

# TE OGH 2011/3/9 7Ob19/11m

JUSLINE Entscheidung

🕒 Veröffentlicht am 09.03.2011

## Kopf

Der Oberste Gerichtshof hat als Revisionsgericht durch die Senatspräsidentin des Obersten Gerichtshofs Dr. Huber als Vorsitzende und die Hofräte des Obersten Gerichtshofs Dr. Schaumüller, Dr. Hoch, Dr. Kalivoda und Mag. Dr. Wurdinger als weitere Richter in der Rechtsache der klagenden Partei Josef N\*\*\*\*\*, vertreten durch Dr. Ferdinand Rankl, Rechtsanwalt in Micheldorf, gegen die beklagte Partei D\*\*\*\*\* Versicherung AG \*\*\*\*\*, vertreten durch Dr. Georg Maxwald und Dr. Georg Bauer, Rechtsanwälte in Linz, wegen 30.650,72 EUR sA (Revisionsstreitwert: 8.113,58 EUR sA), über die ordentliche Revision der klagenden Partei gegen das Urteil des Oberlandesgerichts Linz als Berufungsgericht vom 18. November 2010, GZ 2 R 108/10f-25, mit dem das Urteil des Landesgerichts Steyr vom 20. April 2010, GZ 3 Cg 16/09t-21, bestätigt wurde, in nichtöffentlicher Sitzung zu Recht erkannt:

## Spruch

Der Revision wird nicht Folge gegeben.

Die klagende Partei ist schuldig, der beklagten Partei die mit 744,43 EUR (darin 124,07 EUR USt) bestimmten Kosten des Revisionsverfahrens binnen 14 Tagen zu ersetzen.

## Text

Entscheidungsgründe:

Der Kläger hat bei der Beklagten eine private Unfallversicherung abgeschlossen, der die Allgemeinen Bedingungen für die Unfallschutzversicherung 1999 (USVB 1999) zu Grunde liegen. Diese lauten auszugsweise:

.....

Abschnitt B:

ZU DEN VERSICHERTEN LEISTUNGEN

Artikel 7

Was gilt bei vereinbarter Leistung für dauernde Invalidität?

...

9. Für einen unfallbedingten stationären Aufenthalt in einem Spital gemäß Punkt 9.1 wird innerhalb von 2 Jahren ab dem Unfalltag eine Sondervergütung ausbezahlt.

...

Artikel 9

Was gilt bei vereinbarter Leistung Taggeld?

Taggeld wird bei dauernder oder vorübergehender Invalidität für die Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit im

Beruf oder in der Beschäftigung des Versicherten für längstens 365 Tage innerhalb von 2 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.

...

#### Artikel 10

Was gilt bei vereinbarter Leistung Spitalgeld?

1. Spitalgeld wird für jeden Kalendertag, an dem sich der Versicherte wegen eines Versicherungsfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet, längstens 365 Tage innerhalb von 2 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.

...

#### Artikel 10a

Was gilt bei zusätzlich vereinbarter Leistung Genesungsgeld?

1. Genesungsgeld wird im Anschluss an den unfallbedingten Spitalaufenthalt für die gleiche Anzahl von Tagen, für die das Spitalgeld gezahlt wird, höchstens jedoch für 100 Tage in folgender Höhe ausbezahlt:

...

2. Mehrere stationäre Spitalaufenthalte wegen desselben Unfalles werden wie ein ununterbrochener Spitalaufenthalt gewertet.

...

#### Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

...

#### Artikel 18

Welche sachlichen Begrenzungen des Versicherungsschutzes gibt es?

1. Eine Versicherungsleistung wird nur für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen (körperliche Schädigung oder Tod) erbracht. Herzinfarkt oder Schlaganfall gelten in keinem Fall als Unfallsfolge.

...

3. Haben Krankheiten oder Gebrechen, die schon vor dem Unfall bestanden haben, den Eintritt des Unfalls und/oder die Unfallfolgen beeinflusst, ist die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu kürzen, sofern dieser Anteil mindestens 25 % beträgt.

...“

Der 1964 geborene Kläger stürzte am 1. 5. 2007 bei einer Wanderung etwa 25 m über eine Böschung ab. Bereits vor dem Unfall bestand beim Kläger ein mit einer Keilwirbelbildung ausgeheilter Stauchungsbruch des siebenten Brustwirbels, der nicht Folge des Sturzes am 1. 5. 2007 ist. Der Kläger erlitt beim Unfall zahlreiche Verletzungen, die durch eine zum Unfallszeitpunkt bestehende, ihm aber damals noch nicht bekannte diffuse Kalksalzminderung (Osteoporose) begünstigt wurden. Das genaue Ausmaß der zum Unfallszeitpunkt bestehenden Osteoporose steht nicht fest. Mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit hätte der Kläger die mehrfachen Wirbelbrüche ohne die vorbestehende Osteoporose nicht erlitten. Der Mitwirkungsanteil durch die zum Unfallszeitpunkt bestehende Osteoporose beträgt 50 %.

Beim Unfall erlitt der Kläger auch eine Prellung der rechten Schulter. Vor dem Unfall bestanden bereits eine Arthrose des rechten Schultergelenks mit Verplumpung der Gelenkkörper und Einengung des Raums zwischen dem rechten Schulterdach und dem rechten Oberarmkopf sowie geringe arthrotische Veränderungen des Schultergelenks.

Überwiegend wegen der Wirbelsäulenverletzung befand sich der Kläger vom 8. bis 18. 5. 2007 stationär im Landeskrankenhaus. Wegen der Wirbelbrüche und im geringeren Maß auch wegen der Schulterverletzung erhielt er vom 5. 6. bis 3. 7. 2007 eine Rehabilitationsbehandlung. Die Krankenstände des Klägers vom 2. 5. 2007 bis Ende August 2007 waren durch den Unfall bedingt. Alle weiteren Krankenstände und Krankenhausaufenthalte sind der bereits vor dem Unfall bestandenen Schultererkrankung zuzuordnen und nicht Folge des Unfalls. Seit 1. 7. 2008 ist der

Kläger wieder arbeitsfähig.

In seiner Schadensanzeige vom 4. 6. 2007 an die Beklagte gab der Kläger unter anderem an, er habe sich durch einen Sturz am Wanderweg Brustwirbel gebrochen. Weiters wurde festgehalten „AU ab 2. 5. 2007, stationär 8. bis 18. 5. 2007, Reha geplant ab 5. 6. 2007“. Unausgefüllt blieben die Bereiche „Vermerk des behandelnden Arztes“ und „gesundheitliche Behinderung vor dem Unfall“. Aufgrund dieser Unfallmeldung bezahlte die Beklagte bis Mai 2008 Taggeld, Spitalgeld, Genesungsgeld (und Sondervergütung) nach Vorlage der jeweiligen Bestätigungen des Krankenhauses, der behandelnden Ärzte und der Rehabilitationseinrichtung. Vorschädigungen des Klägers waren der Beklagten in diesem Zeitraum nicht bekannt. Üblicherweise werden medizinische Gutachten von der Beklagten erst zur Frage der Invalidität eingeholt. Nur wenn einem Sachbearbeiter Anhaltspunkte für eine Vorschädigung vorliegen, wird bereits vorweg ein „Kausalgutachten“ eingeholt. Aufgrund der Unfallmeldung des Klägers ging der Sachbearbeiter der Beklagten von einem schweren Sturz und einer Brustwirbelerletzung aus. Er sah keinen Anlass, von Vorschädigungen auszugehen. Von diesen erfuhr die Beklagte erstmals durch Erhalt eines von einer anderen Versicherung eingeholten Sachverständigengutachtens am 14. 7. 2008. Zu diesem Zeitpunkt hatte die Beklagte an Taggeld, Spitalgeld, Genesungsgeld und Sondervergütung bereits (näher aufgeschlüsselt) 10.715,85 EUR an den Kläger angewiesen. Der Kläger verbrauchte dieses Geld durch Bezahlung von Schulden, die aus der Beendigung einer Beziehung stammten, und zur Finanzierung seines Lebensunterhalts. Drei Tage nach dem Unfall wurde er von seinem Dienstgeber gekündigt. Seither hat er keine Beschäftigung mehr aufgenommen. Er bezieht derzeit Pensionsvorschuss.

Der Kläger begehrt von der Beklagten aus dem Versicherungsvertrag die Zahlung der anteiligen Versicherungssumme für Invalidität nach Wirbelsäulenverletzung und nach Verletzung der rechten Schulter. Die Gegenforderung der Beklagten sei nicht berechtigt. Vor der Leistungserbringung sei die Beklagte über den medizinischen Sachverhalt informiert gewesen und hätte diesen genauer prüfen müssen. Die Verpflichtung zur Berücksichtigung eines allfälligen Mitwirkungsanteils beziehe sich lediglich auf die Frage der Invalidität, nicht jedoch auf die sonstigen Leistungen. Die vorbehaltlose Zahlung habe der Kläger als Anerkenntnis der Beklagten und als Verzicht auf den Einwand einer Mitwirkung vorbestehender Beeinträchtigungen auffassen dürfen. Die Leistungen, die Aufwand- oder Einkommensersatzfunktion hätten, habe er bereits gutgläubig verbraucht.

Die Beklagte wendete eine Gegenforderung von 8.140,12 EUR an irrtümlichen Zahlungen an den Kläger kompensando gegen die Klagsforderung ein. Der Kläger habe vor dem Unfall unter Osteoporose und einer Schulterreckgelenksarthrose rechts gelitten. Sie habe in unverschuldeter Unkenntnis des Umstands, dass ihre Leistungen aus diesen Gründen zu kürzen seien, Taggeld, Spitalgeld, Genesungsgeld und Sondervergütung in voller Höhe erbracht. Erstmals durch die Gutachtenserörterung sei ihr bekannt geworden, dass sämtliche Krankenstände und Spitalsaufenthalte des Klägers ab 1. 9. 2007 nicht mehr auf den Unfall zurückzuführen seien; dafür stünden dem Kläger keine Ansprüche auf Taggeld, Spitalgeld, Genesungsgeld etc zu. Sie fordere für diesen Zeitraum geleistete Zahlungen von insgesamt 5.511,30 EUR zurück. Von den zuvor erfolgten Zahlungen sei ein Mitwirkungsanteil von zumindest 50 % für die Wirbelerletzung abzuziehen, weshalb sie weitere 2.628,82 EUR zurückfordere. Diesen Leistungen komme kein Unterhaltscharakter zu.

Das Erstgericht erkannte die Klagsforderung mit 8.657,08 EUR, die Gegenforderung mit 8.113,58 EUR als zu Recht bestehend, gab der Klage im Teilbetrag von 543,50 EUR sA (unbekämpft) statt und wies das Mehrbegehren ab. Rechtlich führte es - soweit für das Revisionsverfahren von Relevanz - zur eingewendeten Gegenforderung aus, Art 18.3 USVB 1999 stelle generell auf eine Kürzung „der Leistung“ um den Mitwirkungsanteil ab und beziehe sich auf sämtliche versicherte Leistungen des Abschnitts B, also auch auf Taggeld, Spitalgeld, Genesungsgeld und Sondervergütung. Die Beklagte habe für den Zeitraum 1. 5. bis 31. 8. 2007 in unverschuldeter Unkenntnis der vorbestehenden Osteoporoseerkrankung des Klägers Taggeld, Spitalgeld und Genesungsgeld ungekürzt um einen Mitwirkungsanteil ausbezahlt. Ihr könne nicht als Verschulden angelastet werden, nach dem Inhalt der Schadenmeldung des damals 42-jährigen Klägers keine Erhebungen über vorbestehende Krankheiten oder Gebrechen durchgeführt zu haben. Eine Osteoporoseerkrankung des Klägers sei aufgrund seines Alters nicht nahe gelegen, ein Brustwirbelbruch bei einem Sturz am Wanderweg sei nicht außergewöhnlich. Der Kläger sei im Umfang des Mitwirkungsanteils bereichert. Für den Zeitraum ab 1. 9. 2007 habe die Beklagte ihre Leistungen in Unkenntnis des Umstands erbracht, dass diese Spitals- und Rehabilitationsaufenthalte sowie der Krankenstand nicht mehr unfallkausal gewesen seien. Nach Art 18.1 USVB 1999 habe sie dafür keine Versicherungsleistung zu erbringen. Der Kläger sei auch in diesem Umfang bereichert. Den Leistungen komme kein Unterhaltscharakter zu. Die Zahlung der

Beklagten sei auch nicht als Anerkenntnis zu werten. Die Beklagte dürfe aufgrund des Mitwirkungsanteils der Osteoporose von 50 % die Hälfte der Zahlungen für den Zeitraum 2. 5. bis 31. 8. 2007 (2.602,28 EUR) und für den Zeitraum ab 1. 9. 2007 die geleisteten Zahlungen (5.511,30 EUR) zur Gänze zurückfordern.

Das Berufungsgericht gab der vom Kläger gegen den klagsabweislichen Teil des Ersturteils erhobenen Berufung nicht Folge. Zur im Revisionsverfahren ausschließlich strittigen Gegenforderung führte das Berufungsgericht aus, für die Beklagte seien keine Anhaltspunkte für die Annahme vorgelegen, die Verletzungen des Klägers und die darauffolgenden Heilbehandlungen wären nicht nur auf den Unfall, sondern auch auf eine Vorinvalidität und die Mitwirkung vorbestehender Krankheiten zurückzuführen. Aufgrund der Unfallmeldung des Klägers habe der Sachbearbeiter der Beklagten von einem schweren Sturz und dadurch hervorgerufenen Verletzungen ausgehen dürfen, weil der Schadenanzeige Anhaltspunkte für Vorschädigungen nicht zu entnehmen gewesen seien. Dem Kläger sei nicht bekannt gewesen, dass er zum Unfallszeitpunkt an Osteoporose gelitten habe; auch habe ihn die arthrotische Veränderung im Bereich seiner rechten Schulter nicht an der Verrichtung seiner schweren körperlichen Arbeit behindert. Zum Zeitpunkt der Leistungen der Beklagten hätten weder bei ihr noch beim Kläger Zweifel über seine diesbezüglichen Leistungsansprüche bestanden, weshalb von einem zumindest schlüssigen Anerkenntnis keine Rede sein könne. Die Beklagte könne ihre Leistungen daher nach § 1431 ABGB zurückverlangen.

Auf diese Zahlungen der Beklagten sei das Judikat 33 neu nicht anzuwenden. Taggelder aus einer privaten Unfallversicherung hätten keinen Unterhaltscharakter. Spitalgeld diene der Abdeckung des typischen Mehrbedarfs, der durch einen Spitalsaufenthalt entstehe. Genesungsgeld habe den Zweck, dem Versicherten zusätzlich zum Krankenhaustagegeld (Spitalgeld) Mittel für seine Genesung zur Verfügung zu stellen. Auch diese Leistungen - sowie die „Zusatzvergütung“ (gemeint: Sondervergütung) - hätten keinen Unterhaltscharakter, sodass der gutgläubige Verbrauch durch den Kläger der Rückforderbarkeit nicht entgegenstehe.

Nach „der Stellung“ des Art 18 in Abschnitt C „Begrenzungen des Versicherungsschutzes“ der USVB 1999 müsse für einen verständigen durchschnittlichen Versicherungsnehmer klar sein, dass die sachlichen Begrenzungen des Versicherungsschutzes für alle versicherten Leistungen (Abschnitt B der USVB 1999) Geltung hätten. Art 18.3 stelle ganz allgemein auf eine Kürzung der „Leistung“ bei vorbestehenden Krankheiten oder Gebrechen ab. Daraus sei eindeutig abzuleiten, dass sämtliche Leistungen des Abschnitts B - nicht nur die Invaliditätsabgeltung, sondern auch Taggeld, Spitalgeld und Genesungsgeld - um den Mitwirkungsanteil vorbestehender Krankheiten oder Gebrechen zu kürzen seien. Dass die Beklagte keine Leistungen für jene Zeiträume zu erbringen habe, in denen nicht unfallkausale Heilbehandlungen durchgeführt worden seien, ergebe sich aus Art 18.1 USVB 1999.

Die ordentliche Revision sei zulässig, weil zur Frage der Rückforderbarkeit von irrtümlich geleisteten Spital- und Genesungsgeldern - unter dem Blickwinkel des Judikats 33 neu - keine Rechtsprechung auffindbar sei.

### **Rechtliche Beurteilung**

Die ordentliche Revision des Klägers, die sich nur gegen die zu Recht erkannte Gegenforderung von 8.113,58 EUR richtet, ist aus dem vom Berufungsgericht dargelegten Grund zulässig, aber nicht berechtigt.

Da der erkennende Senat die Revisionsausführungen für nicht stichhältig, die damit bekämpften Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils hingegen für zutreffend erachtet, reicht es aus, auf deren Richtigkeit hinzuweisen und sie - bezugnehmend auf die Argumentation des Revisionswerbers - lediglich wie folgt zu ergänzen (§ 510 Abs 3 zweiter Satz ZPO):

1. Soweit der Kläger erstmals mit Art 14 (richtig:) USVB 1999 zur Fälligkeit der Leistung des Versicherers argumentiert, unterliegt dieses Vorbringen dem Neuerungsverbot. Eine Erklärung der Beklagten, „ob und in welcher Höhe (sie) eine Leistungspflicht anerkennt“ (vgl zum inhaltsähnlichen § 11 dt AUB 66 BGH vom 24. 3. 1976, IV ZR 222/74, NJW 1976, 1259 = RIS-Justiz RS0104041), hat der Kläger nicht behauptet. Eine solche Erklärung der Beklagten im Zusammenhang mit den von ihr erbrachten Leistungen wurde daher auch nicht festgestellt. Vielmehr bezahlte die Beklagte nach der Unfallmeldung Taggeld, Spitalgeld, Genesungsgeld (und Sondervergütung) nach Vorlage von Bestätigungen des Krankenhauses, der behandelnden Ärzte sowie der Rehabilitationseinrichtung, ohne dass ihr zu dieser Zeit Vorschädigungen des Klägers bekannt gewesen sind.

Dass die Beklagte als Schuldnerin Zweifel über den Bestand der Schuld hatte und dennoch leistete und die Zahlungen den rechtsgeschäftlichen Zweck hatten, einen zwischen den Streitteilen bestehenden Streit endgültig zu erledigen,

steht nicht fest und wird vom Revisionwerber auch nicht behauptet. Der Empfänger kann zwar unter Umständen berechtigt darauf vertrauen, dass die vorbehaltlose Zahlung als Verzicht auf den Einwand, dass der Schaden nicht in das versicherte Risiko falle, aufzufassen ist (7 Ob 18/95 mwN), jedoch bestanden weder für den Kläger noch für die Beklagte im Zeitpunkt der Leistungserbringung Zweifel am Bestehen der Schuld. Die vorbehaltlosen Zahlungen der Beklagten durften aus der Sicht des Klägers als Empfänger nicht als schlüssiges Anerkenntnis verstanden werden. Dies liefe darauf hinaus, dass schon allein die Tatsache der Zahlung der Beklagten als nicht rückforderbare Leistung zur Streitbeilegung qualifiziert wird, was jedoch nicht den zu §§ 1431, 863 ABGB entwickelten Judikaturgrundsätzen entspricht (5 Ob 89/07k).

2. Hat der Versicherer Zahlung geleistet, obwohl Leistungsfreiheit oder nur eine geringere Leistungspflicht bestand, so kann diese Leistung unter den Voraussetzungen des § 1431 ABGB zurückverlangt werden (RIS-JustizRS0033755). Der Bereicherungskläger (Versicherer) hat zu beweisen, dass die von ihm erbrachte Leistung zum Zweck der Erfüllung einer Schuld erfolgte, die in Wirklichkeit nicht bestand, und dass er sich bei der Leistung in einem Irrtum befand (RIS-JustizRS0033566), also die Voraussetzungen für eine Leistung nicht (im angenommenen Umfang) vorlagen, der Versicherer aber irrig davon ausging (RIS-JustizRS0078874). Abgesehen vom nicht berechtigten Einwand, dass ein schlüssiges Anerkenntnis vorliege, bestreitet der Kläger nicht, dass diese Voraussetzungen erfüllt sind.

3. Auf die gezahlte Sondervergütung nach Art 7.9 USVB 1999 geht der Kläger nicht ein. Zum Spitalgeld und Genesungsgeld argumentiert er, dass diese Leistungen Unterhaltscharakter hätten. Spitalgeld und Genesungsgeld dienen dem Lebensunterhalt des Empfängers, weil die Unfallversicherung zum Zweck abgeschlossen worden sei, um „für den Fall von Schicksalsschlägen“ entsprechend abgesichert zu sein. Sowohl das Spitalgeld als auch das Taggeld bezweckten die Überbrückung oder Abdeckung von Einkommenseinbußen.

Die von der Beklagten gemäß Art 9, 10 und 10a USVB 1999 geleisteten Zahlungen sind aber kein Fall für die Anwendbarkeit des Judikats 33 neu. Das Spitalgeld bezweckt zumindest pauschaliert die Abdeckung eines typischen Mehrbedarfs, der durch den Spitalsaufenthalt entsteht (4 Ob 2107/96y mwN). Es dient der Deckung eines abstrakten Bedarfs, nicht jedoch dem Ausgleich der Krankenkosten (vgl Grimm aaO AUB 99 Nr 2 Rn 59) und setzt keinen Kostennachweis des Versicherungsnehmers voraus (BGH vom 11. 4. 1984, IVa ZR 133/82, BeckRS 2008, 18051 = VersR 1984, 675). Das Genesungsgeld ist seiner Funktion nach dazu bestimmt, dem Versicherten zusätzlich zum Spitalgeld (Krankenhaustagegeld) Mittel für seine Genesung zur Verfügung zu stellen (Grimm aaO AUB 99 Nr 2 Rn 66). Dem Versicherten sollen nach dem unfallbedingten Spitalsaufenthalt für eine Übergangszeit finanzielle Mittel für Mehraufwendungen im Zusammenhang mit der Genesung zur Verfügung stehen. Das Genesungsgeld bezweckt nicht den Ausgleich eines allgemeinen Verdienstaufschlags (OLG Rostock vom 24. 11. 2004, 6 U 204/02, NJOZ 2005, 4019). Beim Spitalgeld und Genesungsgeld kommt es - wie beim Anspruch auf Taggeld (7 Ob 2393/96d) - nicht darauf an, ob und wie sich das Einkommen des Versicherten tatsächlich verringert hat. Diese Leistungen werden auch gewährt, wenn die Behinderung der Arbeitsfähigkeit oder der Spitalsaufenthalt keinerlei Vermögensnachteil gebracht hat (Summenversicherung; vgl zum Spitalgeld/Krankenhaustagegeld Grimm aaO AUB 99 Nr 2 Rn 59). Im Gegensatz zu den eigentlichen Unterhaltsleistungen einerseits und dem Arbeitsentgelt andererseits muss hier der Versicherer nicht damit rechnen, dass die Zuwendung primär dem Unterhalt des Empfängers dienen soll. Der Kläger hatte im Unfallszeitpunkt als unselbständig Erwerbstätiger Ansprüche auf Entgeltfortzahlung und auf Krankengeld. Er wurde zwar drei Tage nach dem Unfall von seinem Dienstgeber gekündigt, die hier strittigen Leistungen aus der Unfallversicherung dienen aber nicht dazu, einen allenfalls aus einer Kündigung resultierenden künftigen Verdienstentgang abzudecken. Aus den vorstehend dargelegten Gründen kommt dem Taggeld, Spitalgeld und Genesungsgeld weder Unterhaltscharakter zu, noch lässt sich eine Gleichstellung mit einem Arbeitseinkommen im Sinn des Judikats 33 neu begründen.

4. Der Kläger macht weiters geltend, dass nach den USVB 1999 die Beklagte auch bei Vorliegen eines Mitwirkungsanteils das Spitalgeld und Genesungsgeld zur Gänze leisten hätte müssen. Ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer könne nicht damit rechnen, dass auch diese Zusatzleistungen „in späterer Folge“ gekürzt werden könnten. Die Verpflichtung zur Berücksichtigung eines allfälligen Mitwirkungsanteils beziehe sich nach dem Wortlaut, dem systematischen Zusammenhang und dem Allgemeinverständnis lediglich auf die Frage der Invalidität, nicht jedoch auf die zu leistenden Spitalgelder, Genesungsgelder usw.

Nach ständiger Rechtsprechung sind Allgemeine Versicherungsbedingungen nach Vertragsauslegungsgrundsätzen (§§ 914 f ABGB) auszulegen. Die Auslegung hat sich daher am Maßstab des durchschnittlich verständigen

Versicherungsnehmers zu orientieren (RIS-Justiz RS0050063). Die einzelnen Klauseln der Versicherungsbedingungen sind, wenn sie - wie hier - nicht auch Gegenstand und Ergebnis von Vertragsverhandlungen waren, objektiv unter Beschränkung auf ihren Wortlaut auszulegen (RIS-Justiz RS0008901). In allen Fällen ist der einem objektiven Beobachter erkennbare Zweck einer Bestimmung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu berücksichtigen. Nach objektiven Gesichtspunkten als unklar aufzufassende Klauseln müssen daher so ausgelegt werden, wie sie ein durchschnittlich verständiger Versicherungsnehmer verstehen musste, wobei Unklarheiten im Sinn des § 915 ABGB zu Lasten des Verwenders der AVB, also des Versicherers gehen (7 Ob 120/08k, VR 2009/821 mwN).

Ausgehend von diesen Grundsätzen ist der Auslegung von Art 18 USVB 1999 durch die Vorinstanzen beizupflichten. Dass nach Art 18.3 USVB 1999 die „Leistung“ entsprechend dem Anteil der Krankheiten oder Gebrechen, die schon vor dem Unfall bestanden und den Eintritt des Unfalls und/oder die Unfallfolgen beeinflusst haben, zu kürzen ist, sofern dieser Anteil mindestens 25 % beträgt, bezieht sich eindeutig auf sämtliche Leistungsarten des Abschnitts B der USVB 1999 wie etwa Sondervergütung, Taggeld, Spitalgeld und Genesungsgeld (Art 7.9, 9, 10 und 10a). Die von der Beklagten für den Zeitraum bis Ende August 2007 erbrachten Leistungen sind daher um den festgestellten Mitwirkungsanteil von 50 % zu mindern. Da die Beklagte eine Versicherungsleistung nur für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen zu erbringen hat (Art 18.1 USVB 1999), fallen darunter nicht jene Zeiträume (hier: ab September 2007), in denen nicht unfallkausale Heilbehandlungen durchgeführt wurden. Angesichts des klaren Wortlauts der betreffenden Bestimmungen bleibt daher entgegen der Ansicht des Klägers für die Anwendung des § 915 ABGB kein Raum.

Die Revision muss daher erfolglos bleiben.

Die Kostenentscheidung gründet sich auf §§ 41, 50 ZPO.

#### **Schlagworte**

9 Vertragsversicherungsrecht,

#### **Textnummer**

E96766

#### **European Case Law Identifier (ECLI)**

ECLI:AT:OGH0002:2011:0070OB00019.11M.0309.000

#### **Im RIS seit**

11.04.2011

#### **Zuletzt aktualisiert am**

25.02.2013

**Quelle:** Oberster Gerichtshof (und OLG, LG, BG) OGH, <http://www.ogh.gv.at>

© 2025 JUSLINE

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

[www.jusline.at](http://www.jusline.at)