

TE OGH 2019/8/28 7Ob42/19f

JUSLINE Entscheidung

🕒 Veröffentlicht am 28.08.2019

Kopf

Der Oberste Gerichtshof hat als Revisionsgericht durch die Senatspräsidentin Dr. Kalivoda als Vorsitzende und die Hofrätinnen und Hofräte Hon.-Prof. Dr. Höllwerth, Dr. Solé, Mag. Malesich und MMag. Matzka als weitere Richter in der Rechtssache der klagenden Partei R***** K*****, vertreten durch Dr. Leonhard Ogris, Rechtsanwalt in Deutschlandsberg, gegen die beklagte Partei U***** AG, *****, vertreten durch Lippitsch.Neumann.Hammerschlag Rechtsanwälte GmbH in Graz, wegen 6.000 EUR sA, über die Revision der beklagten Partei gegen das Urteil des Landesgerichts für Zivilrechtssachen Graz als Berufungsgericht vom 27. November 2018, GZ 6 R 101/18v-38, mit dem das Urteil des Bezirksgerichts Graz-Ost vom 3. April 2018, GZ 203 C 206/17v-30, teilweise bestätigt, teilweise abgeändert und berichtigt wurde, zu Recht erkannt:

Spruch

Der Revision wird nicht Folge gegeben.

Die beklagte Partei ist schuldig, der klagenden Partei binnen 14 Tagen die mit 626,52 EUR (darin 104,42 EUR an Umsatzsteuer) bestimmten Kosten der Revisionsbeantwortung zu ersetzen.

Text

Entscheidungsgründe:

Der Kläger hat bei der Beklagten eine Familienunfallversicherung (Versicherungssumme 200.000 EUR) abgeschlossen. Diesem Versicherungsvertrag liegen ua die Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung (AUVB 2013) sowie die „Unfall Sofort Leistung – Klausel 698“ zugrunde.

Die AUVB 2013 lauten auszugsweise:

„...“

Artikel 6

Begriff des Unfalles

1. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

...

Versicherungsleistungen

Artikel 7

Dauernde Invalidität

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

1. Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

Die Invalidität ist innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten. ...

...

Artikel 13

Fälligkeit der Leistung des Versicherers

und Verjährung

...

2. Steht die Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach fest, ist die Leistung fällig.

...

Begrenzungen des

Versicherungsschutzes

...

Artikel 16

Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

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

Darüber hinaus gilt:

...

2. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung – insbesondere solche Verletzungen, die durch krankhaft abnützungsbedingte Einflüsse verursacht oder mitverursacht worden sind – 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 25 % beträgt. ...2. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung, – insbesondere solche Verletzungen, die durch krankhaft abnützungsbedingte Einflüsse verursacht oder mitverursacht worden sind – 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 25 % beträgt. ...

...“

Die „Unfall Sofort Leistung – Klausel 698“ lautet:

„Nach einem unfallbedingten, ununterbrochenen, stationären Spitalaufenthalt von mindestens 5 Tagen, werden 3 % der versicherten Summe für dauernde Invalidität (Standardschutz ab 0 %) als Vorschuss auf eine eventuelle Invaliditätsleistung zur Auszahlung gebracht [...]. Sollte keine dauernde Invalidität aus dem Unfall festgestellt werden, muss diese Vorschussleistung nicht zurückbezahlt werden. [...]“

Der Kläger leidet an einer Zuckerkrankheit, die er vor Versicherungsabschluss im Gesundheitsfragebogen angegeben hat.

Am 22. 9. 2016 mähete der Kläger mit einer Motorsense und trat sich dabei einen Nagel ein. Er zog den Nagel heraus, desinfizierte die Wunde und verband sie. Als die Wunde nicht heilte, suchte er am 28. 9. 2016 seinen Hausarzt auf, bei dem er sich jeden zweiten Tag die Wunde versorgen ließ. Nachdem der Kläger dann allerdings Fieber bekam, wies ihn der Hausarzt wegen einer eingetretenen Sepsis ins Krankenhaus ein, wo er von 7. 10. 2016 bis 25. 10. 2016 stationär aufgenommen wurde. Die verletzungskausalen Folgen machten einen stationären Aufenthalt des Klägers mit antibiotischen Infusionen über fünf Tage erforderlich. Hätte sich der Kläger die Verletzung am 22. 9. 2016 nicht

zugezogen, wäre aufgrund seiner übrigen Erkrankungen zu diesem Zeitpunkt ein stationärer Aufenthalt nicht notwendig gewesen. Der prozentuelle Anteil der Vorerkrankungen des Klägers an der Gesundheitsschädigung lag bei 60 %.

Der Kläger begehrte von der Beklagten aufgrund seines unfallbedingten Spitalaufenthalts gestützt auf die „Unfall Sofort Leistung-Klausel 698“ die Zahlung von 6.000 EUR (= 3 % der Versicherungssumme von 200.000 EUR) sA.

Die Beklagte beantragte die Abweisung des Klagebegehrens und wandte – soweit noch wesentlich – ein, dass die „Unfall Sofort Leistung“ nur ein Vorschuss auf eine eventuelle Leistung bei dauernder Invalidität sei, eine solche beim Kläger aber unfallbedingt nicht vorliege. Falls dem Grunde nach doch ein Anspruch bestünde, sei dieser wegen der Vorerkrankung des Klägers gemäß Art 16.2. AUVB 2013 um deren Mitwirkungsanteil von 60 % zu kürzen. Die Beklagte beantragte die Abweisung des Klagebegehrens und wandte – soweit noch wesentlich – ein, dass die „Unfall Sofort Leistung“ nur ein Vorschuss auf eine eventuelle Leistung bei dauernder Invalidität sei, eine solche beim Kläger aber unfallbedingt nicht vorliege. Falls dem Grunde nach doch ein Anspruch bestünde, sei dieser wegen der Vorerkrankung des Klägers gemäß Artikel 16 Punkt 2, AUVB 2013 um deren Mitwirkungsanteil von 60 % zu kürzen.

Das Erstgericht verpflichtete die Beklagte zur Zahlung von 2.400 EUR sA und wies das Mehrbegehren von 3.600 EUR sA ab. Es führte rechtlich aus, dass dem Kläger infolge seines Spitalaufenthalts sowie gemäß Art 16.2. AUVB 2013 unter Berücksichtigung seiner Vorerkrankung 40 % der „Unfall Sofort Leistung“ zustünden. Das Erstgericht verpflichtete die Beklagte zur Zahlung von 2.400 EUR sA und wies das Mehrbegehren von 3.600 EUR sA ab. Es führte rechtlich aus, dass dem Kläger infolge seines Spitalaufenthalts sowie gemäß Artikel 16 Punkt 2, AUVB 2013 unter Berücksichtigung seiner Vorerkrankung 40 % der „Unfall Sofort Leistung“ zustünden.

Das Berufungsgericht gab der Berufung der Beklagten in der Hauptsache nicht, jener des Klägers dagegen Folge und verpflichtete die Beklagte zur Zahlung von 6.000 EUR sA. Es vertrat die Rechtsansicht, dass die Klausel 698 – entgegen der Ansicht der Beklagten – nicht von einer späteren Invaliditätsleistung abhängig sei und auch keinen Verweis auf die sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes gemäß Artikel 16.2. AUVB 2013 enthalte, weshalb die Frage, in welchem Ausmaß Vorerkrankungen des Klägers für den stationären Spitalaufenthalt ursächlich gewesen seien, rechtlich keine Bedeutung habe. Die Beklagte sei daher zur Zahlung von 6.000 EUR sA verpflichtet.

Das Berufungsgericht sprach – infolge Abänderungsantrags der Beklagten – aus, dass die ordentliche Revision zulässig sei, weil höchstgerichtliche Rechtsprechung zur strittigen, auslegungsbedürftigen und über den Einzelfall hinaus relevanten Klausel 698 fehle.

Gegen die Entscheidung des Berufungsgerichts richtet sich die Revision der Beklagten wegen unrichtiger rechtlicher Beurteilung mit dem Antrag auf Abänderung im Sinn der Klageabweisung. Hilfsweise stellt die Beklagte auch einen Aufhebungsantrag.

Der Kläger erstattete eine Revisionsbeantwortung mit dem Antrag, die Revision der Beklagten zurückzuweisen, hilfsweise dieser keine Folge zu geben.

Die Revision ist aus dem vom Berufungsgericht genannten Grund zulässig; sie ist aber nicht berechtigt.

Rechtliche Beurteilung

1. Vorauszuschicken ist, dass die Beklagte die in den Vorinstanzen noch relevierten Obliegenheitsverletzungen in ihrer Revision nicht mehr aufgreift. Diese sind daher im Revisionsverfahren nicht mehr zu prüfen (RS0041570 [T12], RS0043573 [T40], RS0043338 [T17], RS0043352 [T31]).

2.1. Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) sind nach den Grundsätzen der Vertragsauslegung (§§ 914 f 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 und 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]). Als Ausnahmetatbestände, die die vom Versicherer übernommenen Gefahren einschränken oder ausschließen, dürfen Ausschlüsse nicht weiter ausgelegt werden, als es ihr Sinn unter Betrachtung ihres wirtschaftlichen Zwecks und der gewählten Ausdrucksweise sowie des Regelungszusammenhangs erfordert (RS0107031).

2.1. Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) sind

nach den Grundsätzen der Vertragsauslegung (Paragraphen 914, f 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 und 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]). Als Ausnahmetatbestände, die die vom Versicherer übernommenen Gefahren einschränken oder ausschließen, dürfen Ausschlüsse nicht weiter ausgelegt werden, als es ihr Sinn unter Betrachtung ihres wirtschaftlichen Zwecks und der gewählten Ausdrucksweise sowie des Regelungszusammenhangs erfordert (RS0107031).

2.2. Besondere Bedingungen haben grundsätzlich Vorrang vor AVB (RS0050063 [T11]). Laufen etwa die in den AVB enthaltenen Ausschlüsse den in den Besonderen Bedingungen enthaltenen Bestimmungen zuwider, kommt den AVB keine rechtliche Bedeutung zu (7 Ob 157/18s).

3. Der Versicherungsnehmer muss nachweisen, dass die Schäden im ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfall stehen (RS0117314). Auch ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer muss dann damit rechnen, dass eine Unfallversicherung nur die durch den Unfall hervorgerufenen Folgen deckt, was hier aus Art 16.2. AUVB 2013 folgt. Diese sachliche Begrenzung bewirkt, dass nur für solche Folgen einzutreten ist, für die der Unfall (allein) kausal ist. Der „Vorzustand“ der versicherten Person ist dann zu berücksichtigen, wenn beim Versicherungsnehmer bereits vorhandene Krankheiten oder Gebrechen die Unfallfolgen beeinflussen. Der Beweis für die Mitwirkung von Gebrechen oder Krankheiten an den Unfallfolgen trägt der Versicherer (RS0119522). 3. Der Versicherungsnehmer muss nachweisen, dass die Schäden im ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfall stehen (RS0117314). Auch ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer muss dann damit rechnen, dass eine Unfallversicherung nur die durch den Unfall hervorgerufenen Folgen deckt, was hier aus Artikel 16 Punkt 2, AUVB 2013 folgt. Diese sachliche Begrenzung bewirkt, dass nur für solche Folgen einzutreten ist, für die der Unfall (allein) kausal ist. Der „Vorzustand“ der versicherten Person ist dann zu berücksichtigen, wenn beim Versicherungsnehmer bereits vorhandene Krankheiten oder Gebrechen die Unfallfolgen beeinflussen. Der Beweis für die Mitwirkung von Gebrechen oder Krankheiten an den Unfallfolgen trägt der Versicherer (RS0119522).

4. Mit der in Art 16.2. AUVB 2013 enthaltenen Begrenzung des Versicherungsschutzes steht die „Unfall Sofort Leistung – Klausel 698“ insofern im Widerspruch, als die dort vorgesehene Leistung zunächst ausschließlich an einen „unfallbedingten, ununterbrochenen, stationären Spitalaufenthalt von mindestens 5 Tagen“ anknüpft und ausdrücklich vorgesehen ist, dass die „Vorschussleistung“ auch dann nicht zurückbezahlt werden muss, sollte „keine dauernde Invalidität aus dem Unfall festgestellt werden“. In diesem Kontext ist zu beurteilen, wie ein durchschnittlich verständiger Versicherungsnehmer diese Vertragslage im Gesamtzusammenhang versteht: 4. Mit der in Artikel 16 Punkt 2, AUVB 2013 enthaltenen Begrenzung des Versicherungsschutzes steht die „Unfall Sofort Leistung – Klausel 698“ insofern im Widerspruch, als die dort vorgesehene Leistung zunächst ausschließlich an einen „unfallbedingten, ununterbrochenen, stationären Spitalaufenthalt von mindestens 5 Tagen“ anknüpft und ausdrücklich vorgesehen ist, dass die „Vorschussleistung“ auch dann nicht zurückbezahlt werden muss, sollte „keine dauernde Invalidität aus dem Unfall festgestellt werden“. In diesem Kontext ist zu beurteilen, wie ein durchschnittlich verständiger Versicherungsnehmer diese Vertragslage im Gesamtzusammenhang versteht:

5. Das Berufungsgericht hat bereits zutreffend darauf hingewiesen, dass nach Titel, Wortlaut und erschließbarem Zweck der Klausel 698 dem Versicherungsnehmer damit eine – gemessen an der Versicherungssumme – geringe Einmalzahlung als Soforthilfe ohne detaillierte Anspruchsprüfung zukommen soll, sofern er nur einen „unfallbedingten, ununterbrochenen, stationären Spitalaufenthalt von mindestens 5 Tagen“ erleidet. Es soll dafür ausdrücklich gerade nicht darauf ankommen, ob sich später tatsächlich eine unfallbedingte Invalidität des Versicherungsnehmers herausstellt. Selbst wenn dies nicht der Fall sein sollte, so muss der Versicherungsnehmer die „Sofortleistung“ dennoch nicht zurückzahlen.

6. Aus dieser insoweit eindeutigen Vertragslage folgt zunächst, dass es sich bei der Soforthilfe nach Klausel 698 – entgegen der Ansicht der Beklagten – nicht um eine Abschlagszahlung auf dauernde Invalidität im Sinn des § 11 Abs 2 VersVG handelt, weshalb es für einen Anspruch auf eine solche Soforthilfe gerade nicht darauf ankommt, ob der Versicherungsnehmer letztlich eine Leistung infolge dauernder Invalidität erhält. 6. Aus dieser insoweit eindeutigen

Vertragslage folgt zunächst, dass es sich bei der Soforthilfe nach Klausel 698 – entgegen der Ansicht der Beklagten – nicht um eine Abschlagszahlung auf dauernde Invalidität im Sinn des Paragraph 11, Absatz 2, VersVG handelt, weshalb es für einen Anspruch auf eine solche Soforthilfe gerade nicht darauf ankommt, ob der Versicherungsnehmer letztlich eine Leistung infolge dauernder Invalidität erhält.

7. Sagt nun der Versicherer dem Versicherungsnehmer eine Soforthilfe sogar für den Fall zu, dass sich später überhaupt keine unfallbedingte Invalidität ergibt, nimmt ein durchschnittlich verständiger Versicherungsnehmer umso mehr an, dass ihm die Soforthilfe im Fall eines erwiesenen unfallbedingt anspruchsbegründenden Spitalaufenthalts auch nicht gekürzt wird, wenn die behandelte Gesundheitsschädigung zu einem gewissen Teil auf eine Vorinvalidität zurückzuführen ist. Gegenteiliges erschiene dem durchschnittlich verständigen Versicherungsnehmer als nicht plausibler Wertungswiderspruch und müsste daher vom Versicherer in der Klausel 698 zweifelsfrei und klar zum Ausdruck gebracht werden, wie dies etwa in der zu 7 Ob 192/11b beurteilten Bedingungslage der Fall war.

8. Zusammengefasst folgt:

8.1. Die Klausel 698 ist nach ihrem Titel, Wortlaut und dem erschließbaren Zweck aus der Sicht eines durchschnittlich verständigen Versicherungsnehmers dahin auszulegen, dass der Anspruch auf Soforthilfe allein einen „unfallbedingten, ununterbrochenen, stationären Spitalaufenthalt von mindestens 5 Tagen“ voraussetzt. Der Anspruch auf diese Leistung entfällt nicht, sollte keine dauernde Invalidität aus dem Unfall festgestellt werden und er wird auch nicht gekürzt, wenn die während des Spitalaufenthalts behandelte Gesundheitsschädigung zu einem gewissen Teil auf eine Vorinvalidität zurückzuführen ist.

8.2. Der Spitalaufenthalt des Klägers war nach den Feststellungen des Erstgerichts unfallbedingt erforderlich und dauerte mehr als fünf Tage. Eine Kürzung infolge Vorerkrankung des Klägers findet nicht statt. Damit steht die Leistungspflicht der Beklagten dem Grunde und der Höhe nach fest, weshalb die Leistung fällig ist. Das Berufungsgericht hat dem Klagebegehren demnach zutreffend stattgegeben, weshalb sich die Revision als nicht berechtigt erweist.

8.3. Die Kostenentscheidung beruht auf §§ 50, 41 ZPO. 8.3. Die Kostenentscheidung beruht auf Paragraphen 50, 41, ZPO.

Textnummer

E126065

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:OGH0002:2019:0070OB00042.19F.0828.000

Im RIS seit

19.09.2019

Zuletzt aktualisiert am

24.01.2020

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