

TE OGH 2017/10/25 3Ob125/17d

JUSLINE Entscheidung

🕒 Veröffentlicht am 25.10.2017

Kopf

Der Oberste Gerichtshof hat als Revisionsgericht durch den Senatspräsidenten Dr. Hoch als Vorsitzenden sowie die Hofräte Dr. Jensik und Dr. Roch und die Hofrätinnen Dr. Weixelbraun-Mohr und Dr. Kodek als weitere Richter in der Rechtssache der klagenden Partei P***** GmbH, ***** , vertreten durch Kaufmann & Lausegger Rechtsanwalts OG in Graz, gegen die beklagten Parteien 1. J***** , 2. G***** , beide vertreten durch Dr. Leonhard Romig, Rechtsanwalt in Wien, wegen 51.478,82 EUR sA, über die außerordentliche Revision der beklagten Parteien gegen das Urteil des Oberlandesgerichts Wien als Berufungsgericht vom 29. Dezember 2016, GZ 11 R 176/16g-65, womit das Urteil des Landesgerichts für Zivilrechtssachen Wien vom 22. Juni 2016, GZ 10 Cg 13/15b-52, bestätigt wurde, in nichtöffentlicher Sitzung zu Recht erkannt:

Spruch

Der Revision wird teilweise Folge gegeben.

Die Entscheidungen der Vorinstanzen werden dahin abgeändert, dass sie als Zwischenurteil wie folgt zu lauten haben:

1. Die Klageforderung von 51.478,82 EUR sA besteht dem Grunde nach zu Recht.
2. Die von den beklagten Parteien aufrechnungsweise eingewendete Gegenforderung besteht bis zur Höhe der Klageforderung nicht zu Recht.
3. Die Entscheidung über die Kosten aller drei Instanzen wird dem Endurteil vorbehalten.

Text

Entscheidungsgründe:

Dr. C***** (kurz: der Patient) ist Bruder des Erstbeklagten und Sohn der Zweitbeklagten und wurde vom 18. Juni bis zum 20. August 2011 in der Privatklinik der Rechtsvorgängerin der Klägerin (kurz: Klägerin) behandelt. Er litt damals bereits seit mehreren Jahren an einem multiplen Myelom, einer bösartigen Erkrankung von Plasmazellen im Knochenmark und in den Knochen. Zehn Tage nach Ende seines stationären Aufenthalts ist er verstorben. Er wohnte in Italien und war dort (gesetzlich, nicht auch privat) krankenversichert.

Da der Patient in Italien zuletzt nur noch mit Schmerzmitteln behandelt wurde und sich sein Zustand rapide verschlechterte, nahm der Erstbeklagte im Zuge einer Internetrecherche Kontakt mit Univ.-Prof. Dr. J***** (im Folgenden: Belegarzt) auf, der damals Oberarzt am AKH Wien in der Abteilung Onkologie war und daneben als Belegarzt Privatpatienten im Spital der Klägerin betreute.

Der Belegarzt stellte gegenüber dem Erstbeklagten vorab klar, dass aufgrund des dringenden Behandlungsbedarfs des Patienten nur die Möglichkeit bestehe, ihn in der Privatklinik der Klägerin aufzunehmen, weil an der onkologischen Station im AKH eine kurzfristige Aufnahme nicht möglich sei. Der Erstbeklagte war damit einverstanden. Vor Eintreffen des Patienten in Wien wurde über die Höhe der Behandlungs- und Pflegekosten nicht gesprochen, die Notwendigkeit

der Leistung einer Akontozahlung bei der Aufnahme wurde aber vorab erörtert.

Der Belegarzt erklärte weder, dass die Kosten der Behandlung und Unterbringung des Patienten oder die Kosten allfälliger Begleitpersonen durch die Leistungspflicht der italienischen Krankenkasse gedeckt seien, noch sagte er zu, dass der Patient im AKH behandelt werde.

Der Patient traf am 18. Juni 2011 mit den Beklagten als Begleitpersonen in der Privatklinik ein. Der Erstbeklagte füllte das Aufnahmeblatt für ihn aus. In der Rubrik „gesetzliche Krankenversicherung“ gab er „selbstversichert“ an und in der Rubrik „Versicherungsanstalt“ ergänzte er „ASC Italien“; ASC entspricht der österreichischen Bezeichnung Gebietskrankenkasse. Die Rubrik „Zusatzversicherung“ blieb leer. Bei „Akonto“ setzte der Erstbeklagte den Betrag von 5.000 EUR ein. Die Beklagten und der Patient gaben an, dass es ihnen wichtig sei, dass die Zweitbeklagte beim Patienten bleiben könne und mit ihrem Sohn aufgenommen werde. Im Aufnahmeblatt wurde deshalb die Variante „stationäre Aufnahme Zweibettzimmer inklusive Begleitperson gemäß Begleitblatt“ angekreuzt. Die Beklagten erkundigten sich nicht nach den Kosten dieser Begleitung oder nach kostengünstigeren Alternativen.

In dem vom Erstbeklagten für den Patienten unterfertigten Aufnahmeblatt heißt es ua:

„Bei der [...] (Privatklinik) handelt es sich um ein Belegspital. Ihre medizinische Behandlung beruht daher auf dem Behandlungsvertrag, der ausschließlich mit Ihrem Belegarzt oder einem anderen von Ihnen ausgewählten hauptbehandelnden Arzt abgeschlossen wird. [...] Neben dem mit Ihrem Arzt abgeschlossenen Behandlungsvertrag schließen Sie mit der [...] (Klägerin) als Rechtsträger der [...] (Privatklinik) einen gesonderten Vertrag ab, der alle mit Ihrer Beherbergung und Verpflegung zusammenhängenden Bereiche umfasst. [...] Wenn kein Direktverrechnungsvertrag mit einer Sozialversicherung besteht, werden Ihnen diese Kosten gemäß den durch Ihre Behandlung generierten LKF-Punkten in Rechnung gestellt. Diese Rechnung können Sie bei Ihrer Sozialversicherung zur Rückerstattung einreichen. [...] Sollte Ihre private Krankenversicherung bzw der Sozialversicherungsträger, aus welchen Gründen auch immer, ihre Leistungsverpflichtung zum Teil oder zur Gänze ablehnen, verpflichten Sie sich hiermit ausdrücklich, den Anteil der nicht gedeckten Kosten spätestens binnen 14 Tagen nach Erhalt der Rechnung an die [...] (Klägerin) zu bezahlen. Hotelleistungen [...] des Krankenhauses werden gesondert in Rechnung gestellt.

[...] Im Fall, dass Sie über keine private Krankenversicherung mit Direktverrechnung verfügen, ist Ihnen das Tarifblatt ausgefolgt worden, welches der Verrechnung Ihrer Behandlungskosten zugrunde liegt.“

Das Tarifblatt, das dem Erstbeklagten ausgehändigt wurde, listet ua die Kosten eines Zweibettzimmers pro Tag, den Aufzahlungsbetrag für eine Begleitperson pro Nacht sowie die Operationssaalbenützungsentgelte, gestaffelt nach OP-Gruppen, sowie die Höhe für Telefonkosten und den Verwaltungskostenbeitrag auf. Weiters heißt es darin: „Die Honorare der behandelnden Ärzte, wahlärztliche Leistungen, insbesondere Wahlarzthonorare, Anästhesie, Röntgen [...] etc sind in diesen Gebühren nicht enthalten und werden daher zusätzlich nach Aufwand in Rechnung gestellt.“

Noch im Lauf der ersten Aufenthaltswoche des Patienten gab der Belegarzt gegenüber den Beklagten zu bedenken, dass sie sich aufgrund des lebensbedrohlichen Gesundheitszustands des Patienten weitere Schritte überlegen sollten, weil dies sehr kostenintensiv werden könne. Er machte ihnen mehrfach auch den Ernst der Prognose, nämlich das mögliche baldige Versterben des Patienten, deutlich.

Der Belegarzt teilte alle Behandlungsschritte und die Notwendigkeit der Beiziehung weiterer Spezialisten (deren Honorare dann letztlich verrechnet wurden) dem Patienten und den Beklagten mit. Diese sprachen sich nicht gegen die Beiziehung dieser Spezialisten aus.

Nachdem der von den Beklagten erlegte Kostenvorschuss von 5.000 EUR verbraucht war, trat der Verwaltungsdirektor der Klägerin an den Erstbeklagten heran und teilte ihm mit, dass die Kosten des Aufenthalts des Patienten nicht gedeckt seien und weitere Akontozahlungen notwendig seien. Er wies ihn darauf hin, dass die Sozialversicherung nur einen Kostenersatz für die allgemeine Gebührenklasse übernehme und dass der Kostenersatz für die Sonderklasse, nämlich Honorare der Ärzte und Pflegegebühren, vom Patienten selbst zu tragen seien. Der Erstbeklagte holte daraufhin Erkundigungen bei der Krankenkasse und im Gesundheitsministerium ein.

In der Folge sprach der Verwaltungsdirektor mit dem Erstbeklagten mehrfach über die bereits entstandenen Kosten anhand von sogenannten Proberechnungen, wobei jeweils der aktuelle Stand der angefallenen Kosten aufgezeigt und besprochen wurde. Solche Abrechnungen wurden etwa einmal pro Woche oder alle zehn Tage erstellt. Insgesamt gab es zumindest zehn Gespräche zwischen dem Verwaltungsdirektor und den Beklagten, in denen Ersterer darauf

hinwies, dass eine allfällige Refundierungsmöglichkeit der italienischen Krankenkasse nur vom Patienten bzw den Angehörigen betrieben werden könne und das Krankenhaus keine Möglichkeit habe, auf Gelder der italienischen Krankenkasse zuzugreifen, weshalb die Kosten vom Patienten bzw den Beklagten zu bezahlen seien.

In den Gesprächen vermittelte der Erstbeklagte den Eindruck, dass ausreichende Mittel vorhanden seien und es lediglich um den Zeitpunkt der Zahlung der Rechnung gehe. Er legte nicht dar, dass er aus finanziellen Erwägungen die Verlegung des Patienten in das AKH wünsche. Er vertrat gegenüber dem Verwaltungsdirektor die Meinung, dass die italienische Krankenkasse für solche Fälle die Kosten übernehme, wenn im eigenen Land keine adäquate Behandlungsmöglichkeit bestehe. Der Verwaltungsdirektor wies darauf hin, dass die Krankenanstalt nicht beurteilen könne, ob das zutreffe, und dass sie jedenfalls keine Möglichkeit einer Direktverrechnung habe; es sei daher erforderlich, dass die Beklagten zunächst die Rechnung (hinsichtlich der Kosten der Sonderklasse) bezahlten und sich in der Folge um eine allfällige Refundierung durch die italienische Krankenkasse kümmern. Es gab nie eine Zusage der Klägerin an die Beklagten, dass die Abrechnung aller Kosten zwischen der Klägerin und der italienischen Krankenkasse erfolgen werde.

Da keine weiteren Akontozahlungen erfolgten, erklärte der Verwaltungsdirektor dem Erstbeklagten, dass sich die Klinik hinsichtlich der Kosten absichern wolle und deshalb ein Schuldbeitritt der Beklagten gewünscht werde. Damals war klar, dass die Klinik zu einer Fortsetzung der Behandlung des Patienten nur bereit ist, wenn die Kosten der Sonderklasse gesichert sind. Eine Drohung damit, dass der Patient sonst „auf die Straße gesetzt“ werde, erfolgte nicht, dem Erstbeklagten wurde aber kommuniziert, dass die Klägerin mangels Öffentlichkeitsrechts nicht verpflichtet sei, den Patienten weiter zu behandeln, sondern dass für eine Transferierung in ein öffentliches Krankenhaus zwecks Fortsetzung der Behandlung gesorgt würde. Das wollten die Beklagten jedoch nicht.

Am 28. Juli 2011 unterfertigten die Streitteile daraufhin eine Vereinbarung folgenden Inhalts:

„[...] II. Schuldbeitritt 1. Die anfallenden Gebühren für die Sonderklasse betragen bis dato rund 40.000 EUR inklusive USt und werden zum Zeitpunkt der Entlassung in einer Endabrechnung ausgewiesen. Die Angehörigen erklären hiermit, dieser Verbindlichkeit als Mitschuldner beizutreten.

2. Die Gebühren für die Sonderklasse werden am Entlassungstag fällig und sind binnen 14 Tagen auf das Konto [...] zu überweisen.

3. Sollte eine Entrichtung innerhalb der unter Punkt 2. angeführten Frist nicht möglich sein, so verpflichten sich die Angehörigen bei gleichzeitiger Hinterlegung adäquater Sicherheiten (zB Bankgarantie) den vollständigen Rechnungsbetrag zum frühestmöglichen Termin, jedoch spätestens bis zum 30. September 2011 zu begleichen. [...]“

Diese Frist wurde deshalb festgelegt, weil die Beklagten erklärten, dass sie sie benötigten, um die Zahlung zu ermöglichen.

Letztlich riet der Belegarzt den Beklagten, den Patienten nach Italien zurückzubringen, um einerseits die finanzielle Problematik zu entschärfen und andererseits dafür zu sorgen, dass er nicht außerhalb seines Landes versterbe, weil das weitere Komplikationen nach sich gezogen hätte. Damit waren die Beklagten einverstanden; sie organisierten den Transfer in ein italienisches Spital.

Am 20. August 2011 (dem Tag seiner Entlassung bzw Transferierung nach Italien) wurde dem Patienten eine am Vortag erstellte Rechnung über restliche 53.297,12 EUR (unter Berücksichtigung der Vorauszahlung von 5.000 EUR) übergeben, die binnen 14 Tagen beglichen werden sollte. Mangels Zahlungseingangs erstellte die Klägerin am 25. Oktober 2011 eine inhaltlich idente Rechnung an den Patienten, die zu einem späteren Zeitpunkt auch an die Beklagten versandt wurde. Nach Einschaltung eines Inkassobüros teilte der Erstbeklagte der Klägerin mit, dass er die Bezahlung ablehne.

Die Klägerin begehrte mit ihrer am 29. September 2014 eingebrachten Klage nach Klageeinschränkung letztlich den Betrag von 51.478,82 EUR sA an von ihr für den Patienten erbrachten ärztlichen Dienstleistungen (Behandlungs-, Labor- und Diagnostikleistungen) und Hotelleistungen. Die Beklagten hätten sich als Mitschuldner zur Zahlung der Schuld des Patienten verpflichtet. Das geltend gemachte Honorar sei angemessen und entspreche den einschlägigen Ansätzen. Die Parteien hätten vereinbart, dass die Beklagten den Rechnungsbetrag spätestens bis zum 30. September 2011 zu begleichen hätten. Dieser Termin sei auf ausdrücklichen Wunsch der Beklagten gewählt

worden, weil sie Zeit gebraucht hätten, um die Abwicklung mit der italienischen Krankenkasse zu organisieren. Die Klageforderung sei deshalb erst mit Ablauf des 30. September 2011 einklagbar gewesen, weshalb sie bei Einbringung der Klage noch nicht verjährt gewesen sei.

Die Beklagten wendeten insbesondere ein, der Belegarzt habe eine Behandlung des Patienten am Wiener AKH zugesagt. Sie hätten eine Behandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gewünscht, um sicherzustellen, dass die italienische Krankenkasse die Kosten übernehme. Da bei Eintreffen des Patienten kein Notfallbett im AKH frei gewesen sei, sei es zur Aufnahme in der Klinik der Klägerin gekommen. Der Erstbeklagte habe dieser Vorgangsweise in seiner Verzweiflung zugestimmt, aber stets betont, dass der Kostenersatz durch die Krankenkasse sichergestellt sein müsse. Dem habe der Belegarzt zugestimmt.

Es habe nie eine Vereinbarung über konkrete Leistungen und Entgelte gegeben. Ausdrücklich bestritten werde, dass die verrechneten und nun eingeklagten Honorare vereinbart worden oder angemessen seien.

Der Klägerin sei die finanzielle Notlage des Patienten und der Beklagten bekannt gewesen. Sie habe, sofern überhaupt vom Bestehen eines Behandlungsvertrags auszugehen sei, ihre Warnpflicht verletzt, indem sie den Patienten und die Beklagten weder vor noch während der Behandlung über die jeweils laufenden Kosten und deren exorbitante Höhe unterrichtet habe. Durch Unterlassen der gebotenen regelmäßigen Aufklärung habe sie ihnen jene Informationen vorenthalten, auf deren Basis sie über die Fortsetzung oder Beendigung der Behandlung entscheiden hätten können. Damit habe sie den Beklagten einen Schaden „zumindest“ in Höhe der Klageforderung schuldhaft zugefügt. Die Beklagten wendeten diese Forderung sowie überdies eine (nicht bezifferte) Gegenforderung aus dem Titel des Schadenersatzes wegen mangelhafter Behandlung und unterlassener Aufklärung des Patienten und der Beklagten über die Erfolgsaussichten der Behandlung, die (ebenfalls) wertmäßig zumindest den eingeklagten Betrag erreiche, aufrechnungsweise gegen die Klageforderung ein.

Jedenfalls sei die Klageforderung verjährt, weil sie bereits mit Rechnung vom 19. August 2011 gegenüber dem Patienten geltend gemacht worden sei. Die Rechnung sei ihm am 20. August 2011 übergeben worden. Angesichts der Zahlungsfrist von zwei Wochen sei die Klageforderung seit 5. September 2014 verjährt.

Das Erstgericht sprach aus, dass die Klageforderung mit 51.478,82 EUR zu Recht, die Gegenforderung der Beklagten hingegen nicht zu Recht bestehe und verpflichtete die Beklagten zur ungeteilten Hand zur Zahlung von 51.478,82 EUR sA. Dass mit dem Belegarzt nicht über die Behandlungskosten gesprochen worden sei, schade nicht, weil in analoger Anwendung des § 1152 ABGB mangels Vereinbarung der Unentgeltlichkeit, die die Beklagten gar nicht behauptet hätten, ein angemessenes Entgelt als vereinbart gelte. Besondere Aufklärungs- und Warnpflichten hinsichtlich der Kosten des Behandlungsvertrags träfen den Arzt grundsätzlich nicht. Der Verjährungseinwand sei nicht berechtigt. Da den Beklagten eine Zahlungsfrist bis 30. September 2011 eingeräumt worden sei, habe die Verjährungsfrist erst an diesem Tag begonnen. Die Beklagten könnten sich nicht mit Erfolg darauf berufen, dass gegenüber dem Patienten die Verjährung bereits mit 5. September 2014 eingetreten wäre.

Das Berufungsgericht gab der Berufung der Beklagten nicht Folge. Das Erstgericht habe den Schuldbeitritt der Beklagten zu Recht so verstanden, dass dieser sich auf die gesamten aufgelaufenen Kosten (laut Rechnung vom 19. August 2011) bezogen habe und nicht nur auf die in der Urkunde angeführten Kosten der Sonderklasse von „bis dato rund 40.000 EUR“. Entgegen der Ansicht der Beklagten seien die Kosten der Begleitperson ebenfalls „Sonderklassegebühren“ und daher von den Beklagten zu ersetzen. Es bestehe keine besondere Aufklärungs- oder Warnpflicht des Arztes im Hinblick auf die auflaufenden Behandlungskosten. Dies gelte auch für den versicherungsrechtlichen Aspekt des Behandlungsvertrags, weil die Grundsätze der ärztlichen Aufklärungspflicht im Hinblick auf die Besonderheit der Arztleistung (Eingriff in die körperliche Unversehrtheit des Patienten) entwickelt worden seien, nicht aber im Hinblick auf den vertragsrechtlichen Aspekt der Kosten(-tragung). Im Übrigen seien die Beklagten nach den Feststellungen ohnedies mehrfach auf die bereits entstandenen Kosten hingewiesen worden. Soweit die Beklagten als sekundären Verfahrensmangel das Fehlen von Feststellungen zur (Un-)Angemessenheit der verrechneten Honorare rügten, sei ihnen zu erwidern, dass sie insoweit nur vorgebracht hätten, dass keine transparente Aufstellung der Leistungen und des dafür geforderten Entgelts erfolgt sei. Ein Hinweis darauf, dass die in der Rechnung ausgewiesenen ärztlichen Honorare nicht angemessen gewesen seien, sei ihrem erstinstanzlichen Vorbringen nicht zu entnehmen. Demgemäß sei die Klägerin nicht verpflichtet gewesen, die Angemessenheit der verrechneten Honorare unter Beweis zu stellen. Der Verjährungseinwand sei ebenfalls nicht berechtigt, weil nach dem

festgestellten Inhalt des Schuldbeitritts nicht die Fälligkeit der Zahlung, sondern nur deren Geltendmachung hinausgeschoben worden sei, sodass eine reine Stundung vorliege. Diese hemme den Fortlauf der Verjährungsfrist; die Hemmung schiebe den Beginn und die Fortsetzung der begonnenen Verjährung hinaus. Für die Dauer der Fortlaufshemmung ruhe also die Verjährung.

Das Berufungsgericht ließ die ordentliche Revision mangels erheblicher Rechtsfrage nicht zu.

In ihrer außerordentlichen Revision machen die Beklagten im Wesentlichen geltend, es fehle höchstgerichtliche Rechtsprechung zum Umfang der Aufklärungspflicht von Gesundheitsdienstleistern im Bezug auf die Höhe von Behandlungs- und Aufenthaltskosten sowie den Umfang der vom Sozialversicherungsträger aufgrund zwischenstaatlicher Übereinkommen geleisteten Kostenersätze, insbesondere im Hinblick auf das EU-Patientenmobilitätsgesetz. Das Berufungsgericht habe außerdem die Schuldbeitrittserklärung unrichtig ausgelegt und den Verjährungseinwand zu Unrecht verworfen. Darüber hinaus sei dem Berufungsgericht eine Aktenwidrigkeit unterlaufen, indem es den in der Berufung geltend gemachten sekundären Verfahrensmangel (das Fehlen von Feststellungen zur Angemessenheit der verrechneten ärztlichen Honorare) mit der unrichtigen Begründung verneint habe, die Beklagten hätten dazu in erster Instanz kein Vorbringen erstattet.

Die Klägerin beantragt in ihrer vom Obersten Gerichtshof freigestellten Revisionsbeantwortung, die Revision zurückzuweisen, hilfsweise ihr nicht Folge zu geben.

Rechtliche Beurteilung

Die Revision ist wegen einer vom Obersten Gerichtshof aufzugreifenden Fehlbeurteilung des Berufungsgerichts zulässig und teilweise berechtigt.

1.1. Nach ständiger Rechtsprechung unterliegt der Arzt wegen der Besonderheit des Behandlungsvertrags, in dessen Rahmen regelmäßig in die körperliche Unversehrtheit des Patienten eingegriffen wird, diesem gegenüber besonderen Aufklärungspflichten. Die ärztliche Aufklärungspflicht umfasst die Verpflichtung des Arztes, den Patienten über die Art und Schwere sowie die möglichen Gefahren und schädlichen Folgen einer Behandlung zu unterrichten (RIS-Justiz

RS0038176) und soll den Patienten in die Lage versetzen, die Tragweite seiner Einwilligung zu überschauen (RIS-Justiz RS0026413).

1.2. Der Oberste Gerichtshof hat jüngst zu 9 Ob 19/16h (= RIS-Justiz RS0026413 [T14] und RS0038176 [T13]) ausgesprochen, dass sich der ärztliche Behandlungsvertrag in Fragen der Entgeltlichkeit nicht von vergleichbaren synallagmatischen Vertragsbeziehungen unterscheidet, sodass auch kein Anlass besteht, dem Arzt besondere Aufklärungs- oder Warnpflichten betreffend die Kosten des Behandlungsvertrags aufzuerlegen, weil die Grundsätze zur ärztlichen Aufklärungspflicht im Hinblick auf die Besonderheit der Arztleistung (Eingriff in die körperliche Unversehrtheit des Patienten), nicht aber im Hinblick auf den vertragsrechtlichen Aspekt der Kosten(-tragung) entwickelt wurden.

1.3. Der soeben zitierten Entscheidung lag – ebenso wie hier – ein Sachverhalt vor Inkrafttreten des EU-Patientenmobilitätsgesetzes (BGBl I 2014/32) zugrunde. Durch dieses Gesetz wurde (ua) in § 5a Abs 4 KaKuG die – insbesondere in § 17a Abs 7 Wiener KAG umgesetzte – Grundsatzregelung aufgenommen, dass die Träger von Krankenanstalten durch die Landesgesetzgebung zu verpflichten sind, Pfleglingen klare Preisinformationen zur Verfügung zu stellen, soweit sie im Zeitpunkt der Aufnahme vorhersehbar sind und die Leistungen nicht über den Landesgesundheitsfonds abgerechnet oder durch einen inländischen Träger der Sozialversicherung oder der Krankenfürsorge übernommen werden. Eine vergleichbare Regelung wurde ua auch in § 51 Abs 1a Ärztegesetz 1998 aufgenommen.

1.4. Es besteht daher kein Grund, im vorliegenden Fall von der zu 9 Ob 19/16h vertretenen Auffassung abzugehen: zeigt diese doch, dass sich – entgegen der von den Beklagten ins Treffen geführten Ansicht des Gesetzgebers (ErläutRV 33 BlgNR 5. GP 13) – vor Inkrafttreten der Änderungen durch das EU-Patientenmobilitätsgesetz solche Informationspflichten über die Kosten keineswegs schon „implizit“ aus den nun geänderten Gesetzen ergaben.

1.5. Gegenteiliges ist auch dem von den Beklagten zitierten Aufsatz von Resch, Wirtschaftliche Aufklärungspflichten in Krankenanstalten, Zak 13/2016, 244 nicht zu entnehmen; vielmehr führt dieser Autor aus, dass vor Inkrafttreten des EU-Patientenmobilitätsgesetzes das positive Recht eine allgemeine wirtschaftliche Aufklärungspflicht von Ärzten und

Krankenanstalten gegenüber dem Patienten nicht kannte.

1.6. Im Übrigen weist das Berufungsgericht zutreffend darauf hin, dass die Beklagten im Verlauf des Aufenthalts des Patienten ohnehin regelmäßig mittels „Proberechnungen“ über die bisher aufgelaufenen Kosten informiert wurden.

2. Das Berufungsgericht beurteilte auch die Schuldbeitrittsvereinbarung zutreffend dahin, dass die Haftung der Beklagten nicht etwa mit dem bis zum Tag der Unterfertigung dieser Vereinbarung aufgelaufenen Kosten von rund 40.000 EUR begrenzt sein sollte, sondern sich auf alle bis dahin aufgelaufenen und alle bis zur Entlassung des Patienten noch auflaufenden Kosten bezog.

3. Bei der erstmals in der Revision aufgestellten Behauptung, die Kosten für die Aufnahme der Zweitbeklagten als Begleitperson des Patienten seien nicht vom Schuldbeitritt umfasst, weshalb der Erstbeklagte zur Tragung dieser Kosten nicht verpflichtet sei, handelt es sich um eine unbeachtliche Neuerung.

4. Die Vorinstanzen haben auch den Verjährungseinwand der Beklagten zu Recht verworfen: Die Formulierungen in der Schuldbeitrittsvereinbarung können nur so verstanden werden, dass die Gebühren für die Sonderklasse gegenüber dem Patienten am Tag seiner Entlassung fällig werden und (von ihm) binnen 14 Tagen zu zahlen sind, und dass für den Fall, dass er nicht fristgerecht zahlen sollte, die Beklagten einerseits adäquate Sicherheiten zu erlegen und andererseits die Rechnung bis längstens 30. September 2011 zu begleichen haben. Es kann daher entgegen der Ansicht der Beklagten keine Rede davon sein, dass sie von der Klägerin – im Hinblick darauf, dass unstrittig keine solchen Sicherheiten erlegt wurden –, bereits vor dem 30. September 2011 auf Zahlung hätten geklagt werden können. Die Klage wurde somit innerhalb von drei Jahren ab Fälligkeit der Rechnung eingebracht.

5. Alle von den Beklagten (auch noch in dritter Instanz) erhobenen Einwendungen gegen den Grund des Anspruchs der Klägerin erweisen sich somit als unberechtigt. Auf ihre schon vom Erstgericht zu Recht verneinten Gegenforderungen kommen sie nicht mehr zurück.

5.1. Dennoch kann noch nicht abschließend (der Höhe nach) über den Anspruch der Klägerin abgesprochen werden. Die Beklagten weisen nämlich zutreffend darauf hin, dass sie bereits in ihrer Klagebeantwortung die Behauptung aufgestellt haben, die von der Klägerin verrechneten Honorare seien nicht angemessen.

5.2. Dass das Berufungsgericht das Vorbringen der Beklagten insofern unrichtig wiedergab, als es den in der Berufung insoweit relevierten rechtlichen Feststellungsmangel mit der Begründung verwarf, ein solches Vorbringen sei in erster Instanz nicht erstattet worden, stellt zwar entgegen den Revisionsausführungen keine Aktenwidrigkeit dar (RIS-Justiz

RS0041814). Ein solcher Vorgang kann allerdings einen wesentlichen Verfahrensmangel oder eine unrichtige rechtliche Beurteilung begründen (RIS-Justiz

RS0041814 [T8]). Letzteres ist hier der Fall.

5.3. Im fortgesetzten Verfahren wird das Erstgericht mit den Beklagten zu erörtern haben, welche konkreten Positionen der eingeklagten Rechnung, die sich nicht betragsmäßig aus dem zur Zeit der Behandlung des Patienten aktuellen Tarifblatt der Klägerin ergeben, sie der Höhe nach bestreiten. Nach entsprechender Konkretisierung des Einwands der Beklagten wird der Klägerin Gelegenheit zu geben sein, die Angemessenheit der bestrittenen Rechnungspositionen auf geeignete Weise unter Beweis zu stellen.

6. Der Kostenvorbehalt beruht auf § 52 ZPO.

Textnummer

E119954

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:OGH0002:2017:00300B00125.17D.1025.000

Im RIS seit

06.12.2017

Zuletzt aktualisiert am

22.08.2018

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