

TE OGH 2024/12/18 7Ob201/24w

JUSLINE Entscheidung

🕒 Veröffentlicht am 18.12.2024

Kopf

Der Oberste Gerichtshof hat als Revisionsgericht durch die Senatspräsidentin Dr. Solé als Vorsitzende und die Hofrätinnen und Hofräte Mag. Dr. Wurdinger, Mag. Malesich, Dr. Weber und Mag. Fitz als weitere Richter in der Rechtssache der klagenden Partei G* G*, vertreten durch die Vogl Rechtsanwalt GmbH in Feldkirch, gegen die beklagte Partei G* AG, *, vertreten durch Dr. Leopold Hirsch, Rechtsanwalt in Salzburg, wegen 27.204 EUR sA und Feststellung, über die Revision der klagenden Partei gegen das Urteil des Oberlandesgerichts Linz als Berufungsgericht vom 1. Oktober 2024, GZ 2 R 123/24g-41, mit dem das Urteil des Landesgerichts Salzburg vom 24. Juni 2024, GZ 9 Cg 54/22z-37, bestätigt wurde, zu Recht erkannt:

Spruch

Der Revision wird nicht Folge gegeben.

Die klagende Partei ist schuldig, der beklagten Partei die mit 2.355,90 EUR (darin enthalten 392,65 EUR USt) bestimmten Kosten des Revisionsverfahrens binnen 14 Tagen zu ersetzen.

Text

Entscheidungsgründe:

[1] Der Kläger war bei der Beklagten unfallversichert. Im Unfallversicherungsvertrag wird – übereinstimmend mit dem Versicherungsantrag des Klägers – im Punkt „Leistungsübersicht“ unter anderem angeführt (unstrittig Beilage ./B; RS0121557 [T2, T3]):

„Unfallkapital

Die nachstehenden Versicherungssummen sind die Basis für die Berechnung unserer Versicherungsleistung. Die Versicherungsleistung errechnet sich durch Multiplikation des ärztlich festgestellten Grades der dauernden Invalidität (DI) mit der für diesen Invaliditätsgrad festgelegten Versicherungssumme.

[...]

Freizeitunfall

DI in Prozent

Versicherungs-summe in EUR

Leistung in EUR von

bis

von 1 bis 19

200.000

2.000

38.000

[...]

Verletzungskatalog für Leistung bei Unfall in EUR

garantierte Sofortauszahlung

[...]

Zerreißung (auch teilweise)

von an Gliedmaßen und an der

Wirbelsäule befindlichen Muskeln,

Sehnen, Bändern und Kapseln

sowie Meniskusverletzungen 4.000"

[2] Vertragsgrundlage ist die Bedingung „Unfallkapital (UVCP0001)“, die auszugsweise lautet:

„Unfallkapital UVCP0001

1. Die in der Polizze angefuhrten Versicherungssummen sind die Basis für die Berechnung unserer Versicherungsleistung. Die Versicherungsleistung errechnet sich durch Multiplikation des ärztlich festgestellten Grades der dauernden Invalidität (DI) mit der für diesen Invaliditätsgrad festgelegten Versicherungssumme. [...]

2. Garantierte Sofortauszahlung

a) Für im Antrag aufgelistete Verletzungen ('Verletzungskatalog') gilt eine garantierte Sofortauszahlung vereinbart. Tritt eine dieser Verletzungen aufgrund eines Unfalls ein, wird die dafür vereinbarte Pauschalleistung nach Vorliegen eines ärztlichen Befundberichtes sofort ausbezahlt. [...]

b) Sie können die Beurteilung der Unfallfolgen durch einen Sachverständigen verlangen, wobei die Bestimmung des Art. 11, Pkt. 2 AUVB 2016 (Verminderung des Invaliditätsgrades aufgrund Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen) berücksichtigt wird. b) Sie können die Beurteilung der Unfallfolgen durch einen Sachverständigen verlangen, wobei die Bestimmung des Artikel 11,, Pkt. 2 AUVB 2016 (Verminderung des Invaliditätsgrades aufgrund Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen) berücksichtigt wird.

Wurde die Pauschalleistung gemäß Pkt. a) zuvor ausbezahlt,

- erfolgt eine weitere Zahlung nur, wenn aufgrund eines festgestellten höheren Invaliditätsgrades die dafür ermittelte Versicherungsleistung die bereits ausbezahlte Pauschalleistung übersteigt;

- können wir die erbrachte Mehrleistung zurückfordern, wenn aufgrund eines festgestellten niedrigeren Invaliditätsgrades die dafür ermittelte Versicherungsleistung unter der bereits ausbezahlten Pauschalleistung liegt.“

[3] Hinsichtlich des Genesungsgeldes ist zwischen den Parteien die Klausel UVCP0002 vereinbart, die im hier maßgeblichen Textteil lautet:

„1. Wir zahlen ein Genesungsgeld, wenn durch einen Unfall eine stationäre Behandlung in einem Spital innerhalb von zwei Jahren nach Eintritt des Unfalles medizinisch notwendig wird. [...]“

[4] Vertragsgrundlagen sind weiters die Allgemeinen Bedingungen für den Unfallschutz (AUVB 2016) und die Ergänzenden Bedingungen für den Premium-Unfallschutz (EUVBP 2016).

[5] Die AUVB 2016 lauten auszugsweise:

„Artikel 11

Wofür wird keine Leistung erbracht?

Wann wird die Leistung gekürzt?

1. Eine Versicherungsleistung wird nur für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen (körperliche Schädigung oder Tod) erbracht.

2. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, ist im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades, ansonsten die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu vermindern, sofern dieser Anteil mindestens 30 % beträgt.

Dies gilt insbesondere auch, wenn die Gesundheitsschädigung durch einen abnutzungsbedingten Einfluss mit Krankheitswert, wie beispielsweise Arthrose, mitverursacht worden ist.

[...]“

[6] Die Ergänzenden Bedingungen für den Premium-Unfallschutz (EUVP 2016) lauten auszugsweise:

„In Ergänzung zu den Allgemeinen Bedingungen für den Unfallschutz (AUVB 2016) gilt vereinbart:

[...]

Artikel 3

Was versteht man unter 'Dauernder Invalidität'?

Wie wird der Invaliditätsgrad bemessen?

1. Dauernde Invalidität (DI) liegt vor, wenn die versicherte Person durch den Unfall auf Lebenszeit in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt ist.

Der Eintritt dauernder Invalidität ist notwendige Voraussetzung für Zahlungen aus den Leistungsarten Unfallkapital, 'Zusatzkapital' und 'Unfallrente'.

[...]

3. [...] Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten zur Bemessung des Invaliditätsgrades ausschließlich, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, die folgenden Bewertungsgrundlagen (Gliedertaxe):

[...]

eines Beines	70 %
--------------	------

[...].

4. Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

[...].

6. War die Funktion der betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird vom Invaliditätsgrad der Grad der Vorinvalidität abgezogen.“

[7] Am 11. 9. 2019 rutschte der Kläger im Urlaub beim Laufen auf einer nassen, leicht erhöhten Poolumrandung aus und verdrehte sich dabei sein linkes Kniegelenk. Dadurch erlitt er eine Zerrung des linken Kniegelenks mit lappenförmigem Einriss des inneren Meniskushinterhorns bei vorgeschädigtem Meniskus sowie arthrotisch veränderten Gelenkflächen des inneren linken Kniegelenkskompartements. Beim Kläger trat dadurch eine dauernde Invalidität im Ausmaß von 2 % des Beinwerts auf. Der Mitwirkungsanteil der durch die bereits vor dem Unfall bestehende Beinachsenfehlstellung und die daraus resultierende Überbelastung des inneren Kniegelenkskompartements und der wiederum daraus folgende Knorpelschaden sowie die bestehende Arthrose beträgt 75 %.

[8] Am 16. 5. 2020 rutschte der Kläger, als er mit Flip-Flops rasch und mehrere Stufen auf einmal steigend eine Kellerstiege nach oben ging, mit dem linken Fuß von einer Stufe ab, verlagerte sein Gewicht dadurch nach vorne und kam zu Sturz. Durch dieses Ereignis trat bei ihm keine dauernde Invalidität ein, weil er lediglich eine fragliche Zerrung des linken Kniegelenks erlitten hatte.

[9] Im Rahmen eines stationären Aufenthalts von Mitte Mai bis Anfang Juni 2021 erhielt der Kläger eine Knie-totalendoprothese links implantiert. Die alleinige Ursache für die Implantation war seine Beinachsenfehlstellung und die dadurch bedingte Arthroseentwicklung und Kniegelenksschädigung. Ein Zusammenhang dieser Operation mit den Ereignissen vom 11. 9. 2019 und 16. 5. 2020 ist auszuschließen.

[10] Anfang Februar 2022 schrieb die Beklagte an den Kläger:

„[...] für den Vorfall vom 11. September 2019 gelten die AUVB 2016.

[Ein genannter Sachverständiger] hat festgestellt, dass aufgrund des Vorfalles keine Invalidität verblieben ist.

Wir haben für [den Kläger] im November 2019 die garantierte Sofortauszahlung in der Höhe von 4.000,00 Euro überwiesen.

Da wir die Leistung für den 2%igen Invaliditätsgrad erbracht haben, fordern wir die Pauschalleistung von 4.000,00 Euro zurück.

Bitte überweisen Sie diesen Betrag innerhalb der nächsten 4 Wochen an uns.“

[11] Der Kläger begehrt für den Unfall vom 11. 9. 2019 eine restliche Leistung von 10.000 EUR, weil bei ihm eine dauernde Invalidität von mindestens 10 % des Beinwerts eingetreten sei. Unter Berücksichtigung der Gliedertaxe und des Unfallkapitals ergebe sich eine Invaliditätsentschädigung von 14.000 EUR, worauf die Beklagte bereits die garantierte Sofortzahlung von 4.000 EUR geleistet habe. Für den Unfall vom 16. 5. 2020 begehrt er eine weitere Invaliditätsentschädigung von 7.084 EUR. Auch stehe ihm ab einem stationären Krankenhausaufenthalt von 16 Tagen ein Genesungsgeld von 10.120 EUR zu. Vor den beiden Unfällen hätten keine Erkrankungen oder sonstigen Gebrechen bestanden, die über das alterstypische Ausmaß hinausgegangen und/oder durch den Sturz oder auf der Kellertreppe aktiviert worden seien. Ein allfälliger Mitwirkungsanteil vorbestehender Erkrankungen oder Gebrechen liege unter 30 %. Die Invaliditätsentschädigung der Beklagten setze bedingungsgemäß keinen konkreten Mindestinvaliditätsgrad voraus. Allein daraus ergebe sich, dass eine Leistungspflicht auch bei einem unfallkausalen Invaliditätsgrad von unter 1 % bestehe. Sowohl im Antrag als auch in der Polizze werde konkret auf den vom Sachverständigen festgestellten Invaliditätsgrad abgestellt. Erst dann werde die Leistung aus dem festgestellten Invaliditätsgrad um jenen Anteil gekürzt, der auf unfallfremde Faktoren zurückzuführen sei. Das Feststellungsinteresse ergebe sich daraus, dass die Beklagte zu Unrecht die garantierte Sofortauszahlung von 4.000 EUR zurückfordere; er leide an einer unfallkausalen Invalidität und es liege kein Mitwirkungsanteil von Gebrechen oder Krankheiten über 30 % vor.

[12] Die Beklagte wendete ein, durch keinen der behaupteten Vorfälle sei beim Kläger eine dauernde Invalidität eingetreten. Der gerichtliche Sachverständige sei zu einem Mitwirkungsanteil von 75 % gelangt, sodass sich für den Unfall vom 11. 9. 2019 bei einer Dauerinvalidität von 2 % des Beinwerts eine Dauerinvalidität von 0,35 % ergebe. Ihre Leistungspflicht bei einem Freizeitunfall liege aber erst ab einer festgestellten Dauerinvalidität von 1 % vor. Da die Operation der Knie-totalendoprothese auf eine schicksalshafte Folge der O-Bein-Abnützung am linken Kniegelenk zurückzuführen sei, habe der Kläger auch keinen Anspruch auf das begehrte Genesungsgeld. Sie habe den bereits geleisteten Betrag von 4.000 EUR zu Recht zurückverlangt, weshalb auch das Feststellungsbegehren nicht gerechtfertigt sei.

[13] Das Erstgericht wies die Klagebegehren ab. Beide Vorfälle erfüllten den bedingungsgemäßen Unfallbegriff. Für den Unfall vom 11. 9. 2019 sei bei einer Dauerinvalidität von [richtig] 0,5 % (2 % abzüglich des Mitwirkungsanteils von 75 %) des Beinwerts von 70 % nur ein Anteil von 0,35 % unfallkausal. Da die Versicherungsbedingungen einen Schwellenwert von 1 % unfallbedingter Dauerinvalidität normierten, um überhaupt eine Leistungspflicht der Beklagten aus dem Titel unfallbedingter Dauerinvalidität auszulösen, jene des Klägers aber unter einem Wert von 1 % liege, gebühre ihm keine Versicherungsleistung. Er habe daher aus diesem Unfall keinen Leistungsanspruch gegen die Beklagte aus dem Titel unfallbedingter Dauerinvalidität. Aufgrund des zweiten Unfalls bestehe ebenfalls kein Anspruch. Der Kläger könne auch kein Genesungsgeld fordern, weil sämtliche stationären Krankenhausaufenthalte nur im Zusammenhang mit der unfallfremden Implantation der Knie-totalendoprothese stünden. Der Kläger habe sein Feststellungsinteresse aus der Behauptung eines Verzichts der Beklagten auf diese Rückforderung abgeleitet. Diesen Beweis habe er nicht angetreten, sodass das Feststellungsbegehren bereits aus diesem Grund abzuweisen sei.

[14] Das Berufungsgericht gab der Berufung des Klägers nicht Folge. Rechtlich führte es aus, Art 11.2. AUVB 2016 beinhalte eine Regelung zur Leistungskürzung bei mitwirkenden Ursachen. Der durchschnittliche Versicherungsnehmer verstehe diese Regelung so, dass unfallfremde Krankheiten oder Gebrechen zu einer Kürzung seines Anspruchs oder zum Abzug von der Gesamtinvalidität führten. Dem Kläger sei darin beizupflichten, dass sich nach dem Wortlaut der Klausel UVCP0001 – ohne Berücksichtigung des Zwecks von Art 11.2. AUVB 2016 und des Verständnisses des durchschnittlichen Versicherungsnehmers – die Versicherungsleistung durch Multiplikation des

ärztlich festgestellten Grades der dauernden Invalidität mit der für diesen Invaliditätsgrad festgelegten Versicherungssumme errechne und Art 11 AUVB 2016 an „die Leistung – und nicht an den Grad der dauernden Invalidität – anknüpft“. Unter Berücksichtigung des erkennbaren Zwecks von Art 11 AUVB 2016, wonach der Versicherer nur für die Folgen einzutreten habe, für die der Unfall allein kausal sei und, dass ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer diese Regelung so verstehe, dass unfallfremde Krankheiten oder Gebrechen grundsätzlich zu seinen Lasten gingen, sei zunächst vom festgestellten Grad der dauernden Invalidität in Höhe von 2 % der Mitwirkungsanteil in Abschlag zu bringen, sodass man zu einer unfallkausalen dauernden Invalidität von 0,5 % gelange. Da die vereinbarten Versicherungsbedingungen einen Schwellenwert von 1 % dauernder Invalidität festlegten, wonach nach dem Gesamtverständnis der Versicherungsbedingungen wiederum nur ein unfallkausaler Grad der dauernden Invalidität zu berücksichtigen sei, der Kläger jedoch aufgrund seines Mitwirkungsanteils von 75 % diesen Schwellenwert nicht erreiche, sei das Klagebegehren abzuweisen. Argumente, warum der 1%-ige Schwellenwert nicht gelten sollte, bringe der Kläger nicht vor. Auch zur Abweisung des Feststellungsbegehrens enthalte die Berufung keine Ausführungen. [14] Das Berufungsgericht gab der Berufung des Klägers nicht Folge. Rechtlich führte es aus, Artikel 11 Punkt 2, AUVB 2016 beinhalte eine Regelung zur Leistungskürzung bei mitwirkenden Ursachen. Der durchschnittliche Versicherungsnehmer verstehe diese Regelung so, dass unfallfremde Krankheiten oder Gebrechen zu einer Kürzung seines Anspruchs oder zum Abzug von der Gesamtinvalidität führten. Dem Kläger sei darin beizupflichten, dass sich nach dem Wortlaut der Klausel UVCP0001 – ohne Berücksichtigung des Zwecks von Artikel 11 Punkt 2, AUVB 2016 und des Verständnisses des durchschnittlichen Versicherungsnehmers – die Versicherungsleistung durch Multiplikation des ärztlich festgestellten Grades der dauernden Invalidität mit der für diesen Invaliditätsgrad festgelegten Versicherungssumme errechne und Artikel 11, AUVB 2016 an „die Leistung – und nicht an den Grad der dauernden Invalidität – anknüpft“. Unter Berücksichtigung des erkennbaren Zwecks von Artikel 11, AUVB 2016, wonach der Versicherer nur für die Folgen einzutreten habe, für die der Unfall allein kausal sei und, dass ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer diese Regelung so verstehe, dass unfallfremde Krankheiten oder Gebrechen grundsätzlich zu seinen Lasten gingen, sei zunächst vom festgestellten Grad der dauernden Invalidität in Höhe von 2 % der Mitwirkungsanteil in Abschlag zu bringen, sodass man zu einer unfallkausalen dauernden Invalidität von 0,5 % gelange. Da die vereinbarten Versicherungsbedingungen einen Schwellenwert von 1 % dauernder Invalidität festlegten, wonach nach dem Gesamtverständnis der Versicherungsbedingungen wiederum nur ein unfallkausaler Grad der dauernden Invalidität zu berücksichtigen sei, der Kläger jedoch aufgrund seines Mitwirkungsanteils von 75 % diesen Schwellenwert nicht erreiche, sei das Klagebegehren abzuweisen. Argumente, warum der 1%-ige Schwellenwert nicht gelten sollte, bringe der Kläger nicht vor. Auch zur Abweisung des Feststellungsbegehrens enthalte die Berufung keine Ausführungen.

[15] Das Berufungsgericht sprach aus, „der Wert des Entscheidungsgegenstands übersteigt 30.000 EUR“, und erklärte die ordentliche Revision für zulässig, weil bei einem vereinbarten unteren Schwellenwert der dauernden Invalidität in Höhe von 1 % zur Frage, ob angesichts der Bedingung der Leistungskürzung bei mitwirkenden Ursachen (Art 11 AUVB 2016) der festgestellte Grad der dauernden Invalidität zuerst um den unfallfremden Anteil zu kürzen sei, oder der Mitwirkungsanteil bei der Beurteilung, ob der Schwellenwert erreicht worden sei, noch nicht zu berücksichtigen sei, keine oberstgerichtliche Rechtsprechung vorliege. [15] Das Berufungsgericht sprach aus, „der Wert des Entscheidungsgegenstands übersteigt 30.000 EUR“, und erklärte die ordentliche Revision für zulässig, weil bei einem vereinbarten unteren Schwellenwert der dauernden Invalidität in Höhe von 1 % zur Frage, ob angesichts der Bedingung der Leistungskürzung bei mitwirkenden Ursachen (Artikel 11, AUVB 2016) der festgestellte Grad der dauernden Invalidität zuerst um den unfallfremden Anteil zu kürzen sei, oder der Mitwirkungsanteil bei der Beurteilung, ob der Schwellenwert erreicht worden sei, noch nicht zu berücksichtigen sei, keine oberstgerichtliche Rechtsprechung vorliege.

[16] Dagegen richtet sich die Revision des Klägers wegen Mangelhaftigkeit des Verfahrens und unrichtiger rechtlicher Beurteilung mit dem Begehren, den Klagebegehren stattzugeben. Hilfsweise wird ein Aufhebungsantrag gestellt.

[17] Die Beklagte beantragt in ihrer Revisionsbeantwortung die Zurückweisung des Rechtsmittels des Klägers, hilfsweise ihm nicht Folge zu geben.

Rechtliche Beurteilung

[18] Die Revision ist aus dem vom Berufungsgericht genannten Grundzulässig, sie ist aber nicht berechtigt.

[19] 1.1. Angebliche Verfahrensmängel erster Instanz, die – wie hier – vom Gericht zweiter Instanz nicht als solche erkannt worden sind, können nach ständiger Rechtsprechung in dritter Instanz nicht mehr geltend gemacht werden (RS0042963; RS0106371).

[20] 1.2. Die Frage, ob ein Sachverständigengutachten den Feststellungen zugrunde gelegt werden kann oder wegen seiner Unvollständigkeit oder Widersprüchlichkeit ein weiteres Gutachten eingeholt werden muss, ist eine Frage der Beweiswürdigung und als Tatfrage nicht revisibel (RS0043163; RS0043320 [T21]; RS0113643 [T7]). Die Rechtsmittelbeschränkung kann auch nicht dadurch umgangen werden, dass ein unerwünschtes Ergebnis der Behandlung der Beweisrüge als Mangel des Berufungsverfahrens releviert wird (RS0043371 [T28]).

[21] 1.3. Die Entscheidung des Berufungsgerichts über eine Mängel- oder Beweisrüge ist mangelfrei, wenn es sich mit diesen befasst, das Verfahren des Erstgerichts überprüft und nachvollziehbare Überlegungen über die Beweiswürdigung anstellt und in seinem Urteil festhält (RS0043144; RS0043150). Das ist hier erfolgt.

[22] 2. Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) sind nach den Grundsätzen der Vertragsauslegung (§§ 914 ff ABGB) auszulegen, und zwar orientiert am Maßstab des durchschnittlich verständigen Versicherungsnehmers und stets unter Berücksichtigung des erkennbaren Zwecks einer Bestimmung (RS0050063 [T71]; RS0112256 [T10]; RS0017960). Die Klauseln sind, wenn sie nicht Gegenstand oder Ergebnis von Vertragsverhandlungen waren, objektiv unter Beschränkung auf den Wortlaut auszulegen; dabei ist der einem objektiven Betrachter erkennbare Zweck einer Bestimmung zu berücksichtigen (RS0008901 [insb T5, T7, T87]). Unklarheiten gehen zu Lasten der Partei, von der die Formulare stammen, das heißt im Regelfall zu Lasten des Versicherers (RS0050063 [T3]). [22] 2. Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) sind nach den Grundsätzen der Vertragsauslegung (Paragraphen 914, ff ABGB) auszulegen, und zwar orientiert am Maßstab des durchschnittlich verständigen Versicherungsnehmers und stets unter Berücksichtigung des erkennbaren Zwecks einer Bestimmung (RS0050063 [T71]; RS0112256 [T10]; RS0017960). Die Klauseln sind, wenn sie nicht Gegenstand oder Ergebnis von Vertragsverhandlungen waren, objektiv unter Beschränkung auf den Wortlaut auszulegen; dabei ist der einem objektiven Betrachter erkennbare Zweck einer Bestimmung zu berücksichtigen (RS0008901 [insb T5, T7, T87]). Unklarheiten gehen zu Lasten der Partei, von der die Formulare stammen, das heißt im Regelfall zu Lasten des Versicherers (RS0050063 [T3]).

3. Dauernde Invalidität

[23] 3.1. Dauernde Invalidität ist der gänzliche oder teilweise Verlust von Körperteilen oder Organen und/oder die Einschränkung der körperlichen, organischen oder geistigen Funktionsfähigkeit (7 Ob 191/15m mwN). Für den Fall einer dauernden Invalidität hat der Versicherer die sich aus der Versicherungssumme und dem Grad der Invalidität zu berechnende Versicherungsleistung zu erbringen.

[24] 3.2. Die zwischen den Streitteilen in Art 3.3. EUVBP 2016 vereinbarte Gliedertaxe bestimmt nach einem abstrakten und generellen Maßstab für eine Vielzahl von Gliedmaßen und körperlichen Funktionen feste Invaliditätsgrade bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit der mit ihnen benannten Glieder (hier Beinwert 70 %). Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Funktions- oder Gebrauchsunfähigkeit wird der entsprechende Teil des Prozentsatzes angenommen (Art 3.4. EUVBP 2016). Die Funktions- oder Gebrauchsunfähigkeit eines Gliedes wird üblicherweise in Bruchteilen der vollen Gebrauchsunfähigkeit ausgedrückt. Der in der Gliedertaxe vorgesehene Prozentsatz wird entsprechend dieses Bruchteils vermindert (7 Ob 82/13d; 7 Ob 191/15m; 7 Ob 124/23w, jeweils mwN). [24] 3.2. Die zwischen den Streitteilen in Artikel 3 Punkt 3, EUVBP 2016 vereinbarte Gliedertaxe bestimmt nach einem abstrakten und generellen Maßstab für eine Vielzahl von Gliedmaßen und körperlichen Funktionen feste Invaliditätsgrade bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit der mit ihnen benannten Glieder (hier Beinwert 70 %). Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Funktions- oder Gebrauchsunfähigkeit wird der entsprechende Teil des Prozentsatzes angenommen (Artikel 3 Punkt 4, EUVBP 2016). Die Funktions- oder Gebrauchsunfähigkeit eines Gliedes wird üblicherweise in Bruchteilen der vollen Gebrauchsunfähigkeit ausgedrückt. Der in der Gliedertaxe vorgesehene Prozentsatz wird entsprechend dieses Bruchteils vermindert (7 Ob 82/13d; 7 Ob 191/15m; 7 Ob 124/23w, jeweils mwN).

4. Kürzung bei unfallfremdem Mitwirkungsanteil

[25] 4.1. Art 11.2. AUVB 2016 enthält eine Regelung zur Leistungskürzung bei mitwirkenden Ursachen. Haben Krankheiten oder Gebrechen, die schon vor dem Unfall bestanden, bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, ist im Fall der Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,

ansonsten die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu vermindern. [25] 4.1. Artikel 11 Punkt 2, AUVB 2016 enthält eine Regelung zur Leistungskürzung bei mitwirkenden Ursachen. Haben Krankheiten oder Gebrechen, die schon vor dem Unfall bestanden, bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, ist im Fall der Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades, ansonsten die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu vermindern.

[26] 4.2. Abgestellt wird allein auf die Mitwirkung der Krankheiten oder Gebrechen auf die Unfallfolgen, nicht darauf, ob beim Unfallereignis selbst Vorerkrankungen mitgewirkt haben (7 Ob 103/15w [zu Art 18.3. AUVB 2005]). [26] 4.2. Abgestellt wird allein auf die Mitwirkung der Krankheiten oder Gebrechen auf die Unfallfolgen, nicht darauf, ob beim Unfallereignis selbst Vorerkrankungen mitgewirkt haben (7 Ob 103/15w [zu Artikel 18 Punkt 3, AUVB 2005]).

[27] 4.3. Art 11.2. AUVB 2016 sieht eine sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes insofern vor, als eine Versicherungsleistung nur für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen zu erbringen ist, der Versicherer also nur für die Folgen einzutreten hat, für die der Unfall (allein) kausal ist (RS0119520 [T1]). Der durchschnittliche Versicherungsnehmer versteht diese Regelung so, dass unfallfremde Krankheiten oder Gebrechen grundsätzlich zu seinen Lasten gehen, nämlich zu einer Kürzung des Anspruchs oder einem Abzug von der Gesamtinvalidität führen (7 Ob 103/15w mwN [zu Art 18.3. AUVB 2005]). Aus der Klausel folgt für den Versicherungsnehmer klar, dass der Unfallversicherer keinen Versicherungsschutz für unfallfremde Ursachen von Gesundheitsschädigungen wie Krankheiten oder konstitutionell oder schicksalhaft bedingte gesundheitliche Anomalien bietet (7 Ob 3/24b). [27] 4.3. Artikel 11 Punkt 2, AUVB 2016 sieht eine sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes insofern vor, als eine Versicherungsleistung nur für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen zu erbringen ist, der Versicherer also nur für die Folgen einzutreten hat, für die der Unfall (allein) kausal ist (RS0119520 [T1]). Der durchschnittliche Versicherungsnehmer versteht diese Regelung so, dass unfallfremde Krankheiten oder Gebrechen grundsätzlich zu seinen Lasten gehen, nämlich zu einer Kürzung des Anspruchs oder einem Abzug von der Gesamtinvalidität führen (7 Ob 103/15w mwN [zu Artikel 18 Punkt 3, AUVB 2005]). Aus der Klausel folgt für den Versicherungsnehmer klar, dass der Unfallversicherer keinen Versicherungsschutz für unfallfremde Ursachen von Gesundheitsschädigungen wie Krankheiten oder konstitutionell oder schicksalhaft bedingte gesundheitliche Anomalien bietet (7 Ob 3/24b).

[28] 4.4. Die Einschränkung der Deckungspflicht (nur) auf unmittelbar durch den Unfall herbeigeführte Folgen ist vom durchschnittlichen Versicherungsnehmer zu erwarten, sodass keine Sittenwidrigkeit im Sinn des § 879 ABGB vorliegt (7 Ob 192/11b). [28] 4.4. Die Einschränkung der Deckungspflicht (nur) auf unmittelbar durch den Unfall herbeigeführte Folgen ist vom durchschnittlichen Versicherungsnehmer zu erwarten, sodass keine Sittenwidrigkeit im Sinn des Paragraph 879, ABGB vorliegt (7 Ob 192/11b).

[29] 5. Unfallkapital steht erst ab Erreichen des Schwellenwerts von 1 % zu:

[30] 5.1. Der Unfallversicherungsvertrag sieht für die Leistungsart „Unfallkapital“ gestaffelte Versicherungsleistungen vor. Bei einem ärztlich festgestellten Grad der dauernden Invalidität von 1 bis 19 % und einer Versicherungssumme von 200.000 EUR beträgt die Leistung zwischen 2.000 und 38.000 EUR. Da unter dem Schwellenwert von 1 % keine Versicherungsleistung genannt wird, hat der beklagte Unfallversicherer unter diesem Grad der dauernden Invalidität auch kein „Unfallkapital“ zu leisten. Dies ergibt sich eindeutig daraus, dass die Berechnung der Versicherungsleistung erst ab dem Grad der dauernden Invalidität von 1 % beginnt, und für den Versicherungsnehmer daraus erkennbar ist, dass unter dieser Schwelle vom Versicherer keine Versicherungsleistung erbracht wird.

[31] 5.2. Nach der Bedingung „Unfallkapital UVCP0001“ errechnet sich die Versicherungsleistung durch Multiplikation des ärztlich festgestellten Grades der dauernden Invalidität mit der für diesen Invaliditätsgrad festgelegten Versicherungssumme.

[32] Zunächst ist im gegenständlichen Fall der Invaliditätsgrad anhand der vereinbarten Gliedertaxe nach Art 3.3. und Art 3.4. EUVBP 2016 zu ermitteln (siehe oben Punkt 3.2.). [32] Zunächst ist im gegenständlichen Fall der Invaliditätsgrad anhand der vereinbarten Gliedertaxe nach Artikel 3 Punkt 3, und Artikel 3 Punkt 4, EUVBP 2016 zu ermitteln (siehe oben Punkt 3.2.).

[33] Beim Zusammentreffen mit einem unfallfremden Mitwirkungsanteil mindert sich – wie dargelegt – nach

Art 11.2. AUVB 2016 der Prozentsatz des (durch eine allfällige Vorinvalidität „bereinigten“; Art 3.6. EUVBP 2016) Invaliditätsgrades entsprechend des unfallfremden Mitwirkungsanteils (Kloth, Private Unfallversicherung2 [2014] G. Die Invaliditätsleistung Rn 257 [zur inhaltsähnlichen Z 3 der deutschen AUVB 2010/2008/99] mwN). Diese Auslegung wird auch durch Punkt 2.b) der Bedingung UVCP0001 bestätigt, wonach ein Sachverständiger bei der Beurteilung der Unfallfolgen Art 11.2. AUVB 2016 (Verminderung des Invaliditätsgrades aufgrund von Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen) zu berücksichtigen hat. Damit folgt für den Versicherungsnehmer klar, dass auch Punkt 1. UVCP0001 vom ärztlich festgestellten Grad der dauernden Invalidität ausgeht, der den bestehenden „Vorzustand“ der versicherten Person berücksichtigt, wenn bei ihr bereits vorhandene Krankheiten oder Gebrechen die Unfallfolgen beeinflussten (RS0119520). [33] Beim Zusammentreffen mit einem unfallfremden Mitwirkungsanteil mindert sich – wie dargelegt – nach Artikel 11 Punkt 2, AUVB 2016 der Prozentsatz des (durch eine allfällige Vorinvalidität „bereinigten“; Artikel 3 Punkt 6, EUVBP 2016) Invaliditätsgrades entsprechend des unfallfremden Mitwirkungsanteils (Kloth, Private Unfallversicherung2 [2014] G. Die Invaliditätsleistung Rn 257 [zur inhaltsähnlichen Ziffer 3, der deutschen AUVB 2010/2008/99] mwN). Diese Auslegung wird auch durch Punkt 2.b) der Bedingung UVCP0001 bestätigt, wonach ein Sachverständiger bei der Beurteilung der Unfallfolgen Artikel 11 Punkt 2, AUVB 2016 (Verminderung des Invaliditätsgrades aufgrund von Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen) zu berücksichtigen hat. Damit folgt für den Versicherungsnehmer klar, dass auch Punkt 1. UVCP0001 vom ärztlich festgestellten Grad der dauernden Invalidität ausgeht, der den bestehenden „Vorzustand“ der versicherten Person berücksichtigt, wenn bei ihr bereits vorhandene Krankheiten oder Gebrechen die Unfallfolgen beeinflussten (RS0119520).

[34] 5.3. Der Kläger erlitt beim Unfall vom 11. 9. 2019 einen Invaliditätsgrad im Ausmaß von 2 % des Beinwerts von 70 % (Art 3.3. iVm Art 3.4. EUVBP 2016). Zu berücksichtigen ist weiters nach Art 11.2. AUVB 2016 der Mitwirkungsanteil von 75 % durch die bestehende Beinachsenfehlstellung und die daraus resultierende Überbelastung des inneren Kniegelenkskompartements und der wiederum daraus folgende Knorpelschaden sowie die bestehende Arthrose. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad ergibt sich durch Kürzung um diesen Mitwirkungsanteil. [34] 5.3. Der Kläger erlitt beim Unfall vom 11. 9. 2019 einen Invaliditätsgrad im Ausmaß von 2 % des Beinwerts von 70 % (Artikel 3 Punkt 3, in Verbindung mit Artikel 3 Punkt 4, EUVBP 2016). Zu berücksichtigen ist weiters nach Artikel 11 Punkt 2, AUVB 2016 der Mitwirkungsanteil von 75 % durch die bestehende Beinachsenfehlstellung und die daraus resultierende Überbelastung des inneren Kniegelenkskompartements und der wiederum daraus folgende Knorpelschaden sowie die bestehende Arthrose. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad ergibt sich durch Kürzung um diesen Mitwirkungsanteil.

[35] Der für die Leistungsart „Unfallkapital“ maßgebliche ärztlich festgestellte Grad der dauernden Invalidität beträgt daher 0,35 % (2 % des Beinwerts von 70 % abzüglich des Mitwirkungsanteils von 75 %). Da die dauernde Invalidität unter 1 % liegt, steht dem Kläger für diesen Unfall die begehrte Versicherungsleistung nicht zu.

[36] 6. Zur Invaliditätsentschädigung für den Unfall vom 16. 5. 2020 (von 7.084 EUR sA), zum Genesungsgeld für den stationären Krankenhausaufenthalt (von 10.120 EUR sA) und zum Feststellungsbegehren enthält die Revision keine Rechtsausführungen, sodass darauf nicht einzugehen ist.

[37] 7. Der Revision ist daher nicht Folge zu geben.

[38] 8. Die Kostenentscheidung beruht auf § 41 und § 50 ZPO. [38] 8. Die Kostenentscheidung beruht auf Paragraph 41 und Paragraph 50, ZPO.

Textnummer

E143368

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:OGH0002:2024:0070OB00201.24W.1218.000

Im RIS seit

29.01.2025

Zuletzt aktualisiert am

30.01.2025

© 2026 JUSLINE

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

www.jusline.at