

TE OGH 2016/10/13 7Ob144/16a

JUSLINE Entscheidung

🕒 Veröffentlicht am 13.10.2016

Kopf

Der Oberste Gerichtshof hat als Revisionsgericht durch die Senatspräsidentin Dr. Kalivoda als Vorsitzende und durch die Hofräte Dr. Höllwerth, Mag. Dr. Wurdinger, Mag. Malesich und Dr. Singer als weitere Richter in der Rechtssache der klagenden Partei K***** K***** D-*****, vertreten durch Dr. Klaus Plätzer, Rechtsanwalt in Salzburg, gegen die beklagte Partei Z*****-AG, *****, vertreten durch Dr. Herbert Salficky, Rechtsanwalt in Wien, wegen 6.413,75 EUR sA, über die Revision der klagenden Partei gegen das Urteil des Handelsgerichts Wien als Berufungsgericht vom 27. April 2016, GZ 1 R 71/16m-19, womit das Urteil des Bezirksgerichts für Handelssachen Wien vom 16. Februar 2016, GZ 5 C 387/15w-13, teilweise bestätigt und teilweise abgeändert wurde, zu Recht erkannt:

Spruch

Der Revision wird Folge gegeben.

Das angefochtene Urteil wird dahin abgeändert, dass es lautet:

„Die beklagte Partei ist schuldig, der klagenden Partei 6.413,75 EUR samt 4 % Zinsen seit 17. 3. 2015 binnen 14 Tagen zu zahlen.“

Die beklagte Partei ist schuldig, der klagenden Partei die mit 3.809,66 EUR (darin enthalten 423,25 EUR an USt und 1.270,15 EUR an Barauslagen) bestimmten Kosten aller drei Instanzen binnen 14 Tagen zu ersetzen.

Text

Entscheidungsgründe:

Zwischen den Streitteilen besteht seit 24. 3. 2011 ein Unfallversicherungsvertrag mit einer Versicherungssumme von 500.000 EUR, dem die Allgemeinen Z***** Bedingungen für die Unfall-Versicherung (AUVB 2008) zugrunde liegen. Diese lauten auszugsweise:

„Artikel 7

Dauernde Invalidität

[...]

3. Höhe der Leistung:

3.1 Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, die folgenden Invaliditätsgrade:

[...]

eines Beines 70 %

[...]

3.2 Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung der in Pkt. 3.1 angeführten Körperteile oder Sinnesorgane gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

[...]

4. Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane bereits vor dem Unfall auf Lebenszeit in ihrer Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. [...]

[...]

Artikel 16

Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommission)

1. Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheiten oder Gebrechen, entscheidet eine Ärztekommision.

Gemäß § 184 VersVG [...] ist die Entscheidung der Ärztekommision nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. In diesem Umfang kann die Entscheidung der Ärztekommision auch gerichtlich überprüft werden und erfolgt die Feststellung diesfalls durch Urteil. [...] Gemäß Paragraph 184, VersVG [...] ist die Entscheidung der Ärztekommision nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. In diesem Umfang kann die Entscheidung der Ärztekommision auch gerichtlich überprüft werden und erfolgt die Feststellung diesfalls durch Urteil. [...]

[...]

7. Die Kosten der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen. Der Anteil der Kosten, den der Anspruchsberechtigte zu tragen hat, ist mit 1 % der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch mit 25 % des strittigen Betrages, begrenzt.

[...]

Artikel 19

Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

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

Darüber hinausgehend gilt:

1. Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades wird ein Abzug in Höhe einer Vorinvalidität nur vorgenommen, wenn durch den Unfall Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionsfähigkeit betroffen sind, die schon vorher auf Lebenszeit beeinträchtigt waren (siehe dazu im Einzelnen Art. 7, Pkt. 4). 1. Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades wird ein Abzug in Höhe einer Vorinvalidität nur vorgenommen, wenn durch den Unfall Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionsfähigkeit betroffen sind, die schon vorher auf Lebenszeit beeinträchtigt waren (siehe dazu im Einzelnen Artikel 7, Pkt. 4).

2. Haben Krankheiten, Gebrechen oder krankheitswertige Abnützungserscheinungen, wie beispielsweise Arthrosen, bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich

- im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades

- [...]

entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.

[...]"

Der Kläger stürzte am 2. 9. 2013. Er verspürte beim Aufstehen einen Schmerz im rechten Knie und konnte nur noch „humpeln“. Beim Sturz trat ein Innenmeniskushinterhorneinriss im rechten Kniegelenk auf. Schon davor lag bei ihm ein mäßiggradiger degenerativer Knorpelschaden an der Gleitfläche der Kniescheibe sowie ein geringer erstgradiger

Knorpelschaden an der inneren Oberschenkelrolle und nur minimal am inneren Schienbeinplateau vor. Im Rahmen einer Kniegelenksspiegelung am 30. 10. 2013 wurde der Innenmeniskushinterhorneinriss reseziert (abgetragen) und der Resektionsrand geglättet, sodass ein Teil des Innenmeniskushinterhorns (etwa 1/3 bis 1/2) verloren ging.

Nach dem Gutachten des vom Kläger beauftragten Sachverständigen Dr. R***** F***** lag ein unfallkausaler Dauerschaden von 5 % des Beinwerts vor; 1/3 davon ordnete er einer altersentsprechenden Degeneration zu.

Nach dem Gutachten des von der Beklagten beauftragten Sachverständigen Dr. B***** K***** betrug die Dauerinvalidität 3 % des Beinwerts. Den dafür verantwortlichen Meniskuseinriss führte er aber nicht (auch nicht teilweise) auf das Sturzereignis, sondern zur Gänze auf die degenerative Grunderkrankung zurück.

Im daraufhin durchgeführten Ärztekommmissions-verfahren, an dem die beiden vorgenannten Sachverständigen sowie der einvernehmlich bestellte Obmann Dr. H***** K***** mitwirkten, kam es zu keiner Einigung zwischen den Sachverständigen, worauf der Obmann nun seine Entscheidung fällte. Nach dieser betrug – wie bei Dr. K***** – die Dauerinvalidität 3 % des Beinwerts; auch er machte allein degenerative Veränderungen für den Meniskuseinriss verantwortlich und verneinte demnach die Kausalität des Sturzereignisses für diesen und damit für die Dauerinvalidität. Begründet wurde die Entscheidung (unstrittiges Protokoll der Ärztekommision [Beil. /DJ]) damit, dass es zu traumatischen Meniskusläsionen nur mit einer maßgeblichen Begleitverletzung im Kapselbandapparat komme. Derartige Verletzungen hätten beim Kläger nicht vorgelegen. Fehlten sie, lasse sich auf der Grundlage unfall- und biomechanischer Überlegungen eine verletzungsbedingte Genese von Meniskusveränderungen nicht begründen. Ohne nachweisbare Kapsel-Bandverletzung sei kein Unfallzusammenhang indiziert.

Aufgrund des Ergebnisses des Ärztekommisionsverfahrens lehnte die Beklagte die Erbringung einer Invaliditätsleistung ab und forderte vom Kläger eine Kostenbeteiligung in Höhe von 2.913,75 EUR für das Ärztekommisionsverfahren, die er auch an die Beklagte zahlte.

Im Gegensatz zur Ansicht der Kommissionsmitglieder Dr. B***** K***** und Dr. H***** K***** war das Sturzereignis für die Dauerfolgen (mit)kausal. Die Dauerinvalidität beträgt 5 % des Beinwerts. Diese wurde zu 50 % durch einen vorbestehenden degenerativen Knorpelschaden und zu 50 % durch den Teilverlust des Innenmeniskushinterhorns hervorgerufen, sodass auf den Innenmeniskushinterhorneinriss eine Dauerinvalidität von 2,5 % entfällt. An der Rissbildung wirkten die degenerativen Veränderungen zu 60 % mit, was einem Abzug von weiteren 1,5 % entspricht.

Der Kläger begehrte von der Beklagten – nach Klageseinschränkung – die Zahlung einer Invaliditätsleistung von 1 % der für den Beinwert maßgeblichen Versicherungssumme (3.500 EUR sA) sowie den Rückersatz der von ihm getragenen Kosten der Ärztekommision von 2.913,75 EUR sA. Die Feststellung der Ärztekommision weiche im Zusammenhang mit der Beurteilung der Unfallkausalität offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich ab und sei daher nach § 184 VersVG nicht verbindlich. Bei einer Entscheidung nach der tatsächlichen Sachlage hätte der Kläger keine Kosten der Ärztekommision tragen müssen. Der Kläger begehrte von der Beklagten – nach Klageseinschränkung – die Zahlung einer Invaliditätsleistung von 1 % der für den Beinwert maßgeblichen Versicherungssumme (3.500 EUR sA) sowie den Rückersatz der von ihm getragenen Kosten der Ärztekommision von 2.913,75 EUR sA. Die Feststellung der Ärztekommision weiche im Zusammenhang mit der Beurteilung der Unfallkausalität offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich ab und sei daher nach Paragraph 184, VersVG nicht verbindlich. Bei einer Entscheidung nach der tatsächlichen Sachlage hätte der Kläger keine Kosten der Ärztekommision tragen müssen.

Die Beklagte beantragte die Abweisung der Klage. Die Feststellung der Ärztekommision zur Unfallkausalität weiche nicht erheblich von der wirklichen Sachlage ab und sei daher verbindlich. Ein Anspruch des Klägers auf Rückzahlung der von ihm getragenen Kosten der Ärztekommision bestehe nur dann, wenn das Ergebnis der Ärztekommision der Entscheidung nicht zugrunde zu legen wäre.

Das Erstgericht verpflichtete die Beklagte zur Zahlung von 4.374,13 EUR sA und wies das Mehrbegehren von 2.039,62 EUR sA ab. Die Differenz bei Beurteilung der Kausalität des Unfallereignisses (0 % gegenüber 40 %) stelle ein erhebliches Abweichen von der wirklichen Sachlage dar, sodass die Parteien an die Feststellung der Ärztekommision nicht gebunden seien. Dem Kläger stehe 1 % der für den Beinwert maßgeblichen Versicherungssumme (3.500 EUR) zu. Die Kosten der Ärztekommision seien im Verhältnis des Obsiegens der Parteien – ausgehend von den übereinstimmend vor der Ärztekommision und im Gerichtsverfahren ursprünglich begehrten 11.666,66 EUR – zu tragen.

Das Berufungsgericht gab der Berufung der Beklagten, nicht jedoch jener des Klägers Folge und wies die Klage zur Gänze ab. Bei der Beurteilung der Unfallkausalität sei ein Fehler oder ein Abweichen einer Sachverständigenfeststellung von der Wirklichkeit nicht offen zu Tage getreten. Bei sachkundiger Prüfung ergebe sich lediglich, dass man über die Kausalität des Unfalls für den Meniskuseinriss aufgrund des fehlenden Nachweises einer Kapsel-Bandverletzung unterschiedlicher Auffassung sein könne. Infolge Bindung an die Feststellung der Ärztekommision zur Unfallkausalität bestehe kein Anspruch auf Versicherungsleistung. Selbst bei Nichtigkeit der Kostentragsregel des Art 16.7. AUVB 2008 ergäbe eine gebotene ergänzende Auslegung, dass die Parteien eine Kostenersatzpflicht entsprechend dem Obsiegen und Unterliegen im Ärztekommisionsverfahren vereinbaren hätten wollen. Das Berufungsgericht gab der Berufung der Beklagten, nicht jedoch jener des Klägers Folge und wies die Klage zur Gänze ab. Bei der Beurteilung der Unfallkausalität sei ein Fehler oder ein Abweichen einer Sachverständigenfeststellung von der Wirklichkeit nicht offen zu Tage getreten. Bei sachkundiger Prüfung ergebe sich lediglich, dass man über die Kausalität des Unfalls für den Meniskuseinriss aufgrund des fehlenden Nachweises einer Kapsel-Bandverletzung unterschiedlicher Auffassung sein könne. Infolge Bindung an die Feststellung der Ärztekommision zur Unfallkausalität bestehe kein Anspruch auf Versicherungsleistung. Selbst bei Nichtigkeit der Kostentragsregel des Artikel 16 Punkt 7, AUVB 2008 ergäbe eine gebotene ergänzende Auslegung, dass die Parteien eine Kostenersatzpflicht entsprechend dem Obsiegen und Unterliegen im Ärztekommisionsverfahren vereinbaren hätten wollen.

Das Berufungsgericht sprach aus, dass die ordentliche Revision zulässig sei, weil zur Frage der Tragung der Kosten des Ärztekommisionsverfahrens wegen Nichtigkeit des Art 16.7. AUVB 2008 und der daraus resultierenden ergänzenden Vertragsauslegung noch keine klare oberstgerichtliche Rechtsprechung vorliege. Das Berufungsgericht sprach aus, dass die ordentliche Revision zulässig sei, weil zur Frage der Tragung der Kosten des Ärztekommisionsverfahrens wegen Nichtigkeit des Artikel 16 Punkt 7, AUVB 2008 und der daraus resultierenden ergänzenden Vertragsauslegung noch keine klare oberstgerichtliche Rechtsprechung vorliege.

Gegen dieses Urteil richtet sich die Revision des Klägers mit einem Abänderungsantrag; hilfsweise wird ein Aufhebungsantrag gestellt.

Die Beklagte beantragt in ihrer Revisionsbeantwortung, die Revision zurückzuweisen, hilfsweise ihr nicht Folge zu geben.

Rechtliche Beurteilung

Die Revision ist zulässig, sie ist auch berechtigt.

I. Zur kollisionsrechtlichen Beurteilung:römisch eins. Zur kollisionsrechtlichen Beurteilung:

Aufgrund einer Rechtswahlvereinbarung (Art 25 AUVB 2008) ist österreichisches Sachrecht anzuwenden; dies ist infolge des bei Vertragsabschluss im Inland gelegenen Aufenthalts des Versicherungsnehmers und des damit einhergehend im Inland gelegenen Risikos jedenfalls zulässig (vgl Art 7 Abs 3 Rom I-VO). Aufgrund einer Rechtswahlvereinbarung (Artikel 25, AUVB 2008) ist österreichisches Sachrecht anzuwenden; dies ist infolge des bei Vertragsabschluss im Inland gelegenen Aufenthalts des Versicherungsnehmers und des damit einhergehend im Inland gelegenen Risikos jedenfalls zulässig vergleiche Artikel 7, Absatz 3, Rom I-VO).

II. Zur Verbindlichkeit der Sachverständigen-feststellung im Ärztekommisionsgutachten:römisch zwei. Zur Verbindlichkeit der Sachverständigen-feststellung im Ärztekommisionsgutachten:

1. Sollen nach dem Vertrag einzelne Voraussetzungen des Anspruchs aus der Versicherung oder das Maß der durch den Unfall herbeigeführten Einbuße an Erwerbsfähigkeit durch Sachverständige festgestellt werden, so ist die getroffene Feststellung nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. Die Feststellung erfolgt in diesem Fall durch Urteil (§ 184 Abs 1 VersVG). 1. Sollen nach dem Vertrag einzelne Voraussetzungen des Anspruchs aus der Versicherung oder das Maß der durch den Unfall herbeigeführten Einbuße an Erwerbsfähigkeit durch Sachverständige festgestellt werden, so ist die getroffene Feststellung nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. Die Feststellung erfolgt in diesem Fall durch Urteil (Paragraph 184, Absatz eins, VersVG).

Die Vereinbarung der Einrichtung einer Ärztekommision stellt einen Schiedsgutachtervertrag im Sinn des § 184 Abs 1 VersVG dar (RIS-Justiz RS0081371). Die Ärztekommision hat den Zweck, für den Versicherungsnehmer eine rasche und

kostengünstige Entscheidung über die Höhe des Invaliditätsgrads herbeizuführen (RIS-Justiz RS0116382); in diesem Zusammenhang hat sie auch über die Frage, ob bei feststehendem Unfall bestimmte körperliche Gebrechen auf diesen als Folgen zurückzuführen sind, zu entscheiden (7 Ob 20/91 = RIS-Justiz RS0080454). Nur im Fall des § 184 Abs 1 VersVG hat die Feststellung durch gerichtliches Urteil zu erfolgen, während die Einrichtung einer Ärztekommision ansonsten im Sinn der angestrebten Kosten- und Zeitersparnis eine Gerichtsentscheidung erübrigen soll (7 Ob 148/14m ua). „Offenbar“ im Sinn der zitierten Bestimmung weicht eine Sachverständigenfeststellung nach ständiger Rechtsprechung von der Wirklichkeit nur dann ab, wenn sich ihre Unrichtigkeit dem Sachkundigen aufdrängt. Es muss zwar der Fehler nicht schnell erkennbar sein, aber offen zutage treten, sodass er sich bei einer durch Sachkundige vorgenommenen Prüfung mit Deutlichkeit ergibt (RIS-Justiz RS0080431). In diesem Zusammenhang ist auch ein Gutachten, das für einen Fachmann nicht nachvollziehbar oder dessen Begründung fehlerhaft ist, nicht bindend (Voit in Prölss/Martin, VVG29 § 84 Rn 27), sofern dies zur Folge hat, dass die Feststellung nicht nachprüfbar ist. Ein in seinem Ergebnis nicht nachprüfbares Gutachten ist offenbar unrichtig (vgl BGH VIII ZR 155/75 = NJW 1977, 801 ua). Dies ist hier der Fall: Die Vereinbarung der Einrichtung einer Ärztekommision stellt einen Schiedsgutachtervertrag im Sinn des Paragraph 184, Absatz eins, VersVG dar (RIS-Justiz RS0081371). Die Ärztekommision hat den Zweck, für den Versicherungsnehmer eine rasche und kostengünstige Entscheidung über die Höhe des Invaliditätsgrads herbeizuführen (RIS-Justiz RS0116382); in diesem Zusammenhang hat sie auch über die Frage, ob bei feststehendem Unfall bestimmte körperliche Gebrechen auf diesen als Folgen zurückzuführen sind, zu entscheiden (7 Ob 20/91 = RIS-Justiz RS0080454). Nur im Fall des Paragraph 184, Absatz eins, VersVG hat die Feststellung durch gerichtliches Urteil zu erfolgen, während die Einrichtung einer Ärztekommision ansonsten im Sinn der angestrebten Kosten- und Zeitersparnis eine Gerichtsentscheidung erübrigen soll (7 Ob 148/14m ua). „Offenbar“ im Sinn der zitierten Bestimmung weicht eine Sachverständigenfeststellung nach ständiger Rechtsprechung von der Wirklichkeit nur dann ab, wenn sich ihre Unrichtigkeit dem Sachkundigen aufdrängt. Es muss zwar der Fehler nicht schnell erkennbar sein, aber offen zutage treten, sodass er sich bei einer durch Sachkundige vorgenommenen Prüfung mit Deutlichkeit ergibt (RIS-Justiz RS0080431). In diesem Zusammenhang ist auch ein Gutachten, das für einen Fachmann nicht nachvollziehbar oder dessen Begründung fehlerhaft ist, nicht bindend (Voit in Prölss/Martin, VVG29 Paragraph 84, Rn 27), sofern dies zur Folge hat, dass die Feststellung nicht nachprüfbar ist. Ein in seinem Ergebnis nicht nachprüfbares Gutachten ist offenbar unrichtig vergleiche BGH VIII ZR 155/75 = NJW 1977, 801 ua). Dies ist hier der Fall:

2.1. Die Frage, ob von der Ärztekommision getroffene Feststellungen unverbindlich sind, weil sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweichen, hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Diese Einzelfallbezogenheit erlaubt keine Festlegung auf einen Prozentsatz, bei dessen Überschreitung eine offenbare erhebliche Abweichung regelmäßig anzunehmen wäre (RIS-Justiz RS0080431 [T5]; Perner in Fenyves/Schauer, VersVG, § 184 Rz 6). 2.1. Die Frage, ob von der Ärztekommision getroffene Feststellungen unverbindlich sind, weil sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweichen, hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Diese Einzelfallbezogenheit erlaubt keine Festlegung auf einen Prozentsatz, bei dessen Überschreitung eine offenbare erhebliche Abweichung regelmäßig anzunehmen wäre (RIS-Justiz RS0080431 [T5]; Perner in Fenyves/Schauer, VersVG, Paragraph 184, Rz 6).

2.2. Im Gegensatz zum gerichtlichen Sachverständigen vertrat die Ärztekommision den Standpunkt, dass es zu traumatischen Meniskusläsionen nur mit einer maßgeblichen Begleitverletzung im Kapselbandapparat kommt, die hier fehlt. Sie ist damit nach den Ergebnissen des gerichtlichen Verfahrens von einer unrichtigen und damit untauglichen Annahme bei der Beurteilung der Kausalität ausgegangen. Ihr Gutachten weicht für einen Sachkundigen offenbar von der Wirklichkeit ab. Die Läsion kann nämlich auch ohne Verletzungen des Kapselbandapparats eintreten, was im vorliegenden Fall auch geschehen ist. Wird aber die Kausalität des Unfalls von der Kommission zur Gänze wegen unrichtiger Annahme von (abstrakten) Beurteilungskriterien verneint, obwohl sie (mit 40 %-iger Mitwirkung) gegeben ist, war die Begutachtung von Grund auf unrichtig und nicht nachvollziehbar. Damit ist die Abweichung von der Wirklichkeit auch erheblich. Auf die Höhe des richtig ermittelten Invaliditätsgrades kommt es hier dann nicht an.

3. Daraus folgt die Unverbindlichkeit der Feststellung des Ärztekommmissionsgutachtens zur Kausalität des Sturzereignisses für die Invalidität im Sinn von § 184 Abs 1 VersVG und deren gerichtliche Überprüfbarkeit. Dass diesfalls dem Kläger eine Invaliditätsleistung von 3.500 EUR zusteht, ist im Rechtsmittelverfahren nicht strittig. 3. Daraus

folgt die Unverbindlichkeit der Feststellung des Ärztekommmissionsgutachtens zur Kausalität des Sturzereignisses für die Invalidität im Sinn von Paragraph 184, Absatz eins, VersVG und deren gerichtliche Überprüfbarkeit. Dass diesfalls dem Kläger eine Invaliditätsleistung von 3.500 EUR zusteht, ist im Rechtsmittelverfahren nicht strittig.

III. Zu den Kosten des Ärztekommmissions-verfahrens:römisch drei. Zu den Kosten des Ärztekommmissions-verfahrens:

1. Die Kostentragungspflicht ergibt sich hier aus der Vereinbarung in Art 16.7. AUVB 2008 (7 Ob 113/14i mwN), der eine Aufteilung im Verhältnis des Obsiegens von Versicherer und Anspruchsberechtigten vorsieht und eine Obergrenze für den Anspruchsberechtigten einzieht.1. Die Kostentragungspflicht ergibt sich hier aus der Vereinbarung in Artikel 16 Punkt 7, AUVB 2008 (7 Ob 113/14i mwN), der eine Aufteilung im Verhältnis des Obsiegens von Versicherer und Anspruchsberechtigten vorsieht und eine Obergrenze für den Anspruchsberechtigten einzieht.

2. Dies führt dazu, dass der Kläger mit den Kosten der Ärztekommision nicht zu belasten und die Beklagte zur Rückzahlung des vom Kläger getragenen Betrags von 2.913,75 EUR verpflichtet ist. Damit stellen sich die anderen aufgeworfenen Rechtsfragen nicht.

IV. Ergebnis und Kosten:römisch vier. Ergebnis und Kosten:

1. In Stattgebung der Revision war dem Klagebegehren zur Gänze stattzugeben.

2. Die Kostenentscheidung beruht im erstinstanzlichen Verfahren auf den §§ 41 und 43 Abs 1 ZPO, im Rechtsmittelverfahren auf den §§ 41 und 50 ZPO. Im erstinstanzlichen Verfahren ist der Kläger bis zur Klageeinschränkung in der abschließenden Verhandlung mit gerundet 45 % seines Klagebegehrens durchgedrungen, sodass die Vertretungskosten und die darin angefallenen, jeweils zur Hälfte getragenen Sachverständigengebühren gegeneinander aufzuheben sind und dem Kläger 45 % der Pauschalgebühr zu ersetzen ist. Die Anwendung des § 43 Abs 2 ZPO scheidet infolge offener Überklagung aus, hat der Kläger doch zunächst mehr als das Dreifache der letztlich zuerkannten Invaliditätsleistung geltend gemacht (vgl. RIS-Justiz RS0035993). In der abschließenden Verhandlung sowie im Rechtsmittelverfahren hat der Kläger zur Gänze obsiegt.2. Die Kostenentscheidung beruht im erstinstanzlichen Verfahren auf den Paragraphen 41 und 43 Absatz eins, ZPO, im Rechtsmittelverfahren auf den Paragraphen 41 und 50 ZPO. Im erstinstanzlichen Verfahren ist der Kläger bis zur Klageeinschränkung in der abschließenden Verhandlung mit gerundet 45 % seines Klagebegehrens durchgedrungen, sodass die Vertretungskosten und die darin angefallenen, jeweils zur Hälfte getragenen Sachverständigengebühren gegeneinander aufzuheben sind und dem Kläger 45 % der Pauschalgebühr zu ersetzen ist. Die Anwendung des Paragraph 43, Absatz 2, ZPO scheidet infolge offener Überklagung aus, hat der Kläger doch zunächst mehr als das Dreifache der letztlich zuerkannten Invaliditätsleistung geltend gemacht vergleiche RIS-Justiz RS0035993). In der abschließenden Verhandlung sowie im Rechtsmittelverfahren hat der Kläger zur Gänze obsiegt.

Schlagworte

;Vertragsversicherungsrecht;

Textnummer

E116103

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:OGH0002:2016:0070OB00144.16A.1013.000

Im RIS seit

11.11.2016

Zuletzt aktualisiert am

08.02.2018

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