jusline®
»» Recht. Schnell

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

TE OGH 2010/3/3 7Ob71/09f

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 03.03.2010

Kopf

Der Oberste Gerichtshof hat durch die Senatspräsidentin Dr. Huber als Vorsitzende und die Hofräte Dr. Schaumüller, Dr. Hoch, Dr. Kalivoda und Dr. Roch als weitere Richter in der Rechtssache der klagenden Partei P***** L*****, vertreten durch Dr. Christian Pichler, Rechtsanwalt in Reutte, gegen die beklagte Partei U***** AG, *****, vertreten durch Dr. Hans-Peter Ullmann, Dr. Stefan Geiler, Rechtsanwälte in Innsbruck, wegen 4.316,76 EUR, über die Revision der beklagten Partei gegen das Urteil des Landesgerichts Innsbruck als Berufungsgericht vom 31. Oktober 2008, GZ 2 R 114/08s-26, mit dem das Urteil des Bezirksgerichts Reutte vom 18. Dezember 2007, GZ 3 C 38/07a-21, bestätigt wurde, den

Beschluss

gefasst:

Spruch

Der Revision wird Folge gegeben.

Die Urteile der Vorinstanzen werden aufgehoben und die Rechtssache wird zur Verfahrensergänzung und neuen Entscheidung an das Erstgericht zurückverwiesen.

Die Kosten des Berufungs- und Revisionsverfahrens sind weitere Verfahrenskosten.

Text

Begründung:

Der Kläger hat mit der Rechtsvorgängerin der Beklagten einen Versicherungsvertrag abgeschlossen, aus dem ihm im Fall eines Krankenhausaufenthalts ein Taggeld von 94,47 EUR (in der Klage irrig: 94,97 EUR) zusteht; für den Fall eines Kuraufenthalts beträgt das Taggeld 14,53 EUR.

Die dem Versicherungsvertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Versicherungen nach Krankenhaustarifen (kurz: AVB) enthalten unter anderem folgende Bestimmung:

§ 19

Krankenhausbehandlung

(1) Als Krankenhäuser im Sinne der Versicherungsbedingungen gelten Krankenanstalten mit Öffentlichkeitsrecht sowie private Krankenanstalten und Sanatorien, die sanitätsbehördlich genehmigt sind und sich nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränken. Werkspitäler, sog Gemeindekrankenhäuser, das sind Wohlfahrtseinrichtungen in kleinen Gemeinden, die, wenn auch mit Krankenbetten versehen und vom zuständigen Gemeinde- oder Sprengelarzt betreut, nicht unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, Kuranstalten, Erholungs- und

Gesundheitsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen gelten nicht als Krankenhäuser im Sinn dieser Versicherungsbedingungen. Für Aufenthalt in Heil- und Pflegestationen für Lungen-, Nerven- und Geisteskranke wird ein Krankenhaus-Taggeld nicht geleistet ....

(2) Die Wahl des Krankenhauses steht dem Versicherten unter den anerkannten Krankenhäusern (Abs 1) frei, doch ist in der Regel eines der nächstgelegenen Krankenhäuser aufzusuchen.

(3) Das tariflich vorgesehene Krankenhaus-Taggeld wird unabhängig von den tatsächlichen Verpflegskosten in voller Höhe für jeden Tag des Krankenhausaufenthalts bezahlt ...

Der Kläger hielt sich von 12. 6. bis 6. 7. 2006 und von 31. 10. bis 28. 11. 2006 (insgesamt 54 Tage) in der Herz-Kreislauf-Sonderkrankenanstalt B***** (im Folgenden: HKSK) auf. Für diesen Aufenthalt leistete die Beklagte „pro Kurtag" ein Taggeld von 14,53 EUR, insgesamt 784,62 EUR.

Der Kläger begehrt den Differenzbetrag zwischen dem Kur- und dem Krankentaggeld für diese Zeiträume; das sind (richtig) 4.316,76 EUR, eingeklagt wurden jedoch 4.343,76 EUR sA. Die Behandlung in der HKSK sei jedenfalls eine medizinische Behandlung im Sinn des § 19 AVB. Die HKSK sei eine Krankenanstalt im Sinn des OÖKAG.

Die Beklagte beantragte Klagsabweisung. Sie habe dem Kläger die tarifliche Leistung für Kur- bzw Rehabilitationsbehandlungen zugesagt und auch bezahlt. Beim Aufenthalt des Klägers in der HKSK habe es sich um einen Kur- und nicht um einen Krankenhausaufenthalt gehandelt. Dieses Krankenhaus sei - laut Website - für Patienten eingerichtet, die nach einer Spitalentlassung ein Anschlussheilverfahren benötigen. Indikationsschwerpunkte seien das „Anschlussheilverfahren nach Herzinfarkt, Bypass- oder Herzklappenoperationen und die Behandlung von Patienten mit stabiler Angina pectoris". In der Website seien lediglich Therapien, aber keine medizinischen Behandlungen angeführt und es werde lediglich auf die Rehabilitation hingewiesen.

Das Erstgericht gab der Klage - abgesehen von der unbekämpften Abweisung der irrig begehrten 27 EUR - statt. Soweit im Revisionsverfahren von Bedeutung stellte es noch Folgendes fest:

Der Kläger litt an einem Herzleiden und musste am 18. 7. 2006 an der Universitätsklinik I***** operiert werden. Es wurden eine künstliche Herzklappe und ein partieller künstlicher Aorta-Bogenersatz eingesetzt. Der Kläger musste sowohl vor als auch nach dieser Operation medizinisch behandelt werden. Der Aufenthalt vor der Operation von 12. 6. bis 6. 7. 2006 im HKSK diente der Vorbereitung der Operation, hauptsächlich der Gewichtsreduktion und war medizinisch indiziert. Die Nachbehandlung von 31. 10. 2006 bis 28. 11. 2006 war ebenfalls medizinisch indiziert. Es wurden die in der Beil ./1 angeführten Maßnahmen durchgeführt. Der Kläger stellte ein Ansuchen auf Durchführung dieser Maßnahmen, wobei er um „Rehabilitation im Herz- und Kreislaufbereich" ansuchte. Bei der Sozialversicherungsanstalt [der gewerblichen Wirtschaft] gilt eine derartige Behandlung als „Anschlussheilverfahren", wenn es innerhalb von drei Monaten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erfolgt.

Die HKSK ist eine nichtöffentliche Sonderkrankenanstalt im Sinn des § 2 Z 2 lit a OÖKAG 1997 vom 15. 10. 1997, LGBl 192. Dass sie sich auf die Anwendung „bestimmter Behandlungsmethoden" beschränkt, „ist nicht feststellbar".

In rechtlicher Hinsicht führte das Erstgericht aus, dass die Beklagte nach den anzuwendenden AVB bei ärztlichen Behandlungen in Krankenhäusern zur Zahlung eines Krankenhaustaggelds verpflichtet sei. Die Definition der Krankenhausbehandlung finde sich in erster Linie in § 19 AVB. Die Formulierung, wonach als Krankenhäuser solche gelten würden, die sich nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränkten, sei relativ unbestimmt und lasse einen weiten Interpretationsspielraum offen, der im Zweifel nicht zu Lasten des Konsumenten, sohin des Klägers ausgelegt werden dürfe. Nach allgemeiner Definition handle es sich hier um eine Herz-Kreislauf-Sonderkrankenanstalt, welche nach der Definition der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft [= Betreiberin] keine Kuranstalt sei. Außerdem habe der Kläger eine umfangreiche spezialisierte und offenkundig medizinisch indizierte Behandlung absolviert, sodass von einem stationären, medizinisch indizierten Krankenhausaufenthalt auszugehen sei. Daher stehe ihm das vereinbarte Taggeld für den Aufenthalt im Krankenhaus zu.

Das Berufungsgericht bestätigte das Ersturteil. Nach den zum Zeitpunkt des Abschlusses des Versicherungsvertrags gültigen AVB sei darauf abzustellen, ob das vom Kläger aufgesuchte Krankenhaus, dessen sanitätsbehördliche Genehmigung nicht strittig sei, „auf bestimmte Behandlungsmethoden beschränkt" sei oder nicht. Die Ansicht, wonach der Kläger einen reinen Kuraufenthalt absolviert habe, sei nach den Feststellungen des Erstgerichts widerlegt. Die

Behandlung des Klägers sei insgesamt einerseits (zwecks Vorbereitung der Operation) zur Therapierung seines metabolischen Syndroms erfolgt (Gewichtsreduktion), andererseits durch die durchgeführte Operation indiziert gewesen. Von den AVB ausgehend sei allein darauf abzustellen, ob die Behandlung im HKSK auf bestimmte Behandlungsmethoden beschränkt sei, was bereits im Zuge der Behandlung der Beweisrüge verneint worden sei. Insoweit verweist das Berufungsgericht auf die dortigen Ausführungen, wonach der Kläger nach dem dem Ersturteil angeschlossenen Arztbrief (Beil ./I) in der HKSK ein Heilverfahren absolviert habe, wobei die Therapie mehrfach angepasst worden sei (sowohl die diuretische Therapie als auch jene aufgrund erhöhter Harnsäurewerte). Ebenso seien die Diabetes und die arterielle Hypertonie des Klägers sowie die reaktive Depression behandelt worden; nur daneben sei eine Gewichtsreduktion in die Wege geleitet worden. Alle diese Maßnahmen seien zur Behandlung des beim Kläger gegebenen metabolischen Syndroms erfolgt, welches nach dem Stand der Wissenschaft als entscheidender Risikofaktor für koronare Herzkrankheiten angesehen werde. Von einer bloßen Rehabilitation nach einer Operation könne daher nicht gesprochen werden. Vielmehr sei es darum gegangen, den Gesundheitszustand des Klägers im Zusammenhang mit seiner Herz-Kreislauferkrankung zu verbessern. Die Risikofaktoren Adipositas, Diabetes mellitus, Stoffwechselstörung und Bluthochdruck (allesamt beim Kläger vorhanden) würden in der Fachsprache auch cardio-metabolische Risikofaktoren genannt.

Das Berufungsgericht sprach zunächst aus, dass der weitere Rechtszug an den Obersten Gerichtshof nicht zulässig sei. Auf Antrag der Beklagten ließ es die Revision aber doch zu, weil die Argumentation im Zulassungsantrag zum Ausschlusstatbestand der Beschränkung auf bestimmte Behandlungsmethoden nicht von vornherein als unzutreffend eingestuft werden könne und die Auslegung des Terminus „bestimmte Behandlungsmethoden“ zu überprüfen sei.

Gegen die Berufungsentscheidung richtet sich die Revision der Beklagten wegen Mangelhaftigkeit des Berufungsverfahrens und unrichtiger rechtlicher Beurteilung mit dem Antrag, das angefochtene Urteil im klagsabweisenden Sinn abzuändern; hilfsweise wird ein Aufhebungsantrag gestellt.

Der Kläger beantragt, der Revision nicht Folge zu geben.

Rechtliche Beurteilung

Die Revision ist aus dem vom Berufungsgericht genannten Grund zulässig. Sie ist mit ihrem Aufhebungsantrag auch berechtigt.

Die von der Revisionswerberin geltend gemachte Mangelhaftigkeit des Berufungsverfahrens liegt nicht vor.

Die Beklagte beruft sich in ihrem Rechtsmittel auf die Entscheidung 7 Ob 31/91. Dieser liege „derselbe Sachverhalt“ zugrunde, weil sie sich ebenfalls mit der Leistung eines Taggelds und dem Ausschlusstatbestand (für Aufenthalte in Krankenanstalten, die sich „auf bestimmte Behandlungsmethoden beschränken“) befasse. Nach dieser Rechtsprechung seien solche „Sonderkrankenanstalten“ (ua) auch Krankenanstalten „für die Untersuchung und Behandlung von Personen mit bestimmten Krankheiten“. Für die Erfüllung des Ausschlussstatbestands werde vom Obersten Gerichtshof ausdrücklich darauf abgestellt, ob es sich um eine allgemein behandelnde Krankenanstalt (dort: iSd § 2 Abs 1 Z 1 NÖKAG) handle. Die HKSK sei eine nichtöffentliche Sonderkrankenanstalt im Sinn des § 2 Z 2 lit a OÖKAG (= eine Krankenanstalt „für die Untersuchung und Behandlung von Personen mit bestimmten Krankheiten“). Der Ausschlusstatbestand sei daher auch hier verwirklicht, weil - nach der zitierten Rechtsprechung - die Behandlung spezifischer Krankheiten mit einer Beschränkung auf „bestimmte Behandlungsmethoden“ gleichzusetzen sei. Dieser Teil des Ausschlusstatbestands sei auslegungsbedürftig. Deshalb wäre in diesem Zusammenhang keine negative Sachverhaltsfeststellung zu treffen gewesen. Vielmehr hätten die erforderlichen rechtserheblichen Feststellungen zur Subsumtion unter das Tatbestandselement „Einschränkung auf bestimmte Behandlungsmethoden“ getroffen werden müssen.

Dem hält die Revisionsbeantwortung des Klägers entgegen, dass die Frage, ob in einem Krankenhaus nur bestimmte Behandlungsmethoden angewendet werden oder nicht, kein Thema der rechtlichen Beurteilung, sondern ein Problem des Sachverhalts sei. Danach sei die betreffende (Sonder-)Krankenanstalt nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränkt und unterliege daher auch nicht der Beschränkung des § 19 Abs 1 AVB, der im Übrigen nicht zu Lasten des Klägers ausgelegt werden dürfe. Die AVB seien von der Beklagten niemals dahin konkretisiert worden, dass sie Sonderkrankenanstalten ausdrücklich ausnehmen würden. Hätte dies zum Ausdruck gebracht werden sollen, wäre es für die Beklagte ein Leichtes gewesen, dies eindeutig in den AVB zu formulieren. Die Unterlassung dieser Klarstellung sei im Sinn der Auslegungsregel des § 915 ABGB dahin zu verstehen, dass derartige

Behandlungen eben nicht vom Geltungsbereich der Versicherung ausgeschlossen werden sollten.

Dazu wurde Folgendes erwogen:

Als Nachweis für die von den Streitteilen jeweils als „ständig" oder auch als „gefestigt" bezeichnete Rechtsprechung berufen sie sich beide auf 7 Ob 31/91. Insoweit muss zunächst auf den Rechtssatz (RIS-JustizRS0081374) verwiesen werden, den der Oberste Gerichtshof selbst aus dieser Entscheidung abgeleitet hat. Diesem ist lediglich zu entnehmen, dass selbst dann, wenn Allgemeine Versicherungsbedingungen Krankenanstalten, in denen nur Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden, nicht ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausnehmen, aus den Worten „... und sich nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränken" - im Zusammenhang mit den folgend aufgezählten Ausnahmen - auch vom durchschnittlich verständigen Versicherungsnehmer nichts anderes erschlossen werden kann, als dass eine an den Spitalsaufenthalt nicht unmittelbar anschließende Rehabilitation (es handelte sich dort um eine solche im Rehabilitationszentrum Weißer Hof in Klosterneuburg) nicht vom Versicherungsschutz umfasst sei.

Die zitierte Rechtsprechung darf daher nicht dahin (miss-)verstanden werden, dass gemäß § 19 Abs 1 AVB der Versicherungsschutz auch für vor und nach einer Operation (mit der eine künstliche Herzklappe samt künstlichem Aorta-Bogenersatz eingesetzt wird) medizinisch erforderliche Behandlungen schon deshalb jedenfalls ausgeschlossen sei, weil diese Behandlungen in einer Sonderkrankenanstalt durchgeführt wurden, die auf bestimmte Krankheiten (hier: Herz-Kreislauferkrankungen) spezialisiert ist.

Eine (im Rechtsmittel der Beklagten angestrebte) - undifferenzierte - Gleichsetzung von Krankenanstalten, die auf bestimmte Erkrankungen spezialisiert sind, mit solchen, die sich (wie in § 19 Abs 1 Satz 1 AVB für den Ausschluss von der dort definierten Krankenhauseigenschaft gefordert) „auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränken", hat nicht stattzufinden. Es ist vielmehr an der Rechtsprechung zu dieser Bestimmung der AVB festzuhalten, wonach es bei der Verpflichtung der Versicherung zur Leistung eines Taggelds [gerade] nicht auf die Art der Erkrankung des Versicherungsnehmers ankommt, sondern nur auf die Art der Anstalt, in der die Erkrankung behandelt wurde; schließt doch § 19 Abs 1 AVB die Leistung eines Taggelds ausdrücklich für Aufenthalte in bestimmten Krankenanstalten aus, während von bestimmten Erkrankungen in dieser Bestimmung keine Rede ist (RIS-Justiz RS0081365).

Für die Auslegung des § 19 Abs 1 AVB ist daher auch im vorliegenden Fall der weitere Wortlaut der zitierten Bestimmung maßgebend, die in ihrem zweiten Satz jene Einrichtungen ausdrücklich aufzählt, die nicht als „Krankenhäuser" im Sinn der AVB gelten (und zwar: „Werkspitäler, sogenannte Gemeindekrankenhäuser, die vom zuständigen Gemeinde- oder Sprengelarzt betreut werden und nicht unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, Kuranstalten, Erholungs- und Gesundheitsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen").

Sonderkrankenanstalten, die sich - wie die HKSK - mit der Untersuchung und Behandlung von Personen mit „bestimmten Erkrankungen" beschäftigen, werden in dieser Aufstellung nicht erwähnt. Sie sind von der Aufzählung auch nicht erschließbar umfasst, weil der nächste Satz des § 19 Abs 1 AVB insoweit festlegt, dass für den Aufenthalt in bestimmten Spezialabteilungen (und zwar: in Heil- und Pflegestationen für „Lungen-, Nerven- und Geisteskranke") ein Krankenhaustaggeld „nicht geleistet" wird. Auch medizinische Spezialbehandlungen werden demnach in „Krankenhäusern" im Sinn der AVB durchgeführt und sind daher grundsätzlich versichert, wäre doch die Ausschlussbestimmung des § 19 Abs 1 Satz 3 AVB sonst gar nicht erforderlich.

Das steht auch mit der Entscheidung 7 Ob 31/91 in Einklang, die abschließend wie folgt begründet wird: Während ein Spitalsaufenthalt für den Versicherer in den meisten Fällen kalkulierbar ist, ist infolge der bei einer Rehabilitation von vielen subjektiven Gesichtspunkten abhängige Erfolg zeitlich nicht erfassbar und kann vom Versicherer das damit verbundene Risiko nicht abgeschätzt werden. Es muss daher auch einem Laien erkennbar sein, dass der Versicherer derartige Risken nicht übernimmt.

Nach ständiger Rechtsprechung sind bei der Auslegung von Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die sich am Maßstab des durchschnittlich verständigen Versicherungsnehmers zu orientieren hat (RIS-Justiz RS0050063), die einzelnen Klauseln objektiv unter Beschränkung auf ihren Wortlaut auszulegen (RIS-Justiz RS0008901), wobei der einem objektiven Beobachter erkennbare Zweck einer Bestimmung zu berücksichtigen ist (RIS-Justiz RS0112256; 7 Ob 111/09p mwN; 7 Ob 224/09f).

In Anwendung dieser Grundsätze auf den vorliegenden Fall kann die wiedergegebene Formulierung des Art 19 Abs 1 AVB - schon aus den dazu angestellten Überlegungen - nicht im Sinn des von dem in der Revision angestrebten generellen Deckungsausschlusses verstanden werden, der jede medizinische Behandlung in auf bestimmte Krankheiten spezialisierten Sonderkrankenanstalten umfassen würde. Maßgebend ist nach dem klaren Wortlaut vielmehr, ob sich die HKSK, in der der Kläger behandelt wurde, im Sinn der zitierten Bestimmung „auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränkt".

Daher müssen Feststellungen zu den konkreten Behandlungen, die in der HKSK üblicherweise durchgeführt werden, getroffen werden: Sollten dort im Allgemeinen nur die Operationsvorbereitung und Rehabilitationsmaßnahmen (wie sie der Kläger in Anspruch genommen hat) stattfinden, während Patienten, die operiert werden müssen, jeweils in andere Krankenhäuser gebracht werden, würde dies etwa für eine Beschränkung „auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden" im Sinn des § 19 Abs 1 AVB sprechen. Auf die konkreten Behandlungen des Klägers kommt es dabei nicht an.

Demgegenüber haben die Tatsacheninstanzen bisher lediglich festgestellt, welche Behandlungen beim Kläger durchgeführt wurden und die - kein Tatsachensubstrat enthaltende - Negativfeststellungen getroffen, es sei nicht feststellbar, dass sich die Anstalt auf die Anwendung „bestimmter Behandlungsmethoden" beschränke, weil nicht hervorgekommen sei, dass die Behandlung des Klägers auf bestimmte Methoden „beschränkt gewesen wäre". Mangels ausreichender Tatsachengrundlage zur Beurteilung der dargelegten Frage sind die Urteile der Vorinstanzen unter Zurückverweisung der Rechtssache an das Erstgericht aufzuheben.

Der Kostenvorbehalt gründet sich auf § 52 ZPO.

Textnummer

E93456

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:OGH0002:2010:0070OB00071.09F.0303.000

Im RIS seit

25.04.2010

Zuletzt aktualisiert am

16.02.2012

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