolgen (wie die Zahlungspflicht) nach Schweizerischem Obligationenrecht zu beurteilen seien. Nach diesem sei primärer Kostenschuldner für die Behandlung immer der Patient. Ausgehend davon wäre zu schließen gewesen, dass das LKH Feldkirch bzw der Rechtsträger dieses Krankenhauses durch die Bezahlung der Rechnung an das Herz-Zentrum Bodensee nicht einen von ihm selbst zu tragenden Aufwand erfüllt habe, sondern lediglich für den Kläger in Vorlage getreten sei, weshalb diesem auch ein Kostenerstattungsanspruch gegenüber der beklagten Partei zustehe.

Wie der Oberste Gerichtshof bereits in seiner Entscheidung vom 29. 3. 2001, 2 Ob 60/01i, dargelegt hat, wird in der Schweiz der totale Spitalaufnahmevertrag, bei dem auch die medizinischen Dienste Vertragsbestandteil sind, als Innominatvertrag mixti iuris angesehen. Auch bei einem derartigen Vertrag ist zur Zahlung des Entgeltes derjenige verpflichtet, der mit dem Spital bzw seinem Rechtsträger den Vertrag geschlossen hat, was allerdings in der Regel der Patient sein wird. Im vorliegenden Fall wurde aber der Vertrag nicht mit dem Patienten, sondern mit dem LKH Feldkirch geschlossen. Die Verlegung des Klägers zur weiteren Behandlung in das Herz-Zentrum Bodensee wurde durch das behandelnde Ärzteteam des LKH Feldkirch veranlasst, nachdem eine Weiterbehandlung im LKH Feldkirch

mangels der erforderlichen Einrichtungen nicht mehr medizinisch vertretbar war. Es wurde somit diese Behandlung des Klägers durch den Krankenhausträger in Auftrag gegeben. Hätte der Vertreter des LKH Feldkirch den Kläger verpflichten wollen, so hätte er auf Grund des Offenlegungsgrundsatzes erklären müssen, in dessen Namen aufzutreten (2 Ob 60/01i mwN).

Nach den Feststellungen ist daher davon auszugehen, dass ein Vertrag über die Behandlung des Klägers zwischen dem LKH Feldkirch und dem Herz-Zentrum Bodensee zustandekam. Anhaltspunkte dafür, dass der Kläger einen Behandlungsvertrag mit dem Herz-Zentrum Bodensee abgeschlossen hat, liegen nicht vor. Das LKH Feldkirch hat daher mit Bezahlung der vom Herz-Zentrum Bodensee gelegten Rechnung eine eigene Schuld getilgt, sodass es aus § 1042 ABGB keinen Rückgriffsanspruch gegen den Kläger ableiten kann (2 Ob 60/01i mwN ua). Nach den Feststellungen ist daher davon auszugehen, dass ein Vertrag über die Behandlung des Klägers zwischen dem LKH Feldkirch und dem Herz-Zentrum Bodensee zustandekam. Anhaltspunkte dafür, dass der Kläger einen Behandlungsvertrag mit dem Herz-Zentrum Bodensee abgeschlossen hat, liegen nicht vor. Das LKH Feldkirch hat daher mit Bezahlung der vom Herz-Zentrum Bodensee gelegten Rechnung eine eigene Schuld getilgt, sodass es aus Paragraph 1042, ABGB keinen Rückgriffsanspruch gegen den Kläger ableiten kann (2 Ob 60/01i mwN ua).

Im Rahmen seiner Rechtsrüge macht der Kläger geltend, das Berufungsgericht hätte bei seiner Entscheidung auch auf den österreichischen Krankenanstaltenplan sowie auf den Vorarlberger Spitalplan und die darin vorgesehene "abzustufende Versorgungsstruktur" Bedacht nehmen müssen, wonach ein öffentliches Krankenhaus nicht eine "umfassende ärztliche Versorgung" schulde, sondern nur eine solche, die es nach der Aufgabenstellung entsprechend der Betriebsbewilligung und den Spitalplänen leisten könne. Das Berufungsgericht hätte daher nicht zu dem Schluss kommen dürfen, dass mit dem Pflegeentgelt der allgemeinen Pflegeklasse alle Leistungen der Krankenanstalt abgegolten seien. Das Berufungsgericht sei zu Unrecht zu dem Ergebnis gelangt, die Aufnahme des Klägers im LKH Feldkirch habe nicht nur die Behandlung in diesem Krankenhaus selbst, sondern auch die vom LKH Feldkirch veranlasste Behandlung des Klägers in der Schweiz umfasst, wobei diese zusätzliche Behandlung durch eine mit einem anderem Krankenhausträger gedeckte Vereinbarung geleistet worden sei.

Nach § 18 Abs 1 KAG ist jedes Land verpflichtet, unter Bedachtnahme auf den Landes-Krankenanstaltenplan Krankenanstaltspflege für anstaltsbedürftige Personen im eigenen Land entweder durch Errichtung und Betrieb öffentlicher Krankenanstalten oder durch Vereinbarung mit Rechtsträgern anderer Krankenanstalten sicherzustellen. Eine inhaltsgleiche Regelung betreffend die Verpflichtung des Landes Vorarlberg als Träger von Privatrechten enthält § 7 Abs 1 Vorarlberger Spitalgesetz (LGBl Nr 1/1990). Nach Paragraph 18, Absatz eins, KAG ist jedes Land verpflichtet, unter Bedachtnahme auf den Landes-Krankenanstaltenplan Krankenanstaltspflege für anstaltsbedürftige Personen im eigenen Land entweder durch Errichtung und Betrieb öffentlicher Krankenanstalten oder durch Vereinbarung mit Rechtsträgern anderer Krankenanstalten sicherzustellen. Eine inhaltsgleiche Regelung betreffend die Verpflichtung des Landes Vorarlberg als Träger von Privatrechten enthält Paragraph 7, Absatz eins, Vorarlberger Spitalgesetz Landesgesetzblatt Nr 1 aus 1990,).

Nach den Feststellungen bestand (zum Zeitpunkt der Behandlung des Klägers) und besteht zwischen dem LKH Feldkirch, dessen Rechtsträger damals das Land Vorarlberg war, und dem Herz-Zentrum Bodensee demgemäß eine Vereinbarung dahingehend, dass sich das Herz-Zentrum Bodensee bereit erklärt (hat), in medizinischen Notfällen wie etwa dem des Klägers die notwendige Behandlung, die im LKH Feldkirch nicht erbracht werden kann, zu leisten ("Stand-by Vereinbarung"). Es kann nun auch im vorliegenden Fall dahingestellt bleiben, ob im Hinblick darauf, dass der Kläger in einer öffentlichen Krankenanstalt (LKH Feldkirch) aufgenommen wurde und von dort die weiteren Veranlassungen (Verlegung in das Herz-Zentrum Bodensee) getroffen wurden, schon die Bestimmung des § 148 Z 3 ASVG in der hier noch maßgeblichen Fassung vor dem 2. SRÄG 1996, BGBl 764, wonach mit den vom Versicherungsträger gezahlten Pflegegebühren grundsätzlich alle Leistungen der Krankenanstalt abgegolten sind, einer Verpflichtung des Klägers zur Tragung von Behandlungskosten entgegensteht. Dem zwischen dem LKH Feldkirch und dem Kläger abgeschlossenen Behandlungsvertrag lag jedenfalls zugrunde, dass das LKH Feldkirch seine Leistungen entsprechend § 148 ASVG grundsätzlich ohne einen Anspruch auf Gegenleistungen (ausgenommen die Kostenbeiträge gemäß § 27a KAG) zu erbringen hat. Dass das LKH Feldkirch eine umfassende Behandlung nicht selbst erbringen konnte, vermag an der Vereinbarung der Unentgeltlichkeit zwischen dem LKH Feldkirch und dem Kläger nichts zu ändern. Hätte das LKH Feldkirch davon abgehen wollen, hätte es den Kläger jedenfalls ausdrücklich darauf aufmerksam machen müssen. Da mit dem Kläger über die Frage der Kostentragung jedoch überhaupt nicht

gesprächen wurde, hat das LKH Feldkirch gegen den Kläger auch keinen vertraglichen Anspruch auf Zahlung der Kosten für die Behandlung im Herz-Zentrum Bodensee (vgl 2 Ob 60/01i). Nach den Feststellungen bestand (zum Zeitpunkt der Behandlung des Klägers) und besteht zwischen dem LKH Feldkirch, dessen Rechtsträger damals das Land Vorarlberg war, und dem Herz-Zentrum Bodensee demgemäß eine Vereinbarung dahingehend, dass sich das Herz-Zentrum Bodensee bereit erklärt (hat), in medizinischen Notfällen wie etwa dem des Klägers die notwendige Behandlung, die im LKH Feldkirch nicht erbracht werden kann, zu leisten ("Stand-by Vereinbarung"). Es kann nun auch im vorliegenden Fall dahingestellt bleiben, ob im Hinblick darauf, dass der Kläger in einer öffentlichen Krankenanstalt (LKH Feldkirch) aufgenommen wurde und von dort die weiteren Veranlassungen (Verlegung in das Herz-Zentrum Bodensee) getroffen wurden, schon die Bestimmung des Paragraph 148, Ziffer 3, ASVG in der hier noch maßgeblichen Fassung vor dem 2. SRÄG 1996, BGBl 764, wonach mit den vom Versicherungsträger gezahlten Pflegegebühren grundsätzlich alle Leistungen der Krankenanstalt abgegolten sind, einer Verpflichtung des Klägers zur Tragung von Behandlungskosten entgegensteht. Dem zwischen dem LKH Feldkirch und dem Kläger abgeschlossenen Behandlungsvertrag lag jedenfalls zugrunde, dass das LKH Feldkirch seine Leistungen entsprechend Paragraph 148, ASVG grundsätzlich ohne einen Anspruch auf Gegenleistungen (ausgenommen die Kostenbeiträge gemäß Paragraph 27 a, KAG) zu erbringen hat. Dass das LKH Feldkirch eine umfassende Behandlung nicht selbst erbringen konnte, vermag an der Vereinbarung der Unentgeltlichkeit zwischen dem LKH Feldkirch und dem Kläger nichts zu ändern. Hätte das LKH Feldkirch davon abgehen wollen, hätte es den Kläger jedenfalls ausdrücklich darauf aufmerksam machen müssen. Da mit dem Kläger über die Frage der Kostentragung jedoch überhaupt nicht gesprochen wurde, hat das LKH Feldkirch gegen den Kläger auch keinen vertraglichen Anspruch auf Zahlung der Kosten für die Behandlung im Herz-Zentrum Bodensee (vergleiche 2 Ob 60/01i).

Das Herz-Zentrum Bodensee legte daher über die gegenständliche Behandlung Rechnung richtigerweise an das LKH Feldkirch, das diese Rechnung auch bezahlte. Dass das Herz-Zentrum Bodensee in der Folge über die gegenständliche Behandlung eine idente Rechnung auch an den Kläger legte, ist für den Verfahrensausgang ohne Bedeutung, weil diese Rechnung nie beglichen wurde. Zuzufolge Vollbefriedigung durch das LKH Feldkirch kann vom Herz-Zentrum Bodensee auch keine Forderung mehr an den Kläger gestellt werden. Durch die Zahlung wurde eine vom Herz-Zentrum Bodensee unmittelbar gegen das LKH Feldkirch (bzw den zuständigen Krankenhausträger) geltend gemachte Forderung von diesem Rechnungsadressaten bezahlt, nicht aber eine Zahlungsverpflichtung des Klägers vorfinanziert oder eingelöst. Das LKH Feldkirch hat daher mit der Bezahlung der gelegten Rechnung seine eigenen Schulden getilgt, weshalb der vom Kläger geltend gemachte Kostenerstattungsanspruch nicht zu Recht besteht (10 ObS 361/99g).

Es muss daher auch im vorliegenden Fall nicht weiter darauf eingegangen werden, inwieweit ein Versicherter auch in jenen Fällen, in denen nicht er selbst die ihn treffenden Kosten der Anstaltspflege befriedigt, einen Kostenerstattungsanspruch gegen den Krankenversicherungsträger haben kann.

Der Revision war somit ein Erfolg zu versagen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 77 Abs 1 Z 2 lit b ASGG. Die Kostenentscheidung beruht auf Paragraph 77, Absatz eins, Ziffer 2, Litera b, ASGG.

Anmerkung

E62802 10C01511

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:OGH0002:2001:010OBS00151.01F.0730.000

Dokumentnummer

JJT_20010730_OGH0002_010OBS00151_01F0000_000

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