

TE OGH 1989/5/10 20b158/88

JUSLINE Entscheidung

🕒 Veröffentlicht am 10.05.1989

Kopf

Der Oberste Gerichtshof hat als Revisionsgericht durch den Senatspräsidenten des Obersten Gerichtshofes Dr. Scheiderbauer als Vorsitzenden und durch die Hofräte des Obersten Gerichtshofes Dr. Kralik, Dr. Vogel, Dr. Melber und Dr. Kropfitsch als Richter in der Rechtssache der klagenden Partei Ö*** A***-,

M***- UND T*** C***, Schubertring 1-3, 1010 Wien, vertreten durch DDr. Elisabeth Steiner, Rechtsanwalt in Wien, wider die beklagte Partei N*** Allgemeine Versicherungs-AG,

Uraniastraße 2, 1010 Wien, vertreten durch Dr. Manfred Melzer und Dr. Erich Kafka, Rechtsanwälte in Wien, wegen S 35.442,- s.A., infolge Revision der beklagten Partei gegen das Urteil des Oberlandesgerichtes Wien als Berufungsgerichtes vom 7. Juli 1988, GZ 15 R 119/88-23, womit infolge Berufung der klagenden und der beklagten Partei das Zwischenurteil des Landesgerichtes für Zivilrechtssachen Wien vom 27. Jänner 1988, GZ 10 Cg 759/86-12, teilweise bestätigt und teilweise abgeändert wurde, in nichtöffentlicher Sitzung zu Recht erkannt und beschlossen:

Spruch

Die Revision wird, soweit sie sich gegen den bestätigenden Teil des Urteils des Berufungsgerichtes richtet, zurückgewiesen. Soweit sich die Revision gegen den abändernden Teil des Urteils des Berufungsgerichtes richtet, wird ihr Folge gegeben. In diesem Umfang wird das Urteil des Berufungsgerichtes dahin abgeändert, daß die Entscheidung des Erstgerichtes wiederhergestellt wird. Die Entscheidung über die Kosten des Rechtsmittelverfahrens bleibt dem Endurteil vorbehalten.

Text

Entscheidungsgründe:

Der Kläger ist Leistungsorganisator und Verrechnungsstelle der Ö***-Notarzthubschraubereinsätze, unter anderem auch in Tirol. Er bedient sich hierbei verschiedener Vertragspartner; in Tirol sind dies der T*** L*** des R***N K***ES, die T***

A*** Luftfahrtgesellschaft mbH & Co KG und die Standortgemeinden der Hubschrauber, die Stadt I*** und K*** (mit den Gemeinden des Bezirkes). Der Kläger tritt gegenüber seinen Vertragspartnern mit den Einsatzkosten in Vorlage und rechnet danach nach dem von ihm mit dem Hauptverband österreichischer Sozialversicherungsträger geschlossenen Rahmenvertrag vom 30. Mai 1984 mit den Sozialversicherungsträgern und den Privatversicherungen ab.

Dieser Rahmenvertrag enthält folgende wesentliche Bestimmungen:

"§ 1

Gegenstand

(1) Dieser Vertrag regelt die Vergütung der im § 2 angeführten Flugtransporte von Versicherten der im Anhang bezeichneten Sozialversicherungsträger (kurz Versicherungsträger). Als Versicherte gelten auch Angehörige gemäß § 123 ASVG, § 56 B-KUVG, § 78 BSVG sowie gemäß § 10 und § 83 GSVG und Personen, die von den Versicherungsträgern auf Grund gesetzlicher Bestimmungen oder zwischenstaatlicher Verträge zu betreuen sind.

(2) Versicherungsträger, die nicht im Anhang bezeichnet sind, können durch schriftliche Erklärung diesem Vertrag beitreten.

§ 2

Flugtransporte

(1) Als Flugtransporte im Sinne des Vertrages gelten

a) Transporte Versicherter vom Notfallort zur nächsten geeigneten Krankenanstalt, die von einem Hubschrauber angefliegen werden kann,

b) Transporte Versicherter vom Notfallort zur Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe,

c) Transporte von bereits in einer Krankenanstalt versorgten Versicherten in eine andere Krankenanstalt.

(2) Diese Flugtransporte dürfen auf Rechnung der Versicherungsträger durchgeführt werden, wenn sie aus medizinischen Gründen und in den Fällen gemäß Abs 1 lit a und b unter Bedachtnahme auf den Notfallort notwendig sind und es sich um keine Beförderung nach Unfällen in Ausübung von Sport und Touristik vom Berg bis ins Tal handelt.

§ 6

Honorierung

(2) Die Versicherungsträger leisten für die als medizinisch notwendig festgestellten Flugtransporte gemäß § 2 lit a und b einen Pauschalbetrag von je S 8.100,-. Für Transporte gemäß § 2 lit c werden S 270,- je Flugminute und ein Pauschale für die ärztliche Betreuung während des Fluges in der Höhe von S 2.800,- vereinbart.

(2) Handelt es sich um einen als medizinisch notwendig festgestellten Flugtransport nach einem Unfall in Ausübung von Sport und Touristik vom Berg zur nächsten geeigneten Krankenanstalt, die von einem Hubschrauber angefliegen werden kann, oder zur Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe, leistet der Versicherungsträger einen Pauschalbetrag von S 12.960,- abzüglich 50 %.

(3) Durch Leistungen auf Grund dieses Vertrages wird die Aufgabenerfüllung gemäß § 186 Z 6 ASVG bzw. § 87 B-KUVG nicht berührt.

(4) Zuzahlungen dürfen vom Versicherten weder verlangt noch entgegengenommen werden.

(5) Mit der Bezahlung der vorgenannten Beträge sind alle Ansprüche des Ö*** gegenüber dem Versicherten und dem Versicherungsträger aus der Durchführung von Flugtransporten abgegolten.

(6) Zu den vorgenannten Beträgen wird die Umsatzsteuer in der jeweiligen gesetzlichen Höhe hinzugerechnet."

Ursprünglich hatte der Kläger volle Kostendeckung durch die Sozialversicherungsträger angestrebt. Für diesen Fall sah der Vertragsentwurf anstelle der Bestimmungen des § 6 Abs 4 und Abs 5 des geltenden Vertrages folgende Formulierungen vor:

§ 6 Abs 2 des Entwurfes lautete:

"Zuzahlungen dürfen von Versicherten oder sonstigen Dritten aus welchem Titel immer weder verlangt noch entgegengenommen werden."

§ 6 Abs 3 des Entwurfes lautete:

"Mit der Bezahlung gemäß Abs 1 sind alle Ansprüche des Ö*** aus der Durchführung von Flugtransporten für Versicherte abgegolten."

Diese Bestimmungen des Entwurfes wurden über Wunsch des Klägers aus den endgültigen Verträgen herausgenommen und durch die Vertragsbestimmungen des § 6 Abs 4 und Abs 5 ersetzt, nachdem volle Kostendeckung durch Sozialversicherungsträger nicht erzielt werden konnte. Mit der Formulierung des § 6 Abs 4 und

Abs 5 des geltenden Rahmenvertrages sollte durch den Beitrag des Sozialversicherungsträgers lediglich die Inanspruchnahme des Sozialversicherten und seiner Angehörigen für die Kosten des Hubschraubertransportes ausgeschlossen werden, nicht aber die Inanspruchnahme Dritter.

Der Kläger und das Ö*** R*** K***, L***

T***, haben hinsichtlich der Notarzthubschraubereinsätze in Tirol im wesentlichen folgende Vereinbarung getroffen, der das L*** T*** beigetreten ist:

I.

Der Ö*** A***-, M***- UND T*** C***

(Ö***) und das Ö*** R*** K*** (ÖRK), L***

T***, haben in der Absicht einer Verbesserung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung bei medizinischen besonders indizierten Notfällen in Tirol in Ergänzung zu bestehen Rettungseinrichtungen einen Hubschrauberrettungsdienst eingerichtet (Notarzthubschrauberdienst).

Zwecks Durchführung dieses Notarzthubschrauberdienstes haben der Ö*** und das ÖRK-LV T*** eine Vereinbarung betreffend Organisation und Finanzierung abgeschlossen. Die Einsatzflüge werden somit wie folgt definiert: ...

(Es folgen die Definitionen des Rettungsfluges als Primäreinsatz und des Verlegungsfluges als Sekundäreinsatz).

III.

Das L*** T*** stellt in Anerkennung der wirtschaftlichen Situation des Notarzthubschrauberdienstes in Tirol, der insbesondere in Anbetracht der nur teilweisen Kostenübernahme durch Sozialversicherungsträger einerseits und den Verzicht auf Abgeltung der Rettungskosten durch die Verunfallten (abgesehen von Leistungen derer Privatversicherungen) andererseits nicht kostendeckend geführt werden kann, dem ÖRK-LV T*** treuhändig für den Hubschrauberrettungsdienst (Abgangsdeckung der daran Beteiligten) einen Betrag von S 1,5 Mio zur Verfügung. Das ÖRK-LV T*** ist verpflichtet, den oa Zuschußbetrag wie folgt zu verwenden bzw wird das L*** T*** die Bereitstellung von Zuschußmitteln wie folgt anerkennen für:

1. die vom Ö*** dem Ö*** R***N K*** für die Beteiligung am Hubschrauberrettungsdienst entrichteten Beträge;

2. die vom Ö*** für die medizinische Organisation, ds derzeit

S 1.980,- je Einsatz aufgewendeten Beträge;

3. für Flugeinsätze zur Rettung von Ausländern, wenn von Sozialversicherungsseite hierfür keine Abgeltung geleistet wird, weil dies mangels eines entsprechenden Sozialversicherungsabkommens mit dem Heimatstaat nicht möglich ist, jene Beträge, die im Falle des Bestehens eines solchen Abkommens von einem Sozialversicherungsträger erwartet werden könnten.

Eine Abgeltung von Aufwendungen, die durch sogenannte flugtechnische Fehleinsätze verursacht werden, findet nicht statt. Hierbei werden unter flugtechnischen Fehleinsätzen solche Rettungsflüge verstanden, die nicht über Beauftragung durch das ÖRK (zentrale Einsatzleitung) durchgeführt wurden.

Der Zuschußbetrag des L*** T*** wird dem ÖRK-LV T*** - gegebenenfalls in Teilbeträgen - innerhalb von 3 Wochen nach Anforderung zur Verfügung gestellt. Ein allenfalls nicht im Sinne dieser Vereinbarung zur Verwendung verlangter Betrag ist dem L*** T*** unverzüglich zurückzuzahlen.

IV.

Aufgrund bisheriger Erfahrungen und der kalkulatorischen Grundlagen des Ö*** ist damit zu rechnen, daß bei Durchführung des Notarzthubschrauberdienstes jährlich Kosten für den Standort Innbruck von ca. öS 6,5 Mio (Preisbasis Juli 1983, ohne Umsatzsteuer) exkl. notärztlichen Bereitschaftsdienst erwachsen. Der Ö*** verpflichtet sich, weder von den Notfallpatienten noch von deren Angehörigen Zahlungen für die durchgeführten Rettungseinsätze (unbeschadet der Geltendmachung von Kostenersätzen bei Sozial- oder privaten Versicherungsträgern) zu verlangen.

Die den Notarzthubschrauberdienst betreibenden Vertragsparteien werden sich weiterhin bemühen, Kostenträger für eine möglichst vollständige Abdeckung der Gesamtkosten zu finden und das L*** T*** hierüber laufend zu informieren, wobei das L*** T*** seinerseits diese Bemühungen bestmöglich unterstützen wird."

§ 28 Abs 1 der Satzung der Tiroler Gebietskrankenkasse enthält folgende Bestimmung:

" ... Die notwendigen Beförderungskosten einschließlich der Kosten einer notwendigen Beförderung in häusliche Pflege werden in der tatsächlich erwachsenen Höhe ersetzt, sofern dies nicht nach § 131 Abs 4 ASVG ausgeschlossen ist; im Falle einer Beförderung mittels eines Luftfahrzeuges gilt § 41 Abs 9 ..."

§ 41 Abs 9 der Satzung der Tiroler Gebietskrankenkasse lautet:

"Ist wegen des Zustandes des Erkrankten oder wegen der Dringlichkeit des Falles eine Beförderung auf dem Landweg nicht zu verantworten, so sind die notwendigen Kosten der Beförderung mit einem Luftfahrzeug im Inland zu übernehmen, wenn die medizinische Notwendigkeit dieser Beförderungsart durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen und nachträglich vom Chefarzt der Kasse anerkannt worden ist. Die Höhe der zu übernehmenden Kosten richtet sich nach dem von der Kasse mit dem Rechtsträger der Flugrettungsorganisation vereinbarten Tarifsatz. Besteht keine solche Vereinbarung, so hat die Kasse einen Kostenersatz bis zur Höhe von 20 v.H. des Meßbetrages (§ 108 b Abs 2 ASVG), gerundet auf volle Schilling, pro Flugminute zu leisten."

Der Kläger berichtete über die Ö***-Notarzthubschrauber in seinem Magazin "auto touring" und in Merkblättern und Informationsmappen wie folgt:

Punkt 8 des Merkblattes Beilage C:

"Wer zahlt den Hubschraubereinsatz?

Wenn Sie den Hubschrauber alarmieren, entstehen Ihnen keinesfalls Kosten. Die Kosten für die ärztliche Erstversorgung und den Transport von Verletzten werden über den Ö*** mit den Sozial- und Privatversicherungsträgern abgerechnet".

Informationsmappe Beilage C S 23:

"Finanzierungsmodell des Hubschrauber-Rettungsdienstes:

Einsatzbedingte Kosten (70 - 80 %):

Kostenträger zuständige Sozialversicherung, bei nichtversicherten Personen: Sponsoren + Ö***.

Systembedingte Kosten (20 - 30 %):

Kostenträger soweit als möglich: Sponsoren; Rest: Zuständige Sozialversicherung.

Gegebenenfalls Kostenunterdeckung bei zu geringer Einsatzzahl:

Kostenträger Ö***."

Präsident des R***N K***ES Dr. Heinrich T*** in auto touring Juli 1983 (Beilage E 1):

"Da dem R***N K*** aber keine zusätzlichen Kosten erwachsen dürfen, ist eine Zusammenarbeit mit den Spitalserhaltern, den Sozialversicherungsträgern und den privaten Versicherern notwendig!" auto touring Juni 1984 (Beilage E 2):

"Das Ende des vertragslosen Zustandes und damit die Anerkennung des vom Ö*** geschaffenen Notarzthubschraubersystems wird durch die Einigung mit dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger herbeigeführt. Zwischen dem Club und den Sozialversicherungen wird ein Rahmenvertrag abgeschlossen, der dem Ö*** die Bezahlung von Einsatzgebühren für einen Teil der Kosten seiner Notarzthubschrauber gewährleistet. Beigetreten sind dem Rahmenvertrag bereits die A*** U*** AUVA, die G***

FÜR T***, S*** und V***, die V*** DER

Ö*** B*** und mehrere andere Kassen, wie etwa die der

W*** V*** und der E***".

Unter der Überschrift "Geburtstag zum Nulltarif" wurde in auto touring Juli 1985 (Beilage 1) ausgeführt:

"In diesen Tagen feierten die Ö***-Notarzthubschrauber ihren zweiten Geburtstag: Sowohl in Wien als auch in Innsbruck kamen viele Gäste, um zu gratulieren: Landespolitiker, Klinikchefs und Ärzte, das R*** K***, vor allem aber zahlreiche Gerettete. Sie haben ihren eigenen "zweiten Geburtstag" zum Nulltarif begangen. Denn die Hilfe ist kostenlos. 250 Menschen verdanken "C***" ihr Leben ... Die gemeinsamen Vorstellungen von optimaler und dabei kostenloser Betreuung der Notfallpatienten werden nun auch im Wirkungsbereich anderer Institutionen in die Tat umgesetzt."

Am 10. Februar 1985 ereignete sich in Zams-Vernet in Tirol ein Verkehrsunfall, der von Ulla Z*** als Lenkerin des bei der Beklagten haftpflichtversicherten PKW mit dem Kennzeichen T 286.266 verschuldet wurde. Ulla Z*** und deren Beifahrerin Nadja Z*** erlitten bei diesem Unfall schwere Kopfverletzungen und wurden mit dem Ö***-Hubschrauber C*** 1 in die U***

Innsbruck transportiert.

Im vorliegenden Rechtsstreit beehrte der Kläger die Verurteilung der Beklagten zur Zahlung von S 35.442,- s.A. im wesentlichen mit der Begründung, die Kosten für den Hubschraubertransport der Verletzten am 10. Februar 1985 hätten insgesamt S 44.352,- betragen. Die Tiroler Gebietskrankenkasse habe für die Verletzte Nadja Z*** S 8.100,- zuzüglich 10 % Umsatzsteuer, insgesamt somit S 8.910,-, bezahlt. Der Rest in der Höhe des Klagsbetrages hafte unberichtigt aus. Der Ersatz dieses Betrages werde aus dem Rechtsgrund des Schadenersatzes von der Beklagten als Haftpflichtversicherer des Fahrzeuges der schuldtragenden Lenkerin begehrt. Der Kläger habe lediglich erklärt, den Hubschraubereinsatz für den Verletzten kostenlos durchzuführen; er habe sich aber die Verrechnung mit den Sozial- und Privatversicherungsträgern vorbehalten. Der Ersatzanspruch für Krankentransportkosten stehe dem zu, der sie getragen habe. Der Kläger habe in den Verhandlungen mit dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger eine vollständige Übernahme der Flugeinsatzkosten angestrebt, womit naturgemäß ein Verzicht des Klägers auf die Geltendmachung weiterer Ansprüche verbunden gewesen wäre. Allerdings sei diese angestrebte völlige Kostendeckung nicht erreicht worden, sodaß der Kläger im schließlich abgeschlossenen Vertrag - im Gegensatz zu der im Vertragsentwurf vorgesehenen Regelung - lediglich auf die Geltendmachung der Transportkosten gegenüber dem verletzten Sozialversicherten und dessen Angehörigen verzichtet habe. Ein Forderungsverzicht gegenüber der Beklagten könne im Rahmenvertrag zwischen dem Kläger und dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger schon deswegen nicht erblickt werden, weil der Sozialversicherte nicht mit dem Versicherungsnehmer des Haftpflichtversicherungsvertrages identisch sei. Der Kläger habe sich immer die Geltendmachung von Transportkosten gegenüber den privaten Versicherern vorbehalten, was gar nicht anders möglich sei, weil durch das von den Sozialversicherungsträgern geleistete Pauschale nur 35 % der Kosten der Notarzthubschrauber gedeckt seien. Dazu kämen noch die Subventionen einzelner Bundesländer - so auch in Tirol - im Ausmaß von 25 %. Deswegen sehe auch der Vertrag zwischen dem Kläger und dem L*** T*** des R***N K***ES (der die Subvention der T*** L*** mit dem Kläger abrechne) im Punkt IV lediglich vor, daß der Kläger weder den Verletzten noch dessen Angehörige in Anspruch nehmen dürfe, während die Geltendmachung von Kostenersatzansprüchen gegenüber privaten Versicherungen und den Sozialversicherungsträgern unbenommen sei. Hilfsweise werde der Klagsanspruch auch auf § 1042 ABGB gestützt, weil der Kläger einen Aufwand getätigt habe, den die Beklagte als Haftpflichtversicherer der schuldtragenden Lenkerin hätte machen müssen, wäre der Kläger nicht tätig geworden. Es liege auch Geschäftsführung im Notfall durch den Kläger vor. Die Beklagte wendete dem Grunde nach im wesentlichen ein, der Kläger habe publiziert, Hubschraubereinsätze zur Rettung von Unfallopfern kostenlos zum "Nulltarif" durchzuführen, sodaß er auf Grund dieser einer Auslobung ähnlichen einseitigen Erklärung nicht berechtigt sei, Ersatz für Leistungen zu begehren, zu deren Ausführung zum Nulltarif er sich öffentlich verpflichtet habe. Der Schädiger sei gemäß § 1325 ABGB lediglich gegenüber dem Verletzten verpflichtet, die (als Heilungskosten zu qualifizierenden) Kosten des Krankentransportes zu bezahlen.

Gemäß § 144 Abs 5 ASVG sei der Sozialversicherungsträger verpflichtet, die Kosten des Krankentransports zu tragen; ein diesbezüglicher Ersatzanspruch des Verletzten gehe auf eine dritte Person nur durch Zession bzw im Fall des Sozialversicherungsträgers durch die Legalzession im Sinne des § 332 ASVG über. Der Kläger sei daher nicht aktiv klagslegitimiert; eine Zession von Ersatzansprüchen der Geschädigten sei weder behauptet worden noch möglich, weil

den Verletzten keine Transportkosten erwachsen seien. Es sei durch den Rahmenvertrag ausgeschlossen, den verletzten Versicherten und dessen Versicherungsträger über die vertraglich vereinbarten Leistungen hinaus in Anspruch zu nehmen. Durch diesen Vertrag sei eine kostendeckende Pauschalierung vereinbart worden. Da der Sozialversicherungsträger gemäß § 144 Abs 5 ASVG die notwendigen Kosten eines Krankentransports zu tragen habe und diese mit dem Rahmenvertrag vereinbart worden seien, könnten darüber hinaus keine Ansprüche des Klägers bestehen.

Der Vertrag zwischen dem Kläger und dem L*** T*** des R***N K***ES habe lediglich die Inanspruchnahme der Sozialversicherungsträger und der privaten Unfallversicherungen der Verunfallten für Transportkosten offen gelassen, nicht aber die Inanspruchnahme der Haftpflichtversicherer der Unfallsgegner, die mit dem Unfallsopfer in keinem Vertragsverhältnis stünden. Auch nach § 1042 ABGB habe der Kläger keinen Anspruch, weil die Beklagte lediglich verpflichtet sei, dem Verletzten die Transportkosten zu ersetzen. Der Kläger sei nicht für die Beklagte tätig geworden; er habe infolge seiner einseitigen Erklärung eine eigene Rechtspflicht zur Erbringung der in Frage stehenden Transportleistungen begründet.

Die Beklagte bestreitet auch die Höhe des Klagsanspruches. Das Erstgericht entschied mit Zwischenurteil, daß der Klagsanspruch dem Grunde nach zu 50 % zu Recht und zu 50 % nicht zu Recht besteht.

Es stellte den eingangs wiedergegebenen Sachverhalt fest und beurteilte ihn rechtlich dahin, daß Transportkosten eines Verletzten zu den Heilungskosten gehörten und die Beklagte gemäß § 63 KFG direkt in Anspruch genommen werden könne, doch sei Ulla Z*** als Versicherungsnehmerin der Beklagten kein geschädigter Dritter, weshalb ihr Haftpflichtversicherer ihr gegenüber keine Leistungen zu erbringen habe. Die Beklagte hafte daher nur für die Hälfte der Transportkosten.

Transportkosten könne derjenige geltend machen, der sie getragen habe, gleichgültig, ob er dem Verletzten gegenüber unterhaltspflichtig sei oder nicht. Ein genereller Forderungsverzicht des Klägers sei nicht erfolgt. Ein Forderungsverzicht liege höchstens dem Verletzten und seinem Sozialversicherungsträger gegenüber vor, nicht aber Haftpflichtversicherern gegenüber. Denn durch die Verwendung des Ausdrucks "private Versicherungsträger" im Vertrag mit dem T*** R***N K*** bzw in der Berichterstattung sei jedenfalls die Inanspruchnahme der Beklagten nicht ausgenommen worden. Ein der Auslobung ähnliches einseitiges Rechtsgeschäft liege nicht vor. Ein einseitiger Verzicht des Klägers durch die Verwendung der Worte "Nulltarif" und "kostenlos" liege nicht vor. Durch diese Formulierung sei lediglich zum Ausdruck gebracht worden, daß der Verletzte nicht die Kosten des Hubschraubereinsatzes zu tragen habe. Diese Entscheidung des Erstgerichtes wurde von beiden Streitparteien mit Berufung bekämpft.

Das Berufungsgericht gab mit dem angefochtenen Urteil der Berufung der Beklagten keine Folge. Hingegen gab es der Berufung des Klägers Folge und änderte das angefochtene Zwischenurteil dahin ab, daß es die Klagsforderung dem Grunde nach zur Gänze als zu Recht bestehend erkannte. Das Berufungsgericht sprach aus, daß die Revision zulässig sei.

Es übernahm die Feststellungen des Erstgerichtes als unbedenklich und führte rechtlich im wesentlichen aus, gemäß § 1042 habe derjenige, der für einen anderen einen Aufwand mache, den dieser nach dem Gesetz selbst hätte machen müssen, das Recht, den Ersatz zu fordern. Zwar sei § 1042 ABGB grundsätzlich nur anwendbar, wenn eine fremde Schuld erfüllt werde. Bestehe neben der fremden Schuld eine eigene des Handelnden, so bleibe § 1042 ABGB unter der Voraussetzung anwendbar, daß die eigene Schuld der des anderen subsidiär sei. In solchen Fällen sei § 1042 ABGB analog zu § 1358 ABGB anzuwenden. Ob die Schuld des Zahlers subsidiär sei, beurteile sich nach allgemeinen Regeln. Die Subsidiarität des Leistungsversprechens des Klägers, dann und nur dann kostenlos Notarztflüge durchzuführen, wenn eine Kostenleistungspflicht durch öffentliche oder private Versicherungsträger nicht vorliege, sei vom Erstgericht seinen in dieser Hinsicht unbekämpften Feststellungen zugrundegelegt worden und ergebe sich auch zweifelsfrei aus den Vertragswerken und Publikationen des Klägers und ihrer Auslegung. Der Kläger habe durch die Beistellung des Hubschraubers einen Aufwand getätigt, den die Beklagte als Haftpflichtversicherer der schuldtragenden Lenkerin selbst hätte tätigen müssen. Hätte die Beklagte selbst für einen Hubschraubertransport gesorgt und hätte sie die Kosten selbst getragen, wäre nach Abzug der Vorleistung des Sozialversicherungsträgers der Klagsbetrag zur Zahlung verblieben. Zu keinem anderen Ergebnis komme man unter Heranziehung des § 1358 ABGB. Es gebe somit kein Innenverhältnis im Sinne der §§ 896, 1302 ABGB, das eine Schadensteilung zwischen den Streitparteien rechtfertigen würde; der Kläger müsse sich nämlich keinen eigenen Verschuldensanteil oder ähnliches entgegenhalten lassen.

Grundsätzlich stehe auch die Lehre auf dem Standpunkt, daß bezüglich des Ersatzes von Heilungskosten derjenige anspruchsligitimiert sei, der diese Kosten tatsächlich getragen habe. Dies sei auch aus § 1327 ABGB abzuleiten. Hier sei nämlich die Judikatur der Auffassung, daß derjenige die Beerdigungskosten verlangen könne, der sie tatsächlich getragen habe, welche Interpretation auch durch die Bestimmung des § 12 Abs 1 Z 5 EKHG verfestigt worden sei. § 1325 und § 1327 ABGB stünden in engem systematischen Zusammenhang. Bei der Vorschrift des § 1327 ABGB werde deutlich, daß es nicht darauf ankommen könne, ob derjenige, der die Beerdigungskosten tatsächlich getragen habe, unterhaltspflichtig sei oder nicht. Eine Ungleichbehandlung der Forderungszuständigkeit im § 1325 ABGB und im § 1327 ABGB wäre nicht gerechtfertigt.

Auch aus § 332 ASVG sei für den Standpunkt der Beklagten nichts zu gewinnen. Diese Gesetzesstelle beinhalte eine rein technische Vorschrift, die der Überleitung von Forderungen des Versicherungsnehmers auf den Versicherer diene. Sie könne daher schon von dieser Funktion her keine Aussage darüber treffen, wem Ansprüche zustünden. Ihr Ziel bestehe darin, solche Ansprüche überzuleiten, die dem Versicherungsnehmer zustünden. Wer Forderungszuständiger sei, bestimme sich jedoch nach den Vorschriften des Schadenersatzrechtes, sohin vorliegendenfalls nach den §§ 1325 ff ABGB.

Die Beklagte versuche, unter Berufung auf § 144 Abs 5 und § 332 ASVG darzutun, daß es die grundsätzliche Verpflichtung der Sozialversicherung zur Übernahme der Kosten des Krankentransportes im Zusammenhalt mit der Regelung der Überleitung dieser Forderung auf den Sozialversicherungsträger ausschließe, daß dem Kläger weitere Direktansprüche gegen den Schädiger bzw dessen Haftpflichtversicherer zustünden. Dabei übersehe sie jedoch den Spezialcharakter der Flugrettungskosten im Rahmen der Transportkosten, der sich aus § 41 Abs 10 der Mustersatzung 1982 ergebe. Dort werde normiert, daß Flugrettungskosten nur bei medizinischer Indikation und nur zu 20 % des Restbetrages pro Flugminute übernommen würden. Aus dieser Bestimmung der Mustersatzung im Zusammenhalt mit dem zwischen dem Kläger und dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger geschlossenen Rahmenvertrag ergebe sich, daß die Kostentragungspflicht der Sozialversicherung nur einen Bruchteil der tatsächlich angefallenen Aufwendungen decke. Aus der relativen Geringfügigkeit des Deckungssatzes von lediglich 20 % ergebe sich, daß es sich dabei um eine bloße Kostenbeteiligung handle, die das rechtliche Schicksal des nicht gedeckten Anteils an den Flugrettungskosten unberührt lasse. Dabei sei evident, daß bezüglich des Restanteiles auch keine Überleitung auf den Sozialversicherungsträger gemäß § 332 ASVG stattfinden könne. Der Ansicht der Beklagten, dem Kläger stehe kein direkter Anspruch auf den Ersatz der nicht vom Sozialversicherungsträger gedeckten Flugrettungskosten zu, könne daher nicht gefolgt werden. Der Anwendung des § 1042 ABGB stehe eine Legalzession nach § 332 ASVG nicht entgegen.

Letztlich sei auch der Ansicht der Beklagten nicht zuzustimmen, daß es sich bei der Ö***-Ankündigung des Hubschraubereinsatzes um eine einseitige Verzichtserklärung handle, die nicht nur den Verletzten von einer Bezahlung befreie, sondern eine generelle wäre. Bereits der objektive Erklärungswert der bezogenen Publikationen schließe eine solche Interpretation aus, da diese sich mit der im vorliegenden Zusammenhang wesentlichen Rechtsfolge des Vorliegens einer den Kläger bindenden einseitigen Verpflichtungserklärung ausschließlich an das Publikum als potentielles Verletzungsoffer, nicht jedoch an andere Kostenträger richteten. Überdies müsse bei der Auslegung auch auf § 915 ABGB Bedacht genommen werden, wonach bei einseitigen unentgeltlichen Verpflichtungserklärungen im Zweifel angenommen werden müsse, daß sich der Verpflichtete eher die geringere als die schwerere Last auferlegen wolle. Bei Beachtung dieser Interpretationsregeln bleibe für die Rechtsansicht, der Kläger habe erklärt, auch die Versicherungswirtschaft durch sein Leistungsversprechen zu entlassen, kein Platz.

Es sei daher der Berufung des Klägers stattzugeben, der der Beklagten hingegen ein Erfolg zu versagen.

Seinen Ausspruch über die Zulässigkeit der Revision begründete das Berufungsgericht damit, daß das Verhältnis vor § 1042 ABGB und § 1358 ABGB und das Ausmaß der Gewährung von Heilungskosten an den nicht unmittelbar Geschädigten teilweise umstritten sei. Gegen diese Entscheidung des Berufungsgerichtes richtet sich die Revision der Beklagten. Sie bekämpft sie ihrem gesamten Inhalt nach aus dem Revisionsgrund der unrichtigen rechtlichen Beurteilung mit dem Antrag, das angefochtene Urteil im Sinne der Abweisung des Klagebegehrens abzuändern; hilfsweise stellt sie einen Aufhebungsantrag.

Der Kläger hat eine Revisionsbeantwortung mit dem Antrag erstattet, die Revision zur Gänze, allenfalls "hinsichtlich des 50 % des Klagebegehrens übersteigenden Teiles", wegen Unzulässigkeit zurückzuweisen; hilfsweise beantragt er, der Revision keine Folge zu geben.

Rechtliche Beurteilung

Die Revision der Beklagten ist unzulässig, soweit sie sich gegen den bestätigenden Teil des Urteiles des Berufungsgerichtes (Ausspruch des Zurechtbestehens der Klagsforderung dem Grunde nach zu 50 %) richtet. Der Streitgegenstand besteht in einem Geldbetrag. Im Fall eines Zwischenurteils über ein auf Zahlung von Geld gerichtetes Leistungsbegehren ist der Wert des Streitgegenstandes mit dem Geldbetrag, auf den sich diese Entscheidung erstreckt, gleichzusetzen (ZBl 1936/401; 8 Ob 6/85; 8 Ob 10/86; 8 Ob 535/86 uva). Davon ausgehend beträgt der von dem bestätigenden Teil der Entscheidung des Berufungsgerichtes betroffene Streitgegenstand S 17.721,-; er übersteigt somit nicht S 60.000,-. Die Revision der Beklagten ist daher, soweit sie sich gegen den bestätigenden Teil des Urteiles des Berufungsgerichtes richtet, gemäß § 502 Abs 3 ZPO als unzulässig zurückzuweisen.

Soweit sich die Revision der Beklagten gegen den abändernden Teil des Urteils des Berufungsgerichtes (Ausspruch des vom Erstgericht verneinten Zurechtbestehens der Klagsforderung dem Grunde nach zu weiteren 50 %) richtet, ist sie zulässig. Der Beschwerdegegenstand übersteigt hier S 15.000,-, sodaß die im § 502 Abs 2 Z 2 ZPO normierte Revisionsbeschränkung nicht Platz greift. Die Voraussetzungen des § 502 Abs 4 Z 1 ZPO liegen vor. Die Revision der Beklagten ist in diesem Umfang auch sachlich berechtigt.

Eine eingehende Untersuchung der Frage, ob dem Dritten, der Heilungskosten des Verletzten getragen hat, dogmatisch richtig ein im eigenen Namen geltend zu machender Schadenersatz gegen den Schädiger nach § 1325 ABGB einzuräumen ist oder ob er nach § 1042 ABGB bei Vorliegen der dort normierten Voraussetzungen den Ersatz seiner Aufwendungen vom Schädiger verlangen kann (siehe dazu Koziol, Haftpflichtrecht 2 I 278 ff, insbesondere 285 f; Reischauer in Rummel, ABGB, Rz 17 zu § 1325 und die dort angeführte Judikatur), ist nicht erforderlich. Denn in beiden Fällen muß der allfällige Eintritt einer Legalzession im Sinne des § 332 Abs 1 ASVG berücksichtigt werden. Da bei Leistungen des Sozialversicherungsträgers im Rahmen einer von ihm zu gewährenden Heilbehandlung (wozu auch der Transport ins Krankenhaus gehört) der kongruente Schadenersatzanspruch des Geschädigten gegen den Schädiger sogleich mit dem Eintritt des schädigenden Ereignisses auf den Sozialversicherungsträger übergeht (ZVR 1966/67 uva), kann einem Dritten, der später Heilungskosten für den Geschädigten aufwendet, jedenfalls insoweit kein eigener Ersatzanspruch im Sinne des § 1325 ABGB gegen den Schädiger eingeräumt werden, als derartige Ersatzansprüche des Verletzten bereits auf einen Sozialversicherungsträger übergegangen sind. Auch der Geltendmachung von Ansprüchen nach § 1042 ABGB durch einen Dritten, der einen vom Schädiger zu tragenden Aufwand für den Verletzten erbracht hat und ihn nach dieser Gesetzesstelle vom Schädiger ersetzt verlangt, steht eine in Ansehung des Ersatzanspruches des Geschädigten eingetretene Legalzession an den Sozialversicherungsträger entgegen (ZVR 1980/71; 2 Ob 150/88).

Im vorliegenden Fall handelt es sich um den Ersatz von Krankentransportkosten einer sozialversicherten Verletzten, die vom Kläger aufgewendet wurden. Derartige Kosten sind Heilungskosten im Sinne des § 1325 ABGB (SZ 48/119).

Gemäß § 144 Abs 5 ASVG sind, sofern der körperliche Zustand des Erkrankten oder die Entfernung seines Wohnsitzes seine Beförderung in die oder aus der Anstalt erfordert, auch die notwendigen Kosten einer solchen Beförderung vom Versicherungsträger unter Bedachtnahme auf § 135 Abs 4 ASVG zu übernehmen. Nach der letztgenannten Gesetzesbestimmung ist im Falle der Notwendigkeit der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe der Ersatz der Reise- (Fahrt-)kosten nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung zu gewähren. Der Inhalt des in diesem Zusammenhang für den vorliegenden Rechtsstreit bedeutsamen § 41 Abs 9 der Satzung der Tiroler Gebietskrankenkasse wurde von den Vorinstanzen festgestellt. Dieser Sozialversicherungsträger kam seiner gesetzlich normierten Verpflichtung gegenüber der Verletzten Nadja Z*** zur Übernahme von Transportkosten dadurch nach, daß er im Rahmen des mit dem Kläger gemäß § 338 ASVG geschlossenen Rahmenvertrages vom 30. Mai 1984 die Durchführung des Flugtransportes dem Kläger und diesem dafür das in jenem Vertrag vereinbarte Honorar bezahlte. Es handelt sich hier um die Verschaffung einer dem Sozialversicherungsträger obliegenden Sachleistung durch einen hiezu mittels Vertrages verpflichteten Dritten (siehe dazu Kunst in ZAS 1970, 132).

Nun liegt der Aufwand des Sozialversicherungsträgers für seine vor allem im Bereich der Kranken- und der Unfallversicherung weitgehend in Form von Sachleistungen zu erbringenden sozialversicherungsrechtlichen Leistungen in aller Regel niedriger als der Aufwand, den der Versicherte hätte, wollte er sich die selbe Leistung privat

verschaffen. Das hypothetische Geschädigteninteresse übersteigt daher in der Regel jene Kosten, die der Versicherungsträger selbst für die dem Versicherten erbrachten Sachleistungen hatte. Das Privathonorar des Arztes ist grundsätzlich höher bemessen als der sozialversicherungsrechtliche Honorarsatz; die Pflegegebühren der Krankenanstalten für Privatpatienten sind höher als die mit den Versicherungsträgern vereinbarten Pauschalsätze. Die Konsequenz einer am hypothetischen Geschädigteninteresse orientierten Berechnung des kongruenten Heilungskostenersatzanspruches wäre ein den Aufwand des Versicherungsträgers übersteigender, somit nicht im Wege der Legalzession übergehender Restanspruch des Geschädigten, dessen Geltendmachung des Geschädigten zu einer partiellen Doppelliquidation des durch die Versicherungsleistung ohnehin bereits ausgeglichenen Geschädigteninteresses führen würde. Diese Konsequenz wird in Lehre und Rechtsprechung einhellig (wenn auch mit teilweise unterschiedlicher Begründung) dadurch vermieden, daß der kongruente Heilungskostenersatzanspruch des Geschädigten mit den dem Sozialversicherungsträger auflaufenden Selbstkosten gleichgesetzt wird (Kunst in ZAS 1970, 132; Krejci in Tomandl, System des österreichischen Sozialversicherungsrechts 447 f; Koziol in RdA 1980, 378 f; derselbe, Haftpflichtrecht 2 II 129 f; ZVR 1965/253; ZVR 1966/66 ua). Das bedeutet, daß dann, wenn der Sozialversicherungsträger die Heilungskosten des Verletzten zu tragen hat, der kongruente Schadenersatzanspruch des Verletzten gegen den Schädiger im Rahmen der im § 332 Abs 1 ASVG normierten Legalzession unabhängig davon auf den Sozialversicherungsträger übergeht, ob dieser für seine Sachleistungen allenfalls weniger aufwenden mußte, als der Geschädigte ohne Sozialversicherung aufwenden hätte müssen, ohne daß in derartigen Fällen ein Teil des kongruenten Ersatzanspruches beim Verletzten verbliebe oder für Dritte, die Heilungskosten für den Verletzten aufwendeten, die Möglichkeit bestünde, den Ersatz derartiger Aufwendungen vom Schädiger zu verlangen, sei es nun im Wege eines Direktanspruches im Sinne des § 1325 ABGB oder eines Verwendungsanspruches nach § 1042 ABGB. Dies gilt für vom Sozialversicherungsträger aufgewendete Vertragsarztkosten wie für von ihm aufgewendete Kosten der Spitalsbehandlung (Krejci aaO 448 mwN) und muß in gleicher Weise dann gelten, wenn der Sozialversicherungsträger - wie im vorliegenden Fall - ihm obliegende Krankentransportleistungen vertraglich dem Kläger übertrug und mit diesem ein möglicherweise nicht kostendeckendes Entgelt vereinbarte.

Der Kläger weist in seiner Revisionsbeantwortung durchaus zutreffend darauf hin, daß das Prinzip der sachlichen Kongruenz gerade dann, wenn der Sozialversicherungsträger dem Geschädigten Sachleistungen zur Verfügung stellt bzw zu Gunsten des Geschädigten auf eigene Rechnung organisiert, eine differenzierte Zweckprüfung erforderlich macht. Erbringt der Sozialversicherungsträger im Rahmen einer bestimmten Schadensart nur bestimmte (aber nicht alle im Zuge des Schadensausgleichs anfallende) Sachleistungen, so wird der kongruente Deckungsfonds nur aus jenem Teil schadensartbezogener Ersatzansprüche gebildet, den vom Sozialversicherungsträger zu erbringende Sachleistungen entsprechen. Unter diesem Gesichtspunkt gehen etwa Schadenersatzansprüche des Versicherten auf Ersatz von Medikamenten, die im Leistungsprogramm des Sozialversicherungsträgers nicht enthalten sind, oder Ansprüche auf Ersatz der von der Sozialversicherung nicht gewährten Pflegegebühren der Sonderklasse auf die Sozialversicherungsträger nicht über (siehe dazu Krejci in ZAS 1974, 9 f und in Tomandl, System des österreichischen Sozialversicherungsrechts 443 f).

Allein um ein solches Problem handelt es sich im vorliegenden Fall nicht. Die vom Sozialversicherungsträger der Verletzten Nadja Z*** erbrachten Sachleistungen aus dem Titel der den Heilungskosten zuzuordnenden Krankentransportkosten umfaßten den gesamten Krankentransport und nicht nur einen Teil davon. Insbesondere hatte die Verletzte selbst keinerlei zusätzliche Transportkosten zu tragen, sodaß im Sinne obiger Darlegungen etwa ein Teil ihres auf Ersatz von Transportkosten gerichteten Ersatzanspruches gegen den Schädiger nicht auf den Sozialversicherungsträger übergegangen wäre. Hier handelt es sich vielmehr ausschließlich darum, daß der Sozialversicherungsträger die ihm obliegende Sachleistung (Krankentransport) im Rahmen des gemäß § 338 ASVG zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und dem Kläger abgeschlossenen Rahmenvertrages durch den Kläger erbringen ließ und diesem das damit vertraglich vereinbarte Entgelt bezahlte, das vom Kläger als nicht kostendeckend angesehen wird.

Hier steht die im Sinne des § 332 Abs 1 ASVG eingetretene Legalzession der Schadenersatzforderung der Verletzten aus dem Titel der den Heilungskosten zuzuordnenden Krankentransportkosten an den Sozialversicherungsträger, deren Umfang oben dargestellt wurde, einem Ersatzanspruch des Klägers gegen den Schädiger bzw dessen Haftpflichtversicherer entgegen, möge er auf § 1325 ABGB oder auf § 1042 ABGB gestützt sein.

Damit erweist sich die Revision der Beklagten, soweit sie sich gegen den abändernden Teil des Urteiles des Berufungsgerichtes richtet, als berechtigt. In diesem Umfang war das angefochtene Urteil im Sinne der Wiederherstellung der Entscheidung des Erstgerichtes abzuändern.

Der Vorbehalt der Kosten des Rechtsmittelverfahrens beruht auf den §§ 393 Abs 4, 52 Abs 2 ZPO.

Anmerkung

E18051

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:OGH0002:1989:0020OB00158.88.0510.000

Dokumentnummer

JJT_19890510_OGH0002_0020OB00158_8800000_000

Quelle: Oberster Gerichtshof (und OLG, LG, BG) OGH, <http://www.ogh.gv.at>

© 2024 JUSLINE

JUSLINE® ist eine Marke der ADVOKAT Unternehmensberatung Greiter & Greiter GmbH.

www.jusline.at