jusline®
»» Recht. Schnell

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

TE OGH 1988/6/28 2Ob519/88

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 28.06.1988

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 weitere Richter in der Rechtssache der klagenden Partei

R*** - V*** - R*** K*** als Rechtsträger der Krankenanstalt "R***", 1190 Wien, Billrothstraße 78, vertreten durch Dr. Ernst Pammer, Rechtsanwalt in Wien, wider die beklagte Partei Karl F***, Kaufmann, 1010 Wien, Freyung 4, vertreten durch Dr. Robert Hyrohs, Rechtsanwalt in Wien, wegen S 121.029,43 s.A. (Revisionsinteresse: S 101.946,60 s.A.), infolge Revision der beklagten Partei gegen das Teilurteil des Oberlandesgerichtes Wien als Berufungsgerichtes vom 6. Oktober 1987, GZ 14 R 306/86-22, womit infolge Berufung der klagenden Partei das Urteil des Landesgerichtes für Zivilrechtssachen Wien vom 4. August 1986, GZ 10 Cg 115/84-16, abgeändert wurde, in nichtöffentlicher Sitzung zu Recht erkannt:

Spruch

Der Revision wird nicht Folge gegeben.

Die Entscheidung über die Kosten des Revisionsverfahrens bleibt der Endentscheidung vorbehalten.

Text

Entscheidungsgründe:

Der Beklagte war in der Zeit vom 20. Juli bis 13. August 1982 und vom 3. bis 20. September 1982 bei der klagenden Partei in Spitalsbehandlung. Er ist beim "A***" Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (in weiterer Folge: "A***") krankenversichert. Für den Aufenthalt vom 20. Juli bis 13. August 1982 wurden am 15. September 1982 und am 23. Juni 1983 insgesamt S 163.794,-- bezahlt. Der Anteil der Sozialversicherung für diesen Zeitraum beträgt S 18.846,67. Davon hat der Beklagte S 9.000,-- bezahlt. Der Anteil der Sozialversicherung für den Spitalsaufenthalt vom 3. bis 20. September 1982 beträgt S 13.569,12. Dieser wurde vom Beklagten zur Gänze bezahlt. Dem Beklagten wurden die in der Klage angeführten Rechnungen vom 31. August 1982 betreffend den ersten Spitalsaufenthalt, Beil./B, ./C, ./D, sowie vom 20. September 1982, über den zweiten Spitalsaufenthalt, Beil./E, ./G übersandt. In der mündlichen Verhandlung vom 26. November 1984 wurde das Klagebegehren der Höhe nach außer Streit gestellt.

Die klagenden Partei begehrte die Zahlung von S 121.029,43 s.A. und brachte vor, der Klagsbetrag sei der noch aushaftende Restbetrag für die genannten Spitalsaufenthalte. Sie habe dem Beklagten nie eine Zusicherung gemacht, daß er zu weiteren Leistungen nicht herangezogen würde, weil er eine Zusatzversicherung abgeschlossen und sein Versicherer, die "A***" Versicherung, eine Deckungszusage abgegeben habe.

Der Beklagte beantragte die Klageabweisung und wendete ein: Auf Grund der Deckungszusage der "A***" sei er von der Leistungsverpflichtung frei. Die klagende Partei habe ausdrücklich erklärt, daß sie die von der Deckungszusage umfaßten Leistungen von ihm nicht verlangen werde.

Das Erstgericht sprach der klagenden Partei S 19.082,83 s.A. zu und wies das Mehrbegehren von S 101.946,60 s.A. ab, wobei es im wesentlichen außer den eingangs wiedergegebenen noch folgende weitere Feststellungen traf:

Der Beklagte ist beim "A***" Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit krankenversichert; der Vertrag zwischen dem Beklagten und der Versicherung deckt die Differenzkosten zwischen dem Verpflegskostensatz, das ist jener Teil der Kosten, den die Sozialversicherung trägt, und den tatsächlichen Kosten eines Krankenhausaufenthaltes mit Ausnahme gewisser Extraleistungen, wie Telefon, Extraspeisen u.dgl. Integrierender Bestandteil des Versicherungsvertrages ist das Scheckkartenübereinkommen. Der Versicherte erhält eine Scheckkarte, die ihn als bei der "A***" versichert ausweist; im Rahmen dieses Übereinkommens besteht ein Vertrag zwischen der "A***" und der klagenden Partei (Beil./K), in dem die "A***" dem R*** Kostendeckung für

verschiedene Versicherungsvarianten und Unterbringungskategorien garantiert sowie Kostenverpflichtungserklärungen um eine Kostengarantie für Einbettzimmer mit Bad abgibt. Dieses Verrechnungs- und Garantieübereinkommen beinhaltet nachstehende verfahrensrechtliche Bestimmungen:

A 1.) Kostendeckungsgarantie für Dreibettzimmer

a) Für Versicherte nach dem Österreich-Tarif bzw. einem Wiener Regionaltarif.

b) Für Versicherte, die in allen Wiener öffentlichen Krankenhäusern in der Sonderklasse Kostendeckung finden.

2.) Kostendeckungsgarantie für Zweibett- und Einbettzimmer ohne Bad:

Für Spitzentarife oder entsprechende Tarifkombinationen.

3.) Ausstellung von Kostenverpflichtungserklärungen im Ausmaß der versicherten Einzelleistungen. Für alle anderen Versicherten bzw. für Personen, die im Rahmen der Variante Ziffer 1 versichert sind, aber ein Zweibett- oder Einbettzimmer aufsuchen.

4.) Kostengarantie für Einbettzimmer mit Bad. Für Versicherte, die nach der Variante Z 2 versichert sind und zusätzlich eine Versicherung abgeschlossen haben, aus der Anspruch auf ein Krankenhaustagegeld in der Höhe der Differenz zwischen den Verpflegskosten für ein Einbettzimmer ohne Bad und jenen für ein Einbettzimmer mit Bad besteht. Für Versicherte, die nach der Variante Z 2 versichert sind und die keine zusätzliche Versicherung abgeschlossen haben, wird die Kostengarantie mit Ausnahme der Differenz zwischen den Verpflegskosten für ein Einbettzimmer ohne Bad und den Verpflegskosten für ein Einbettzimmer mit Bad übernommen. Nachfolgend wird festgehalten, welche Kosten und Honorare für Personen laut den vorstehenden Varianten vom Versicherer übernommen bzw. dem Versicherer in Rechnung gestellt werden können, wobei die Leistungen des zuständigen Sozialversicherungsträgers in Abzug zu bringen sind. Alle Beträge sind ohne Umsatzsteuer zu verstehen.

I.) Dreibettzimmer:

1.)

Hauskosten (Pflege und Anstaltsgebühr) täglich S 2.100,--.

2.)

Honorare im Sinne der jeweiligen gültigen Honorarvereinbarung zwischen der Ärztekammer für Wien und dem Verband der Versicherungsunternehmungen Österreichs. Das Wiener R*** wird Vorsorge treffen, daß über die vereinbarten Hauskosten und Honorare hinaus dem Patienten keinerlei zusätzliche Kosten und Honorare in Rechnung gestellt werden mit Ausnahme der Kosten für Sonderspeisen und Sondergetränke, Telefonspesen etc.

Das R*** verpflichtet sich, sowohl die Belegärzte als auch die Patienten aufmerksam zu machen, daß bei komplettem Kostendeckungstarif zusätzliche Leistungen (zum Beispiel Heilbehelfe, Körperersatzteile etc), die ohne Zustimmung des R*** (Direktion bzw. Verwaltung) entstehen, weder vom R*** noch vom Versicherer anerkannt werden.

Da das R*** keine medizinisch abgeschlossenen

Fachabteilungen hat, sondern ein offenes Belegkrankenhaus ist, kann die Übernahme von chirurgischer auf eine

interne Behandlung oder umgekehrt gemäß A.1. nur auf Grund der medizinischen Indikationen erfolgen. In diesen Fällen wird die fachlich verordnete Weiterbehandlung als Neuaufnahme honoriert und zwar wie in einem Transferierungsfall in einem öffentlichen Krankenhaus. Das R*** verpflichtet sich, in einem solchen Fall der

jeweiligen Versicherung Mitteilung zu machen (Fernschreiben). II.) Zweibettzimmer und Einbettzimmer

1.)

Verpflegskosten im Zweibettzimmer S 2.060,--

Verpflegskosten im Einbettzimmer ohne Bad S 2.000,--, S 2.100,--, S 2.360,--.

Verpflegskosten im Einbettzimmer mit Bad S 2.630,--, S 2.880,--, S 3.100,--.

Begleitperson pro Tag (bei Unterbringung eines Patienten im Einbettzimmer möglich) S 980,-- (Beilage./K).

Abt. Punkt II. 2.) Es folgen die Honorarsätze. Beil./K wurde von der "A***" Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit firmenmäßig gefertigt, ebenso durch die klagende Partei.

Der Beklagte hat sich in der Zeit vom 20. Juli 1982 bis 13. August 1982 auf Grund einer Einweisung seines Arztes im R*** aufgehalten und dabei sowohl von der Sozialversicherung als auch von der "A***" als auch von ihm selbst zu tragende Leistungen in Anspruch genommen; für diesen Aufenthalt hat die "A***" die Differenzkosten bereits gedeckt. Die vom Beklagten zu bezahlenden Extras von S 4.977,72 und ein Teilbetrag von S 9.000,-- des vom Beklagten vorerst selbst zu tragenden Sozialversicherungsanteils sind offen. Am 3. September 1982 begab sich der Beklagte neuerlich auf Grund einer Einweisung seines Arztes ins R***. Bei der Aufnahme wurde ihm das Aufnahmeblatt zum Ausfüllen und zur Unterfertigung übergeben. Der wesentliche Inhalt dieses Aufnahmeblattes lautet:

1.) Ich wünsche als Patient von Herrn Dr. L*** für die gesamte ärztlich notwendige Behandlungszeit im R***, Billrothstraße 78, 1190 Wien, aufgenommen zu werden. Ich wünsche im Einbettzimmer zu liegen. Weiters nehme ich zur Kenntnis, daß ich grundsätzlich für die Krankenhauskosten aufzukommen habe.

2.) a) Ich bin bei folgender Privatversicherung versichert:

(bitte ankreuzen) "A***", anschließend sind weitere Versicherungen angeführt, von denen drei mit einem x versehen sind, bezüglich derer folgender Absatz angeführt ist:

Zu diesen Privatversicherungen besteht derzeit kein kostendeckender Vertrag, das heißt, daß der von Ihnen gewünsche Aufenthalt nicht unter die Kostengarantievereinbarung zwischen dem R*** und dem Verband der Privatversicherungen fällt. Die Leistungen dieser Versicherungen werden daher nicht nach der Kostengarantievereinbarung, sondern nach den Leistungspositionen Ihres Versicherungsvertrages erbracht, wobei Sie dann den Differenzbetrag zu bezahlen haben.

b) Ich bin nicht versichert, bin daher Selbstzahler und werde bei meiner Aufnahme S 50.000,-- für Einbettzimmer, S 40.000,-- für Zweibettzimmer, S 30.000,-- für Dreibettzimmer Voranzahlung leisten. Diese Voranzahlung werde ich bei längerem Aufenthalt entsprechend aufstocken. Eine Voranzahlung ist nicht erforderlich, wenn von einer Privatversicherung eine kostendeckende Zahlungsverpflichtungserklärung vorliegt.

3.) Nach Beendigung der Behandlung erhalten Sie zwei Rechnungen, und zwar eine Spitalsrechnung und eine Arzthonorarnote. Bei Bestand einer Privatversicherung erhält diese ebenfalls ein Exemplar der Rechnungen zugeschickt. Wenn Anspruch auf Ersatz von einer Sozialversicherung besteht, kann diese nur nach Vorlage der bezahlten und bestätigten Spitalsrechnungen (nicht der ärztlichen Honorarnote) geltend gemacht werden.

6.) Die täglichen Pflege- und Sondergebühren sind dem jeweiligen Beiblatt der Patienteninformation des R*** zu entnehmen. Für die Miete von Telefon und Fernsehapparaten sowie Bestellung zusätzlicher Getränke oder Speisen wird eine separate Rechnung gestellt. Diese Rechnung wird von Ihrer Privatversicherung nicht getragen und muß von Ihnen persönlich bezahlt werden. Eigenhändige Unterschrift des Beklagten, 3. September 1982. Auch anläßlich dieser Aufnahme wurde der Beklagte gefragt, ob er eine private Krankenversicherung bzw. eine Zusatzversicherung habe, worauf er auf seine diesbezügliche Versicherung bei der "A***" verwies. Der Beklagte erkundigte sich weiters, ob ihm anläßlich seines Aufenthaltes im R*** zusätzliche Kosten außer den "Extras" erwachsen würden. Die in der Patientenaufnahme tätige Helga E*** erklärte ihm, daß er im Falle einer Deckungszusage von seiten der "A***" außer den Extras nichts zu bezahlen hätte. Unmittelbar danach richtete Helga

E*** namens des R*** nachstehende Anfrage an die "A***": Erbitten Angabe über kostendeckende Leistungen bei Pat. F*** Karl Pol.Nr. 0120/38303, DG: Commotio, Patient liegt 1. Klasse. Danke. 134805 R***. (Beil./L). Mit Telex Beil./J antwortete die A***: Betrifft: 0/20/38303 Karl F*** 1 Bett lt. Vertrag NFG KV-Leistung K*** (Beil./J). Nach dem Eintreffen der Deckungszusage der A*** erhielt der Beklagte die Auskunft, es sei alles in Ordnung, die A*** Versicherung werde das bezahlen. Der Beklagte hat die "Extra"-Rechnung für den ersten Aufenthalt im Betrag von S 4.977,72, und die "Extra"-Rechnung für den zweiten Aufenthalt im Betrag von S 4.258,44 nicht bezahlt; er hat auf den von ihm vorzuschießenden Sozialversicherungsanteil für den ersten Aufenthalt im Betrag von S 18.846,67 lediglich S 9.000,-- bezahlt, der Rest von S 9.846,67 ist offen. Die klagende Partei hat für den zweiten Spitalsaufenthalt des Beklagten S 80.523,72 Spitalskosten-Rechnung (Beil./E) und S 34.992,-- Arzt-Honorarrechnung (Beil./G) gelegt, auf welche Beträge der Beklagte den Sozialversicherungsanteil S 13.569,12 bezahlt hat, der Rest (S 101.946,12) wurde weder vom Beklagten noch der A*** Versicherung bezahlt.

Zur Rechtsfrage führte das Erstgericht aus, die klagende Partei habe mit dem Beklagten einen Behandlungsvertrag abgeschlossen sowie des weiteren mit Vertrag vom 8. bzw. 15. März 1982, Beil./K, ein Verrechnungs- und Gebührenübereinkommen mit der "A***". Dieses sei als Vertrag zugunsten Dritter, nämlich des Beklagten, im Sinne des § 881 ABGB zu beurteilen. Der Beklagte sei als Patient Verbraucher im Sinne des Konsumentenschutzgesetzes. Er habe das Aufnahmeblatt der klagenden Partei vom 3. September 1982 unterschrieben und zur Kenntnis genommen, daß er grundsätzlich für die Krankenhauskosten aufzukommen habe, des weiteren aber angegeben, daß er eine Privatversicherung bei der "A***" (also bei einer Versicherung mit kostendeckendem Vertrag) abgeschlossen habe, sodaß von ihm eine Anzahlung nicht gefordert und ihm laut Punkt 6 des Aufnahmeblattes lediglich über die Miete von Telefon und Fernsehapparat sowie die Bestellung zusätzlicher Getränke und Speisen eine gesonderte Rechnung erstellt werden würde, die er persönlich zu zahlen habe. Diese Bestimmungen des Aufnahmeblattes könnten im Gesamtzusammenhang nur so verstanden werden, daß der Beklagte darauf aufmerksam gemacht werden sollte, daß er grundsätzlich einen entgeltlichen Behandlungsvertrag abschließe; für den Fall aber, daß er bei einer Privatversicherung mit kostendeckendem Vertrag versichert sei, keine Spitalsrechnung und keine Arzthonorarnote zu begleichen habe, sondern lediglich die Sonderrechnungen im Sinne des Punktes 6. Auch der Verzicht auf eine Vorauszahlung sei demgemäß nur dahin zu verstehen, daß der Beklagte sich nicht als Selbstzahler habe betrachten müssen. Allfällige undeutliche Bestimmungen des Aufnahmeblattes könnten nicht zum Nachteil des Beklagten ausgelegt werden. Das Unterbleiben des Begehrens nach einer Vorauszahlung durch die klagende Partei könne nach Vorliegen der Deckungszusage der "A***" auf die diesbezügliche Anfrage der klagenden Partei hin nur als ausdrücklicher Verzicht gegenüber dem Beklagten, Spitalskosten und Arzthonorar gegen ihn direkt geltend zu machen, gewertet werden. Aus der Formulierung der Beil./K, die klagende Partei werde dafür "Vorsorge treffen", daß den Patienten über die vereinbarten Hauskosten und Honorare hinaus mit Ausnahme von Extras keinerlei zusätzliche Kosten und Honorare in Rechnung gestellt werden, müsse zwingend geschlossen werden, daß das Verrechnungs- und Gebührenübereinkommen Beil./K nicht nur die Honorare und Leistungen der Höhe nach begrenze, sondern daß dadurch seine Versicherung bezüglich der Spitalskosten und Arzthonorare in seine Schuld eingetreten sei. Darüber hinaus habe die klagende Partei durch die Mitteilung ihrer Mitarbeiterin in der Aufnahmekanzlei von der Deckungszusage der "A***" dem Beklagten zugesagt, ihn für Arzthonorar und Spitalskosten nicht in Anspruch zu nehmen, sondern lediglich für die Extra-Rechnungen. An diese Erklärung sei die klagende Partei im Sinne des § 10 KSchG gebunden, zumal dem Beklagten keine Beschränkung der Vollmacht bekannt gewesen sei. Die Erklärung des Beklagten im Aufnahmeblatt, grundsätzlich für die Krankenhauskosten aufkommen zu müssen, reiche nicht aus, um eine Vollmachtsbeschränkung zu bewirken. Auf Grund des Behandlungsvertrages im Zusammenhang mit dem "Verrechnungs- und Gebührenübereinkommen" zwischen der klagenden Partei und der "A***" sowie dem Versicherungsvertrag zwischen dem Beklagten und der "A***" schulde der Beklagte lediglich die Kosten für die bezogenen Extraleistungen im Zeitraum vom 20. Juli 1982 bis 13. August 1982 laut Rechnung Beil./B per S 4.977,72 und vom 3. September 1982 bis 20. September 1982 laut Rechnung Beil./F per S 4.258,54. Da der Beklagte gemäß Punkt 3. des Aufnahmeblattes zunächst den Anteil der Behandlungskosten, welcher von der Sozialversicherung getragen werde, an die klagende Partei zu bezahlen habe, schulde er unter Berücksichtigung des bezahlten Teilbetrages auch noch den offenen Restbetrag in Höhe von S 9.846,67. Infolge Berufung der klagenden Partei änderte das Gericht zweiter Instanz die Entscheidung des Erstgerichtes unter Einbeziehung des in Rechtskraft erwachsenen Teiles mit Teilurteil dahin ab, daß der Beklagte schuldig erkannt wurde, der klagenden Partei S 14.824,39 s.A. und S 106.205,04 s.A. zu bezahlen; im übrigen, nämlich hinsichtlich des Zinsenausspruches, wurde das Urteil des Erstgerichtes ohne

Beisetzung eines Rechtskraftvorbehaltes aufgehoben und die Rechtssache an das Erstgericht zur ergänzenden Verhandlung und neuen Entscheidung zurückverwiesen. Das Berufungsgericht sprach aus, daß die Revision gegen das Teilurteil zulässig sei; es erachtete das erstgerichtliche Verfahren als mängelfrei und übernahm die Feststellungen des Erstgerichtes als unbedenklich, gelangte jedoch zu einer abweichenden rechtlichen Beurteilung. Die Rechtsfrage, ob der Beklagte verpflichtet sei, die restliche Klagsforderung zu bezahlen, sei auf der Grundlage des Behandlungsvertrages vom 3. September 1982, des Aufnahmeblattes Beil./A und jener Erklärungen über die Kostentragung zu lösen, die Helga E*** dem Beklagten gegenüber anläßlich seiner Aufnahme abgegeben habe. Zutreffend habe das Erstgericht erkannt, daß auf den gegenständlichen Behandlungsvertrag die Bestimmungen des Konsumentenschutzgesetzes Anwendung zu finden hätten, weil auch Krankenanstalten im Sinne des § 1 Abs. 2 KSchG wirtschaftlich tätig seien. In diesem Sinne müsse der Beklagte auch als Verbraucher gemäß § 1 Abs. 1 Z 2 KSchG angesehen werden. Auf den Behandlungsvertrag zwischen dem Beklagten und der klagenden Partei fände daher auch die Bestimmung des § 10 Abs. 1 KSchG Anwendung, wonach sich eine Vollmacht, die ein Unternehmer erteilt habe, im Verkehr mit Verbrauchern auf alle Rechtshandlungen erstrecke, die derartige Geschäfte gewöhnlich mit sich bringen, und eine Beschränkung dieser Vollmacht dem Verbraucher gegenüber nur dann wirksam sei, wenn sie ihm bewußt gewesen sei. Der Umfang der Vollmacht im Sinne des § 10 Abs. 1 KSchG orientiere sich am typischen Gegenstand der eingeräumten Geschäftsführungsbefugnis (des Auftrages, der Ermächtigung). Nicht auf die Vollmacht, die der Vertreter zu haben vorgebe, komme es an, sondern auf die Vollmacht, die er habe. Werde die Vollmacht exakt offen gelegt und kenne der Verbraucher dementsprechend Beschränkungen bezüglich der Durchführung gewöhnlich mit derartigen Geschäften verbundener Rechtshandlungen, so sei die Beschränkung der Vollmacht wirksam. Erfahre der Verbraucher hingegen nur, daß der Vertreter im Rahmen des Geschäftsbereiches des Unternehmens, insbesondere bezüglich bestimmter Geschäfte vertreten dürfe, sei gemäß § 10 Abs. 1 KSchG davon auszugehen, daß die Vollmacht alle Rechtshandlungen abdecke, die derartige Geschäfte gewöhnlich mit sich bringen, wobei der Begriff "Rechtshandlungen" vor allem die Abgabe und Entgegennahme von rechtsgeschäftlichen Willenserklärungen, ebenso rechtsgeschäftlichen Handlungen und Kundgebungen und auch die Durchführung und Entgegennahme von entsprechenden Erfüllungshandlungen umfasse. Demnach könne es auf Grund des festgestellten Sachverhaltes nicht zweifelhaft sein, daß die klagende Partei für alle Erklärungen einzustehen habe, welche die von ihr in der Patientenaufnahme eingesetzten Bediensteten anläßlich einer Aufnahme eines Patienten hinsichtlich der Bezahlung der Aufenthalts- und Behandlungskosten abgeben. Diese Erklärungen könnten aber für die klagende Partei nur insofern bindend sein, als sie nicht im Widerspruch zum Wortlaut des Behandlungsvertrages stehen. Bei seiner Aufnahme am 3. September 1982 habe nun der Beklagte durch die Unterfertigung des Aufnahmeblattes Beil./A ausdrücklich zur Kenntnis genommen, daß er grundsätzlich für die Krankenhauskosten aufzukommen habe. Wenn die am 3. September 1982 in der Patientenaufnahme tätige Helga E*** dem Beklagten erklärt habe, daß er im Falle einer Deckungszusage von seiten der "A***" "außer den Extras nichts zu bezahlen" habe, so habe er diese Erklärung objektiv im Zusammenhalt mit der zitierten Verpflichtung im Aufnahmeblatt Beil./A nicht dahin verstehen können, daß damit die klagende Partei ihm gegenüber auf die Geltendmachung jener Kosten verzichtet hätte, die von der Deckungszusage der "A***" umfaßt gewesen seien. Der Beklagte habe objektiv aus dieser Erklärung nur ableiten können, daß er nur dann, wenn die "A***" ihre Deckungszusage erfüllt, "außer den Extras" nichts zu bezahlen haben werde. Nach dem festgestellten Sachverhalt könne die Vermutung über den Umfang einer Vollmacht gemäß § 10 Abs. 1 KSchG unter Bedachtnahme auf die Übung des redlichen Verkehrs im gegenständlichen Fall nicht zur Annahme berechtigen, daß der Beklagte auf Grund der Erklärung Helga E*** darauf vertrauen durfte, er sei wegen der Deckungszusage der "A***" gegenüber der klagenden Partei von jeder Zahlungsverpflichtung befreit. Vielmehr habe der Beklagte damit rechnen müssen, daß die klagende Partei ihn wegen der Aufenthalts- und Behandlungskosten in Anspruch nehmen würde, wenn die "A***" aus irgendwelchen Gründen nicht bereit sei, ihre ursprünglich abgegebene Deckungszusage zu erfüllen. Das Verrechnungs- und Gebührenabkommen vom 8. bzw. 15. März 1982, Beil./K, zwischen der klagenden Partei und der "A***" sei nur insoweit ein Vertrag zugunsten der Versicherungsnehmer der "A***", als die klagende Partei die Behandlungs- und Aufenthaltskosten der Höhe nach nur innerhalb der Tarife laut Beil./K verrechnen und von Patienten, für welche dieser Vertrag gelte, keine Zahlungen außer den "Extras" verlangen dürfe. Diese Verpflichtung habe die Berufungswerberin aber gegenüber dem Beklagten erfüllt. Die Bestimmung des Punktes B I Absatz 2 des Verrechnungs- und Gebührenabkommens vom 8. bzw. 15. März 1982, Beil./K, wonach sich die klagende Partei verpflichtete, "Vorsorge zu treffen", daß über die vereinbarten Hauskosten und Honorare hinaus dem Patienten keinerlei zusätzliche Kosten und Honorare in Rechnung gestellt werden (mit Ausnahme der Kosten für

Sonderspeisen und Sondergetränke, Telefonspesen etc.), könne entgegen der Meinung des Erstgerichtes nicht dahin ausgelegt werden, daß sie verpflichtet wäre, sich wegen der aushaftenden Aufenthalts- und Behandlungskosten nur an die "A***" zu halten. Gegen eine solche Auslegung spreche auch der klare Wortlaut des Aufnahmeblattes, Beil./A, worin der Beklagte zur Kenntnis genommen habe, daß er grundsätzlich für die Krankenhauskosten aufzukommen habe.

Gegen das Teilurteil des Berufungsgerichtes wendet sich die Revision des Beklagten aus dem Anfechtungsgrund der unrichtigen rechtlichen Beurteilung mit dem Antrag auf Abänderung im Sinne der Klagsabweisung.

Die klagende Partei beantragt in ihrer Revisionsbeantwortung, der Revision nicht Folge zu geben.

Rechtliche Beurteilung

Die Revision ist zulässig (§ 502 Abs. 4 Z 1 ZPO), sie ist jedoch nicht berechtigt. Der Beklagte führt in seinem Rechtsmittel aus, entgegen der vom Berufungsgericht vertretenen Rechtsansicht könne die von der klagenden Partei bei Abschluß des Behandlungsvertrages eingehaltene Vorgangsweise nur so verstanden werden, daß er im Falle der Zusage der Kostendeckung durch die "A***" von einer Zahlungsverpflichtung gegenüber der klagenden Partei mit Ausnahme der in Anspruch genommenen Extraleistungen befreit sei. Anläßlich der Aufnahme sei ihm auch ausdrücklich bestätigt worden, daß er bei Vorliegen einer vollen Kostendeckungszusage der "A***" nichts zu zahlen habe. Daß dies nicht nur der geübten Praxis, sondern auch der Vereinbarung entspreche, ergebe sich aus Punkt 2 b) des Aufnahmeblattes, wonach nur nichtversicherte Selbstzahler bei der Aufnahme eine Voranzahlung leisten müßten. Diese sei nicht erforderlich, wenn von einer Privatversicherung eine kostendeckende Zahlungsverpflichtungserklärung vorliege. Im Verrechnungs- und Gebührenübereinkommen der klagenden Partei mit der "A***", Beil./K, sei für die von ihm in Anspruch genommenen Leistungen der klagenden Partei eine Kostengarantieerklärung abgegeben worden. Diese sei der klagenden Partei gegenüber auch mit Fernschreiben vom 6. September 1982, Beil./J, bestätigt worden. Im Verrechnungs- und Gebührenübereinkommen heiße es auf S. 2 ausdrücklich, daß die klagende Partei dafür Vorsorge treffen müsse, daß dem Patienten mit Ausnahme der Kosten für Sonderspeisen und Sondergetränke, Telefonspesen etc. keinerlei zusätzliche Kosten und Honorare in Rechnung gestellt werden. Dementsprechend sei auch in das Aufnahmeblatt, Beil./A, aufgenommen worden, daß für die Miete für Telefon und Fernsehapparate sowie Bestellung zusätzlicher Getränke oder Speisen eine separate Rechnung gestellt werde, die von der Privatversicherung nicht getragen und vom Patienten persönlich bezahlt werden müsse. Auch aus der letztgenannten Formulierung ergebe sich eindeutig, daß die klagende Partei bei Vorliegen einer Kostengarantie seitens der Privatversicherung auf die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Patienten verzichtet habe. Eine andere Auslegung widerspräche nicht nur dem Inhalt des Aufnahmeblattes, sondern auch Treu und Glauben. Wäre der von der klagenden Partei eingenommene Standpunkt richtig, dann hätte sie sich der Verletzung vorvertraglicher Aufklärungspflichten schuldig gemacht, da ihm ja ausdrücklich erklärt worden sei, bei Übernahme der Kosten durch seine Privatversicherung müsse er nichts bezahlen. Im übrigen ergebe sich auch aus den von der klagenden Partei vorgelegten Rechnungen die Höhe der voraussichtlichen Versicherungsleistung der "A***", die jeweils wesentlich höher läge als der Rechnungsbetrag. Es sei ihm daher völlig unverständlich, weshalb die klagende Partei nicht die "A***" auf Grund der übernommenen Kostengarantie in Anspruch genommen habe, da seine Versicherung auf Grund des Fernschreibens, Beil./J, verpflichtet gewesen wäre, die vollen verrechneten Beträge zu ersetzen. Würde es bei der Entscheidung des Berufungsgerichtes verbleiben, dann könnte es durchaus sein, daß er völlig schuldlos und trotz aufrechter Versicherungsdeckung die von der klagenden Partei geltend gemachten Ansprüche selbst bezahlen müßte. Die "A***" vertrete nämlich den Standpunkt, die von seinem Arzt verordnete Behandlung sei keine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung im Sinne des § 19 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Krankenversicherung gewesen, weshalb die hiefür verrechneten Kosten nicht anerkannt werden könnten. Anderseits habe es die klagende Partei unterlassen, die Kosten gegenüber der "A***" geltend zu machen, die auf Grund der der klagenden Partei gegenüber übernommenen Kostengarantieerklärung nicht berechtigt gewesen wäre, die Zahlung abzulehnen. In diesem Zusammenhang hätte aber zweifellos die klagende Partei die Notwendigkeit der Heilbehandlung überwachen müssen, da ihr auf Grund des Verrechnungs- und Gebührenübereinkommens diesbezügliche Verpflichtungen gegenüber der "A***" oblagen, die Schutzwirkungen auch auf den Patienten ausübten. Wenn also tatsächlich eine medizinisch nicht notwendige Behandlung stattgefunden hat, wäre es auch Aufgabe der klagenden Partei gewesen, diesen Umstand im Interesse des Versicherten und damit auch in seinem Interesse wahrzunehmen. Hätte er gewußt, daß die ihm zuteil gewordene Heilbehandlung mangels medizinischer Notwendigkeit möglicherweise privat von ihm zu tragen sei, hätte er sich eines

anderen Arztes bedient. Insgesamt sei somit das Verhalten der klagenden Partei bei Abschluß der Vereinbarung über die Aufnahme in das R*** infolge des Inhalts des Aufnahmeblattes, der Rückfrage der klagenden Partei bei seinem Krankenversicherer und der ihm gegenüber von Angestellten gemachten Äußerungen nicht anders zu verstehen als ein Verzicht auf die Geltendmachung jener Forderungen, die auf Grund des Verrechnungs- und Gebührenübereinkommens mit der "A***" von dieser zu decken waren. Bei der klagsgegenständlichen Forderung handle es sich ausschließlich um derartige Kosten. Es wäre der klagenden Partei längst freigestanden, sich im Rahmen der zugesagten Kostendeckung diese Beträge von seinem Krankenversicherer zu holen. Diesen Ausführungen kann nicht gefolgt werden. Zutreffend hat das Berufungsgericht darauf verwiesen, daß die Frage der Verpflichtung des Beklagten zur Bezahlung der restlichen Klagsforderung auf der Grundlage des zwischen den Streitteilen zustandegekommenen Behandlungsvertrages unter Berücksichtigung des Inhaltes des Aufnahmeblattes Beil./A und der von der Angestellten der klagenden Partei Helga E*** gegenüber dem Beklagten anläßlich seiner Aufnahme abgegebenen Erklärung über die Kostentragung, aber auch unter Bedachtnahme auf den Inhalt des Verrechnungs- und Gebührenübereinkommens zwischen der klagenden Partei und der "A***" vom 8. März bzw. 15. März 1982, Beil./K, zu lösen ist. Gemäß § 914 ABGB ist bei der Auslegung von Verträgen nicht an dem buchstäblichen Sinne des Ausdruckes zu haften, sondern die Absicht der Parteien zu erforschen und der Vertrag so zu verstehen, wie es der Übung des redlichen Verkehrs entspricht. Ziel jeder Vertragsauslegung ist es, ohne am buchstäblichen Sinn des Ausdruckes haften zu bleiben, die Absicht der Parteien festzustellen (Rummel, ABGB, Rz 4 zu § 914; Gschnitzer, Allg. Teil des bürgerlichen Rechts 136; Gschnitzer in Klang2 IV/1 404; vgl. SZ 52/18; SZ 50/32 u.a.). Die Bedeutung jeder abgegebenen Erklärung ist am Empfängerhorizont zu messen. Entscheidend ist der objektive Erklärungswert der Willensäußerung (ZAS 1966/8; RdW 1984, 317 uva, Koziol-Welser7 I 84; Rummel aaO; Gschnitzer in Klang aaO; Larenz, Allg. Teil des deutschen bürgerlichen Rechts4 328). Bei der Auslegung sind auch außerhalb des Erklärungsaktes liegende Begleitumstände einzubeziehen, soweit sie einen Schluß auf den Sinngehalt der Erklärung zulassen (MietSlg. 35.100; Heinrichs in Palandt45 106).

Ob ein bestimmtes Verhalten als konkludente Willenserklärung zu werten ist, hängt nicht davon ab, was der Erklärende wollte, sondern welche Schlüsse der Erklärungsempfänger nach Treu und Glauben aus der Erklärung abzuleiten berechtigt war. Es entscheidet nicht die innere Absicht, sondern das objektive Verhalten (MietSlg. 35.112; SZ 54/163 uva), wie es der Empfänger der Erklärung verstehen konnte (Rummel in Rummel, ABGB, Rdz 8 zu § 863 ABGB).

Werden diese Grundsätze auf den im vorliegenden Fall festgestellten Sachverhalt angewendet, ist aber dem Berufungsgericht beizupflichten, daß bei Bedachtnahme auf die nach dem Inhalt des Aufnahmeblattes Beil./A in dem zwischen den Streitteilen zustandegekommenen Behandlungsvertrag enthaltene Verpflichtung des Beklagten, grundsätzlich für die Krankenhauskosten aufzukommen, die Erklärung der Angestellten Helga E*** anläßlich der Aufnahme des Beklagten in das Krankenhaus am 3. September 1982, daß er im Falle einer Deckungszusage "von seiten der "A***" außer den Extras nichts zu bezahlen" habe, auch unter Berücksichtigung der Bestimmung des § 10 Abs. 1 KSchG über den Umfang der Vollmacht der genannten Angestellten vom Beklagten nach der Übung des redlichen Verkehrs nicht dahin aufgefaßt werden konnte, daß er wegen der Deckungszusage der "A***" gegenüber der klagenden Partei von jeder Zahlungsverpflichtung für die Krankenhauskosten auch für den Fall befreit sei, daß die "A***" ihre ursprünglich abgegebene Deckungszusage nicht einhalten werde. Vielmehr kann die der klagenden Partei zuzurechnende Erklärung der Helga E*** nach ihrem objektiven Erklärungswert insbesondere unter Berücksichtigung der vom Beklagten im Behandlungsvertrag übernommenen grundsätzlichen Verpflichtung zur Bestreitung der Krankenhauskosten nur unter der stillschweigend zugrundegelegten Voraussetzung der Erfüllung der Deckungszusage durch die "A***" verstanden werden. Die Auffassung des Berufungsgerichtes, daß das Verrechnungs- und Gebührenübereinkommen zwischen der "A***" und der klagenden

Beil./K, das im übrigen nur im Zusammenhang mit dem zwischen der "A***" und dem Beklagten bestehenden Krankenversicherungsvertrag zu sehen ist, höchstens insoweit als Vertrag zugunsten der Versicherungsnehmer der "A***" beurteilt werden kann, als die klagende Partei die Behandlungs- und Aufenthaltskosten der Höhe nach nur innerhalb der Tarife laut Beil./K verrechnen und von Patienten, für welche dieser Vertrag gilt, keine über die sogenannten "Extras" hinausgehenden Zahlungen fordern darf, wird in der Revision nicht mehr bekämpft, so daß diesbezüglich auf die zutreffenden Ausführungen des Berufungsgerichtes verwiesen werden kann. Auch für das Vorliegen einer Schuldübernahme oder eines Schuldbeitrittes seitens der klagenden Partei bieten die Feststellungen keinerlei Anhaltspunkte. Mit Rücksicht auf die Übernahme der grundsätzlichen Verpflichtung zur Bezahlung der

Krankenhauskosten durch den Beklagten im Behandlungsvertrag und den Inhalt des Verrechnungs- und Gebührenübereinkommens Beil./K kann der klagenden Partei entgegen der Auffassung der Revision auch keine Verletzung von Schutz- und Sorgfaltpflichten durch Unterlassung der Geltendmachung ihrer Krankenhauskosten direkt gegen die "A***" bzw. Mitteilung allfälliger Bedenken gegen die medizinische Notwendigkeit der Heilbehandlung des Beklagten an die "A***" angelastet werden, da die klagende Partei jedenfalls keinerlei Verpflichtung zur Wahrnehmung von sich ausschließlich aus dem Krankenversicherungsvertrag zwischen dem Beklagten und der "A***" ergebenden Rechten und Verbindlichkeiten, wie etwa hinsichtlich der Erfüllung der Kostendeckungszusage, traf.

Der Revision war daher ein Erfolg zu versagen.

Die Kostenentscheidung beruht auf den §§ 52 Abs. 2, 392 Abs. 2 ZPO.

Anmerkung

E14832

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:OGH0002:1988:0020OB00519.88.0628.000

Dokumentnummer

JJT_19880628_OGH0002_0020OB00519_8800000_000

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

© 2026 JUSLINE

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

www.jusline.at