jusline®
»» Recht. Schnell

Sie können die QR Codes nützen um später wieder auf die neuste Version eines Gesetzestexts zu gelangen.

TE OGH 2017/12/20 7Ob131/17s

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 20.12.2017

Kopf

Der Oberste Gerichtshof hat als Revisionsgericht durch die Senatspräsidentin Dr. Kalivoda als Vorsitzende sowie die Hofrätinnen und Hofräte Dr. Höllwerth, Dr. E. Solé, Mag. Malesich und MMag. Matzka als weitere Richter in der Rechtssache der klagenden Partei Dr. E***** R*****, vertreten durch die TELOS Law Group Winalek, Wutte-Lang, Nikodem, Weinzinger Rechtsanwälte GmbH in Wien, gegen die beklagte Partei H***** AG, *****, vertreten durch die MUSEY rechtsanwalt gmbh in Wien, wegen 1.998,52 EUR sA und Feststellung, über die Revision der klagenden Partei gegen das Urteil des Handelsgerichts Wien als Berufungsgericht vom 18. April 2017, GZ 1 R 147/16p-17, womit das Urteil des Bezirksgerichts für Handelssachen Wien vom 23. Mai 2016, GZ 6 C 62/16k-13, bestätigt wurde, zu Recht erkannt:

Spruch

Der Revision wird nicht Folge gegeben.

Die klagende Partei ist schuldig, der beklagten Partei die mit 626,52 EUR (darin 104,42 EUR USt) bestimmten Kosten der Revisionsbeantwortung binnen 14 Tagen zu ersetzen.

Text

Entscheidungsgründe:

Die Klägerin ist Fachärztin für Anästhesiologie und Intensivmedizin und hat mit der beklagten Versicherungsgesellschaft von 1. Februar 2010 bis 1. Jänner 2021 einen Betriebsunterbrechungs-versicherungsvertrag für freiberuflich und selbständig Tätige abgeschlossen. Diesem Vertrag liegen – neben den Allgemeinen Bedingungen für die Sachversicherung (ABS), Fassung 1994 – die Allgemeinen Bedingungen für die Betriebsunterbrechungsversicherung für freiberuflich und selbstständig Tätige (ABUB), Fassung 2007, und die Besondere Vertragsbeilage Nummer 127903 der Beklagten zugrunde. Die ABUB lauten auszugsweise wie folgt:

Abschnitt A: Begriffsbestimmungen und Erläuterungen

Die nachstehend definierten Begriffe und Erläuterungen sind Grundlage und integrierender Bestandteil der angeschlossenen Bedingungen.

[...]

Was ist ein Personenschaden?

Als Personenschaden gilt (gelten)

a) die völlige (100%-ige) Arbeitsunfähigkeit der namentlich genannten, den Betrieb verantwortlich leitenden Person (versicherte Person) wegen Krankheit

b) eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % – 100 % der namentlich genannten, den Betrieb verantwortlich leitenden Person (versicherte Person) wegen Unfallfolgen

[...]

d) medizinisch notwendige Nachbehandlungen nach einem Unfall, wenn die Nachbehandlungen innerhalb von 24 Monaten notwendig werden und auf denselben Unfall zurückzuführen sind. Die Karenzfrist wird nur einmal berücksichtigt. Die Ersatzleistung ist in diesem Fall mit der Versicherungssumme begrenzt;

[...]

Was ist eine Heilbehandlung?

Als Heilbehandlung gilt eine medizinische Behandlung, die nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft geeignet erscheint, die Gesundheit wiederherzustellen, den Zustand zu bessern oder eine Verschlechterung zu verhindern.

Was ist keine Heilbehandlung?

Nicht als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten, und es liegt demgemäß in folgenden Fällen kein Personenschaden vor:

a) Behandlungen, die nicht unmittelbar für die Behebung von Krankheitszuständen und / oder Unfallfolgen erforderlich sind

[...]

g) Maßnahmen der Rehabilitation, wenn diese nicht im unmittelbaren Anschluss an eine Heilbehandlung erfolgt

[...]

i) Kur- oder Erholungsaufenthalte, unabhängig von einer Genehmigung des Sozialversicherungsträgers

[...]

Besonderer Teil

Artikel 1 Was ist der Gegenstand und der Umfang der Versicherung?

Soweit eine gänzliche oder teilweise Unterbrechung des versicherten Betriebes (Betriebsunterbrechung) durch einen Sachschaden oder Personenschaden verursacht wird, ersetzt der Versicherer den dadurch entstehenden Unterbrechungsschaden.

[...]

Die Klägerin erlitt im Jahr 2010 eine – operativ versorgte – Meniskusruptur am linken Knie. Am 9. Februar 2014 stürzte die Klägerin und zog sich eine Ruptur des Meniskus im rechten Knie zu; sie entschloss sich diesbezüglich auf ärztliches Anraten zu konservativer Behandlung. Nach vier bis sechs Wochen ging sie wieder arbeiten. Sie erlitt im Juli 2014 erneut eine Ruptur des linken Meniskus.

Die Klägerin stellte im August 2014 bei der BVA einen Antrag auf Bewilligung eines Rehabilitations-, Kur- bzw Erholungsaufenthalts, welcher zunächst verlorenging, woraufhin sie einen neuerlichen Antrag stellte, der für Jänner 2015 für ein Doppelzimmer bewilligt wurde. Da die Klägerin Schlafstörungen hatte und ein Einzelzimmer jedoch nicht frei war, wurde über ihre Intervention der Termin auf April geändert. Die Klägerin war von 7. bis 28. April 2015 im Rehabilitationstrakt des medizinischen Zentrums ***** untergebracht, wo sie fünf bis sechs Behandlungen täglich hatte.

Die Klägerin begehrte für die Dauer ihres Aufenthalts im Rehabilitationstrakt des medizinischen Zentrums***** Verdienstentgang von 1.998,52 EUR sowie die Feststellung der Haftung der Beklagten für künftige Betriebsunterbrechungen aus dem Unfall vom 9. Februar 2014. Es liege ein versicherter Personenschaden vor, der zu einer „Betriebsunterbrechung der versicherten Tätigkeit der Klägerin“ geführt hätte, durch den sie einen Verdienstentgang von über 4.000 EUR erlitten habe. Es liege eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit in der beruflichen

Tätigkeit der Klägerin als Ärztin vor. Die Klausel, wonach Rehabilitationsmaßnahmen, die nicht im direkten Anschluss an eine Heilbehandlung stattgefunden hätten, kein Personenschaden seien, sei überraschend iSd § 864a ABGB und intransparent iSd § 6 Abs 3 KSchG; sie sei nach § 915 ABGB zu Lasten der Beklagten auszulegen.

Die Beklagte bestritt unter Bezugnahme auf die ABUB, dass bei der Klägerin „Arbeitsunfähigkeit in der beruflichen Tätigkeit als Ärztin" vorliege. Die Klägerin sei keine Konsumentin. Es liege eine Rehabilitationsmaßnahme vor, welche nicht im direkten Anschluss an eine Heilbehandlung stattgefunden habe. Die diesbezügliche Klausel sei weder intransparent noch gröblich benachteiligend. Der Klägerin fehle das Feststellungsinteresse.

Das Erstgericht wies das gesamte Klagebegehren ab, weil der Aufenthalt von 7. bis 28. April 2015 ein Rehabilitationsaufenthalt gewesen sei, der nicht in unmittelbarem Anschluss an eine Heilbehandlung stattgefunden habe. Die diesbezügliche Klausel sei nicht überraschend. § 6 Abs 3 KSchG sei zwar auf die Klägerin anzuwenden, ein Widerspruch in den Klauseln oder eine Unklarheit nach § 915 ABGB seien aber nicht erkennbar. Nach der eigenen Darstellung der Klägerin habe sie ihre selbständige Tätigkeit bis auf die Dauer ihrer Krankenstände ausgeübt. Die Arbeitsunfähigkeit sei somit nicht durch das schädigende Unfallereignis selbst bedingt gewesen.

Das Berufungsgericht bestätigte die Klagsabweisung. Zwar liege ein Unfall vor, jedoch könne aus dem Rehabilitationsaufenthalt nicht auf eine Arbeitsunfähigkeit der Klägerin geschlossen werden. Der Begriff „medizinisch notwendige Nachbehandlung" werde durch die Festlegung, dass Rehabilitationsmaßnahmen keine Heilbehandlung seien, näher konkretisiert. Dies sei weder intransparent noch ungewöhnlich iSd § 864a ABGB.

Das Berufungsgericht bewertete den Entscheidungsgegenstand als 5.000 EUR, nicht jedoch 30.000 EUR übersteigend und ließ die ordentliche Revision zur Auslegung des Begriffs der „medizinisch notwendigen Nachbehandlung" zu.

Mit ihrer Revision beantragt die Klägerin die Klagsstattgebung, hilfsweise die Aufhebung.

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

Rechtliche Beurteilung

Die Revision ist zur Klarstellung zulässig; sie ist jedoch nicht berechtigt.

1.1. Allgemeine Versicherungsbedingungen sind nach ständiger Rechtsprechung 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 (RIS-Justiz RS0050063 [insb T71]; RS0112256 [T10]). Es findet deshalb auch die Unklarheitenregelung des§ 915 ABGB Anwendung. Unklarheiten gehen daher zu Lasten der Partei, von der die diesbezüglichen Formularierungen stammen, das heißt im Regelfall zu Lasten des Versicherers (RIS-Justiz RS0050063 [T3]). Die Klauseln sind, wenn sie nicht Gegenstand und Ergebnis von Vertragsverhandlungen waren, objektiv unter Beschränkung auf den Wortlaut auszulegen (RIS-Justiz RS0008901).

1.2. Die allgemeine Umschreibung des versicherten Risikos erfolgt durch die primäre Risikobegrenzung. Durch sie wird in grundsätzlicher Weise festgelegt, welche Interessen gegen welche Gefahren und für welchen Bedarf versichert sind. Auf der zweiten Ebene (sekundäre Risikobegrenzung) kann durch einen Risikoausschluss ein Stück des von der primären Risikoabgrenzung erfassten Deckungsumfangs ausgenommen und für nicht versichert erklärt werden. Der Zweck liegt darin, dass ein für den Versicherer nicht überschaubares und kalkulierbares Teilrisiko ausgenommen und eine sichere Kalkulation der Prämie ermöglicht werden soll. Mit dem Risikoausschluss begrenzt also der Versicherer von vornherein den Versicherungsschutz, ein bestimmter Gefahrenumstand wird von Anfang an von der versicherten Gefahr ausgenommen (RIS-Justiz RS0080166 [insb T10]; RS0080068).

1.3. Dem Versicherungsnehmer (oder Versicherten) muss das Wissen zugemutet werden, dass gewisse Begrenzungsnormen einer Betriebsunter-brechungsversicherung zu Grunde liegen (7 Ob 137/14v). Dem Versicherer steht es frei, bestimmte Risiken vom Versicherungsschutz auszunehmen. Voraussetzung ist, dass dies für den Versicherungsnehmer (oder Versicherten) klar erkennbar geschieht (RIS-Justiz RS0016777).

1.4. Als Ausnahmetatbestände, die die vom Versicherer übernommenen Gefahren einschränken oder ausschließen, dürfen Risikoausschlüsse nicht weiter ausgelegt werden, als es ihr Sinn unter Beachtung ihres wirtschaftlichen Zwecks und der gewählten Ausdrucksweise sowie des Regelungszusammenhangs erfordert. Den Beweis für das Vorliegen

eines Risikoausschlusses als Ausnahmetatbestand hat der Versicherer zu führen (RIS-Justiz RS0107031).

2.1. Bei der Betriebsunterbrechungsversicherung handelt es sich um eine Sachversicherung, bei der der Betrieb und nicht die Person des Betriebsinhabers versichert ist (RIS-Justiz RS0080975).

2.2. Unter Rehabilitation versteht man in der Medizin allgemein die Wiederherstellung der physischen und/oder psychischen Fähigkeiten eines Patienten im Anschluss an eine Erkrankung, ein Trauma oder eine Operation. Als Sekundärziel soll eine Wiedereingliederung in das Sozial- und/oder Arbeitsleben erreicht werden (7 Ob 158/16k).

2.3. Im Revisionsverfahren ist nur mehr strittig, ob für die stattgefundenen Rehabilitationsmaßnahmen Deckungspflicht besteht.

2.4. Die solche Maßnahmen vom versicherten Risiko ausschließende Klausel hält der – der Inhaltskontrolle gemäß § 879 Abs 3 ABGB vorangehenden (RIS-Justiz RS0037089) – Geltungskontrolle nach § 864a ABGB stand. Demnach werden Bestimmungen ungewöhnlichen Inhalts in Allgemeinen Geschäftsbedingungen oder in Vertragsformblättern, die ein Vertragsteil verwendet, nicht Vertragsbestandteil, wenn sie dem anderen Teil nachteilig sind und er mit ihnen nach den Umständen, vor allem nach dem äußeren Erscheinungsbild der Urkunde, nicht zu rechnen brauchte, es sei denn, der eine Vertragsteil hätte den anderen besonders drauf hingewiesen. Verstößt eine Vertragsbestimmung gegen diese Vorschrift, so gilt der Vertrag ohne sie. Objektiv ungewöhnlich ist nur eine Klausel, die von den Erwartungen des Vertragspartners deutlich abweicht, mit der er also nach den Umständen vernünftigerweise nicht zu rechnen brauchte; der Klausel muss also ein Überrumpelungseffekt oder Übertölpelungseffekt innewohnen. Insbesondere dann, wenn nur ein beschränkter Adressatenkreis angesprochen wird, kommt es auf die Branchenüblichkeit und den Erwartungshorizont der angesprochenen Kreise an (RIS-Justiz RS0014646). Ein Abstellen auf die subjektive Erkennbarkeit gerade für den anderen Teil ist daher ausgeschlossen (7 Ob 194/11x mwN).

2.5. Ein solcher Überrumpelungs- oder Übertölpelungseffekt ist hier zu verneinen.

Die ABUB enthalten in ihrem Allgemeinen Teil neben ihrer Überschrift noch Begriffsbestimmungen und Erläuterungen. Unter der Überschrift „Was ist ein Personenschaden?“ werden über die unmittelbar durch Krankheit oder Unfall verursachte Arbeitsunfähigkeit hinaus medizinisch notwendige Nachbehandlungen bis zu 24 Monate nach einem Unfall als Personenschaden in diesem Sinne definiert. Diese Klausel nimmt damit in zeitlicher Hinsicht eine primäre Beschränkung dahin vor, dass mehr als 24 Monate nach einem Unfall stattfindende (Nach-)Behandlungen keinen Versicherungsschutz genießen.

Unter der Überschrift „Was ist kein Sach- bzw Personenschaden?“ unmittelbar danach werden Ereignisse genannt, in deren Gefolge eintretende Schäden nicht als Sach- oder Personenschäden gelten sollen (Krieg und innere Unruhen; Verlust und Zerstörung von Bargeld und Geschäftspapieren; Strom-Überspannung; Elementarnatur-ereignisse; Holzfäule).

Nach weiteren Definitionen werden unter der Überschrift „Was ist eine Heilbehandlung?“ medizinisch notwendige Behandlungen zur Wiederherstellung der Gesundheit, der Zustandsbesserung und der Verhinderung einer Verschlechterung als Heilbehandlung im Sinne der Versicherungsbedingungen definiert.

Unmittelbar anschließend werden unter der Überschrift „Was ist keine Heilbehandlung?“ Maßnahmen der Rehabilitation als keine Heilbehandlung und kein Personenschaden definiert, wenn sie nicht im unmittelbaren Anschluss an eine Heilbehandlung erfolgt. Damit ist für den durchschnittlichen Versicherungsnehmer durchaus erkennbar, dass Rehabilitationsmaßnahmen grundsätzlich als Heilbe-handlungen Nachbehandlungen im Sinn der Bedingungen sind. Sie sind nur dann keine Heilbehandlungen, wenn der Risikoausschluss greift, nämlich wenn sie nicht unmittelbar im Anschluss an andere Heilbehandlungen erfolgen. Dann soll kein Personenschaden im Sinn der Bedingung vorliegen.

2.6. Wie bereits dargelegt sind Risikoausschlussklauseln in Versicherungsbedingungen für einen Versicherungsnehmer an sich nicht objektiv ungewöhnlich. Aus der Systematik und dem Aufbau der Bedingungen lässt sich auch nicht ableiten, dass der Versicherungsnehmer mit der Klausel an der Stelle, an der sie sich in den Bedingungen befindet, nicht hätte rechnen müssen. Sie gehört zu jenem Teil der Bedingungen, in denen nach der Überschrift allgemein Begriffe bestimmt und Erläuterungen gegeben werden sollen. Der Klausel, die den Sachschaden definiert, folgt jene zum Personenschaden. Dieser wiederum folgt die Klausel, die sich ausdrücklich in der Überschrift auf Sach- und Personenschäden gemeinsam bezieht und Ausschlüsse hinsichtlich bestimmter besonderer Ereignisse definiert, in

deren Gefolge die Schäden eintreten („Nicht als Sachschäden und nicht als Personenschäden gelten …“). Dass diese Klausel damit bereits abschließend alle Risikoausschlüsse für Personenschäden regelt, lässt sich weder aus der Systematik der Bedingungen (die Begriffsbestimmungen und Erläuterungen werden fortgeführt und die Heilbehandlungen gesondert geregelt) noch aus dem Inhalt der Klausel (sie bezieht sich bloß auf „Elementarereignisse“ und keine für Personenschäden spezifischen Umstände) erschließen.

2.7. Im Gegenstand liegt kein Verbrauchergeschäft iSd§ 1 Abs 1 KSchG vor. Eine Unklarheit oder Unverständlichkeit der Klausel (vgl § 6 Abs 3 KSchG) ist auch nicht erkennbar.

2.8. Eine – in der Revision nicht angesprochene – gröbliche Benachteiligung liegt nicht vor, zumal – wie das Berufungsgericht ebenfalls zutreffend ausführte – eine derartige Risikobegrenzung angesichts eines insofern kaum kalkulierbaren Risikos naheliegt.

3. Die Kostenentscheidung stützt sich auf §§ 50, 41 ZPO.

Textnummer

E120533

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:OGH0002:2017:0070OB00131.17S.1220.000

Im RIS seit

06.02.2018

Zuletzt aktualisiert am

23.04.2019

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