

TE OGH 2009/9/30 7Ob135/09t

JUSLINE Entscheidung

🕒 Veröffentlicht am 30.09.2009

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 Dr. Roch als weitere Richter in der Rechtssache der klagenden Partei Richard K*****, vertreten durch Mag. Bernhard Kontur, Rechtsanwalt in Salzburg, gegen die beklagte Partei S*****-Versicherung AG, *****, vertreten durch Pressl Endl Heinrich Bamberger Rechtsanwälte GmbH in Salzburg, wegen 8.375 EUR sA, über die Revision der beklagten Partei gegen das Urteil des Oberlandesgerichts Linz als Berufungsgericht vom 8. April 2009, GZ 6 R 19/09w-18, womit das Urteil des Landesgerichts Salzburg vom 21. November 2008, GZ 91 Cg 92/07v-14, bestätigt wurde, zu Recht erkannt:

Spruch

Der Revision wird Folge gegeben.

Die Entscheidungen der Vorinstanzen werden dahin abgeändert, dass das Urteil zu lauten hat:

Das Klagebegehren, die beklagte Partei sei schuldig, der klagenden Partei 8.375 EUR samt 4 % Zinsen seit 2. 1. 2007 zu bezahlen, wird abgewiesen.

Die klagende Partei ist schuldig, der beklagten Partei die mit 6.033,71 EUR (darin enthalten 655,29 EUR an USt und 2.102 EUR an Barauslagen) bestimmten Kosten des Verfahrens aller drei Instanzen binnen 14 Tagen zu ersetzen.

Text

Entscheidungsgründe:

Zwischen den Parteien besteht ein Unfallversicherungsvertrag, dem die K*****-Bedingungen für die Unfallversicherung *****(in der Folge: U500) zugrunde liegen. Diese lauten auszugsweise:

„Was ist ein Unfall? - Artikel 6

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

...

Taggeld - Artikel 10

Taggeld bezahlen wir bei dauernder oder vorübergehender Invaldität. Die Leistung erfolgt für die Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Beruf oder in der Beschäftigung der versicherten Person für längstens 365 Tage innerhalb von vier Jahren ab dem Unfalltag. Wird eine Karenzfrist von sieben Tagen vereinbart und die Arbeitsunfähigkeit beginnt mit einem mindestens 24-stündigen Spitalsaufenthalt, entfällt die vereinbarte Karenzfrist.

Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes - Artikel 21

1. Eine Versicherungsleistung wird von uns nur für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen (körperliche Schädigung oder Tod) erbracht.
2. Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades wird ein Abzug in Höhe einer Vorinvalidität nur vorgenommen, wenn durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen ist, die schon vorher beeinträchtigt war. ...
3. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei einer durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung - insbesondere solche Verletzungen, die durch krankhaft abnutzungsbedingte Einflüsse verursacht oder mitverursacht worden sind - oder deren Folgen mitgewirkt, ist im Fall einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades, ansonsten die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens, zu vermindern, wenn dieser Anteil mindestens 25 % beträgt. ...
5. Bei Bandscheibenhernien wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch direkte mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt. ..."

Der am ***** 1957 geborene Kläger war Lagerhalter in einem Druckzentrum. Am 17. 11. 2005 fiel er an seinem Arbeitsplatz beim Absteigen von einem Hubstapler aus ca 1 m Höhe mit dem Rücken zuerst gegen den Stapler und zuletzt auf den Boden. Bei diesem Absturz zog er sich einen Discusprolaps im Wirbelsäulensegment L4/5 zu. Bereits vor diesem Arbeitsunfall hatte der Kläger ihm unbekannt degenerativen Veränderungen an den Bandscheiben in Form einer mäßigen Spondylose, einer geringen Facettengelenksarthrose im Bereich L1 bis S1 sowie einer Bandscheibenvorwölbung im Segment L5-S1. Die degenerativen Veränderungen an den Bandscheiben des Klägers gehen über die normalen altersbedingten Abnutzungserscheinungen hinaus. Zwar hatte der Kläger gelegentlich vor dem Unfall „banale“ Kreuzschmerzen, doch empfand er diese nicht als so gravierend, dass er sich deshalb in ärztliche Behandlung begeben hätte, war er doch davon im Alltag weder bei der Arbeit noch bei der Freizeit beeinträchtigt. Degenerative Bandscheibenerkrankungen weisen ein langsam fortschreitendes Krankheitsbild mit zunehmender klinischer Symptomatik auf. Rein verletzungsbedingte Bandscheibenvorfälle bilden sich im Zeitraum von drei bis vier Monaten zurück. Die Restabilisierung ist ca nach einem Jahr abgeschlossen. Bei rein unfallbedingten Bandscheibenverletzungen kommt es nicht zu späteren Rückfallssymptomen.

Aufgrund des Krankheitsverlaufs ist es ausgeschlossen, dass der Zustand des Klägers nur auf die Wirkung des Sturzes zurückzuführen ist. Die bestehenden Beschwerden des Klägers sind zu 50 % auf den Unfall und zu 50 % auf die bereits vor dem Unfall bestandenen degenerativen Bandscheibenveränderungen zurückzuführen. Die nach dem Unfall festgestellten Bewegungseinschränkungen der Lendenwirbelsäule entsprechen einem Invaliditätsgrad von 20 % der Gesamtsumme. Diese 20 % sind eine Kombination aus Unfallfolgen und degenerativer/weiterschreitender Erkrankung. Die rein unfallbezogene Invalidität besteht im Ausmaß von 10 % der Gesamtsumme. Der Kläger war bis zum 14. 1. 2006 arbeitsunfähig.

Die Beklagte reagierte auf die Erklärung des Klägers, für den Fall der Bestreitung der Unfallkausalität und der dauernden Invalidität eine Entscheidung der Ärztekommision zu verlangen, mit einer ergänzenden Stellungnahme ihres unfallchirurgischen Sachverständigen und der nachfolgenden Mitteilung, dass sich an ihrer Leistungsbereitschaft nichts ändere, sie die Forderung ablehne und der Kläger eine Ärztekommision anrufen könne.

Der Kläger begehrt zuletzt Leistung aus dem Versicherungsvertrag unter Berücksichtigung seiner Vorerkrankung in der Höhe von 10 % der Versicherungssumme. Weiters habe er Anspruch auf Taggeld aufgrund seiner unfallkausalen Arbeitsunfähigkeit. Der Klagsanspruch sei fällig, weil die Beklagte eine Ärztekommision nicht einberufen und die Ansprüche des Klägers erneut abgelehnt habe.

Die Beklagte beantragt die Abweisung des Klagebegehrens unter Hinweis darauf, dass der Bandscheibenprolaps nicht auf den Sturz zurückzuführen sei, sondern vielmehr auf eine bereits vor dem Unfall vorhandene degenerative Vorschädigung der Bandscheiben. Die Verletzung sei nicht durch die direkte mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden und sei eine bloße Verschlimmerung bereits vor dem Unfall bestandener Krankheitserscheinungen. Der Kläger habe überdies die Entscheidung einer Ärztekommision beantragt, deren Verfahren noch nicht durchgeführt sei. Der Anspruch sei nicht fällig.

Das Erstgericht gab dem Klagebegehren statt. Es vertrat die Rechtsansicht, dass die degenerativen Bandscheibenveränderungen beim Kläger nicht als Krankheitserscheinungen im Sinn der U500 zu beurteilen seien,

weil der Kläger davon keine Kenntnis gehabt habe und sie nicht behandlungsbedürftig gewesen seien. Die Beklagte habe den Anspruch endgültig abgelehnt, weshalb Fälligkeit eingetreten sei.

Das Berufungsgericht gab der Berufung der Beklagten nicht Folge. Der Wortlaut der Klausel lasse die Auslegung zu, dass die durch eine direkte mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule (Unfall) entstandene Invalidität versichert und bloß um eine unfallunabhängige Vorinvalidität zu vermindern sei. Unklarheiten in der Bedingungslage seien stets zum Nachteil des Versicherers auszulegen. Durch die Vorinvalidität sei die Versicherungsleistung von 20 % auf 10 % der Gesamtsumme zu mindern. Der Klagsanspruch sei auch fällig, da die Beklagte vorbehaltlos den Anspruch abgelehnt und damit einen konkludenten Verzicht auf das Sachverständigenverfahren abgegeben habe.

Das Berufungsgericht sprach aus, dass die ordentliche Revision zulässig sei, weil zur Auslegung der Versicherungsklausel keine oberstgerichtliche Judikatur vorliege.

Dagegen richtet sich die Revision der Beklagten mit einem Abänderungsantrag; hilfsweise wird ein Aufhebungsantrag gestellt.

Der Kläger beantragt, die Revision zurückzuweisen, hilfsweise ihr nicht Folge zu geben.

Rechtliche Beurteilung

Die Revision ist zulässig, sie ist auch berechtigt.

Unter der Überschrift „Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes“ regelt Artikel 21.5. U500, dass bei Bandscheibenhernien (= Bandscheibenvorfall/-bruch) eine Leistung nur erbracht wird, wenn sie durch direkte mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt. Unter dem Begriff Krankheitserscheinungen versteht ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer (RIS-Justiz RS0008901, RS0050063) zwanglos jedenfalls degenerative Veränderungen die - wie hier - über das normale altersbedingte Ausmaß hinausgehen. Es besteht dadurch ein von der Norm abweichender Zustand, der grundsätzlich Beschwerden verursacht und damit im Alltag als krankhaft bezeichnet wird. Ob der Einzelne die degenerativen Veränderungen auch tatsächlich schmerzhaft wahrnimmt und für behandlungsbedürftig hält, ist dabei nicht von Bedeutung. Der Bandscheibenvorfall trat in jenem Bereich ein, der durch die überdurchschnittlichen Abnützungen betroffen war. Da also der Bandscheibenvorfall beim Kläger nicht nur durch direkte mechanische Einwirkung auf die altersmäßig überdurchschnittlich abgenützte Wirbelsäule entstanden ist, handelt es sich um eine Verschlimmerung der bereits vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen, sodass nach Art 21.5. U500 die Versicherungsdeckung ausgeschlossen ist. Eine andere Interpretation lässt diese Bestimmung nach ihrem klaren Wortlaut (Argument: und) nicht zu. Das Nichtvorliegen von relevanten Krankheitserscheinungen ist Voraussetzung für das Entstehen des Versicherungsschutzes. Gegen die vom Berufungsgericht vorgenommene Interpretation der Klausel spricht auch, dass die Hervorhebung der Bandscheibenhernien entbehrlich wäre, wenn der Versicherungsschutz dafür ohnehin der allgemeinen Regel von Art 21.2. und 21.3. U500 entsprechen sollte. Unter der Überschrift „Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes“ regelt Artikel 21.5. U500, dass bei Bandscheibenhernien (= Bandscheibenvorfall/-bruch) eine Leistung nur erbracht wird, wenn sie durch direkte mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt. Unter dem Begriff Krankheitserscheinungen versteht ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer (RIS-Justiz RS0008901, RS0050063) zwanglos jedenfalls degenerative Veränderungen die - wie hier - über das normale altersbedingte Ausmaß hinausgehen. Es besteht dadurch ein von der Norm abweichender Zustand, der grundsätzlich Beschwerden verursacht und damit im Alltag als krankhaft bezeichnet wird. Ob der Einzelne die degenerativen Veränderungen auch tatsächlich schmerzhaft wahrnimmt und für behandlungsbedürftig hält, ist dabei nicht von Bedeutung. Der Bandscheibenvorfall trat in jenem Bereich ein, der durch die überdurchschnittlichen Abnützungen betroffen war. Da also der Bandscheibenvorfall beim Kläger nicht nur durch direkte mechanische Einwirkung auf die altersmäßig überdurchschnittlich abgenützte Wirbelsäule entstanden ist, handelt es sich um eine Verschlimmerung der bereits vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen, sodass nach Artikel 21 Punkt 5, U500 die Versicherungsdeckung ausgeschlossen ist. Eine andere Interpretation lässt diese Bestimmung nach ihrem klaren Wortlaut (Argument: und) nicht zu. Das Nichtvorliegen von relevanten Krankheitserscheinungen ist Voraussetzung für das Entstehen des

Versicherungsschutzes. Gegen die vom Berufungsgericht vorgenommene Interpretation der Klausel spricht auch, dass die Hervorhebung der Bandscheibenhernien entbehrlich wäre, wenn der Versicherungsschutz dafür ohnehin der allgemeinen Regel von Artikel 21 Punkt 2 und 21 Punkt 3, U500 entsprechen sollte.

Es muss daher das Klagebegehren abgewiesen werden. Auf die Frage der Fälligkeit der Versicherungsleistung kommt es somit nicht an.

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

Für die Berufung steht der dreifache Einheitssatz zu; es wurden keine Beweise aufgenommen und auch keine Ergänzungen des Verfahrens vorgenommen (§ 23 Abs 9 RATG). Für die Berufung steht der dreifache Einheitssatz zu; es wurden keine Beweise aufgenommen und auch keine Ergänzungen des Verfahrens vorgenommen (Paragraph 23, Absatz 9, RATG).

Textnummer

E92099

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:OGH0002:2009:0070OB00135.09T.0930.000

Im RIS seit

30.10.2009

Zuletzt aktualisiert am

18.10.2012

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