

RSS-0045-26
 = RSS-E 45/26

Empfehlung der Schlichtungskommission vom 1.7.2026

Vorsitzende	Univ. Prof. Dr. Sonja Bydlinski, MBA
Beratende Mitglieder	Akad. Vkkf. Brigitte Felber MLS Joachim Tristan Groh Dr. Wolfgang Reisinger
Schriftführer	Mag. Christian Wetzelsberger

Antragsteller	(anonymisiert)	Versicherungs- nehmer
vertreten durch	(anonymisiert)	Versicherungs- makler
Antragsgegnerin	(anonymisiert)	Versicherer
vertreten durch	-----	

Spruch

Die Schlichtungskommission gibt keine Empfehlung ab.

Begründung

Der Antragsteller hat bei der antragsgegnerischen Versicherung eine Unfallversicherung zur Polizzennr. (anonymisiert) abgeschlossen. Mitversichert ist die Ehegattin des Antragstellers, (anonymisiert), mit einer Versicherungssumme von (indexangepasst) 311.540 EUR.

Vereinbart sind die Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung 2019 - Fassung 06/2021 (UE00), welche auszugsweise lauten:

„Versicherungsleistungen Dauernde Invalidität - Artikel 7

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

1. Voraussetzung 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. Sie ist unter Vorlage eines Befundberichtes, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit verbleibenden Invalidität hervorgeht, bei uns geltend gemacht worden. Kein Anspruch

auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.(...)

15. Direktleistung

15.1. In Abänderung des Artikels 18 wird bei der Versicherung von Dauerinvalidität bereits bei erstmaliger Anspruchsstellung nach einem Unfall eine garantierte Direktleistung für die in der Polizze im Verletzungskatalog (s.UE46/UE47) angeführten Verletzungen vorgenommen.

15.2. Tritt eine dieser Verletzungen infolge eines Unfalles ein, wird die garantierte Direktleistung nach Vorlage einer nachvollziehbaren Krankengeschichte (z.B. ärztlicher Befundbericht, Arztbrief, Entlassungsbericht vom Spital und Röntgen- oder MRT-Befund) sofort ausgezahlt. Sollten in den uns vorgelegten medizinischen Unterlagen Vorerkrankungen oder Vorverletzungen dokumentiert sein, die nahelegen, dass sie an den Unfallfolgen mitgewirkt haben, behalten wir uns vor, den Anspruch auf Direktleistung durch einen medizinischen Gutachter überprüfen zu lassen. Es kommt der Art. 21, Pkt. 2 und 3 zur Anwendung.

15.3. Mit dieser garantierten Direktleistung sind grundsätzlich alle Ansprüche aus dem Titel Dauerinvalidität abgegolten. Die versicherte Person ist jedoch berechtigt, die Beurteilung der Unfallfolgen durch einen Sachverständigen zu verlangen (siehe Pkt. 15.9). Sollte die gutachterliche Untersuchung eine höhere Leistung als die bereits ausgezahlte Direktleistung ergeben, wird die Differenz nachgezahlt. Sollte das Gutachten eine niedrigere Leistung als die bereits ausgezahlte Direktleistung ergeben, behalten wir uns das Recht vor, die zu viel bezahlte Leistung rück zu fordern (siehe Art. 21, Pkt. 2 und 3).

(...)

15.8. Findet sich die Verletzung nach einem Unfall nicht im Verletzungskatalog wieder, kann die versicherte Person zur Feststellung einer möglichen Unfallinvalidität nach dem Unfall ein Sachverständigengutachten anfordern (siehe Pkt. 15.9).

15.9. Grundsätzlich kann die Begutachtung durch einen Sachverständigen frühestens ein Jahr nach dem Unfall erfolgen, stehen die Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht bereits früher eindeutig fest, kann dies auch bereits innerhalb eines Jahres erfolgen.

Wann sind unsere Leistungen fällig und wann verjähren sie? - Artikel 18

1. Unsere Geldleistungen werden umgehend nach Beendigung aller unserer Erhebungen fällig, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung nötig sind.

2. Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn Sie nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung von uns verlangen, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und wir diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entsprechen.

3. Steht unsere Leistungspflicht fest, lässt sich aber aus Gründen, die Sie nicht verschuldet haben, die Höhe der Versicherungsleistung innerhalb eines Monats nach Eingang der Schadensanzeige nicht feststellen, haben wir auf Ihr Verlangen angemessene Vorschüsse zu leisten.(...)

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. Die Vorinvalidität wird nach Artikel 7 „Dauernde Invalidität“ Pkt. 2 und 3 bemessen.*
- 3. Haben Krankheiten oder Gebrechen, bei der 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. Dies gilt insbesondere auch, wenn die Gesundheitsschädigung durch einen abnutzungsbedingten Einfluss mit Krankheitswert, wie beispielsweise Arthrose, mitverursacht worden ist.(...)“*

Gemäß der Vereinbarung UE47 - Garantierte Direktleistung Premium, zahlt der Versicherer „bei Riss oder Durchtrennung (Ruptur) eines Seitenbandes im Knie“ 4% der Versicherungssumme als Direktleistung.

Die Antragstellervertreterin meldete der Antragsgegnerin am 29.1.2026 einen Unfall der Mitversicherten vom 21.1.2026 (Schadennr. (*anonymisiert*)). Sie sei auf dem Weg zur Schule auf einer Eisplatte ausgerutscht und gestürzt und habe sich das Innenband im linken Knie verletzt.

Am 6.2.2026 reichte die Antragstellervertreterin einen MRT-Befund der Praxis (*anonymisiert*) ein, der eine „Partialruptur (Grad II) vor allem des ventralen/oberflächlichen Anteiles des medialen Kollateralbandes mit ausgeprägtem Weichteilödem sowie Mitbeteiligung des Retinaculum patellae mediale“ ausweist. Sie forderte daher namens des Versicherungsnehmers einen Betrag von 12.461,60 EUR als Direktleistung ein.

Die Antragsgegnerin teilte mit Schreiben vom 7.3.2026 mit, dass eine Leistung aus dem Direktleistungskatalog anhand der vorliegenden Befunde nicht möglich sei. Eine eventuelle Vorinvalidität oder Mitwirkung müsse bei den Unfallfolgen berücksichtigt werden, dies sie nur durch einen Gutachter möglich.

Die Antragstellervertreterin brachte daraufhin vor, die ebenfalls festgestellte fokale Chondromalazie stelle keine strukturelle Vorschädigung des medialen Kollateralbandes dar, eine wesentliche Mitwirkung an der unfallbedingten Bandverletzung sei nicht nachvollziehbar.

Da die Antragsgegnerin weiterhin nicht leistete, brachte die Antragstellervertreterin namens des Antragstellers am 3.4.2026 einen Schlichtungsantrag ein. Sämtliche Prämissen für die Erbringung der garantierten Direktleistung seien durch den Versicherungsnehmer erfüllt worden, der Versicherer daher seit 6.2.2026 leistungspflichtig.

Die Antragsgegnerin nahm mit Schreiben vom 28.4.2026 wie folgt Stellung:

„(...)Wir verweisen auf unsere Bedingungen Artikel 7. Punkt 15.2. (...)

Eine eventuelle Vorinvalidität oder Mitwirkung muss bei den Unfallfolgen berücksichtigt werden.

Aus den Unterlagen ist eine Vorschädigung ersichtlich.

Eine eindeutige Klärung ist im vorliegenden Fall nur durch einen Gutachter möglich.

Da jedoch eine Begutachtung erst 1 Jahr nach dem Unfall und Abschluss aller Heilbehandlungen möglich ist, ersuchen wir nach Behandlungsabschluss um Kontaktaufnahme.

Durch den uns vorliegenden MRT-Befund ist klar ersichtlich, dass bereits ein massiver Knorpelschaden am linken Knie vorlag.

Somit handelt es sich beim linken Knie um kein gesundes Körperteil, sondern ein bereits vorgeschädigtes.

Das Ausmaß der Vorschädigung (Mitwirkung) kann jedoch nur ein medizinischer Sachverständiger bestimmen.

Wir verweisen daher auf die gutachterliche Untersuchung in einem Jahr.(...)“

Die Antragstellervertreterin gab mit Schreiben vom 6.5.2026 folgende Gegenäußerung ab:

„(...)Die Stellungnahme der (anonymisiert) verfehlt den Kern der Sache. Streitentscheidend ist nicht, ob nach den Bedingungen abstrakt eine medizinische Überprüfung möglich sein kann. Streitentscheidend ist vielmehr, dass der in Art. 7 Pkt. 15.2 UE00 vorgesehene Prüfvorbehalt nur dann eröffnet ist, wenn die vorgelegten medizinischen Unterlagen Vorerkrankungen oder Vorverletzungen dokumentieren, die nahelegen, dass sie an den konkreten Unfallfolgen mitgewirkt haben. Diese tatbestandliche Voraussetzung ist hier nicht erfüllt. Sie wird von der (anonymisiert) lediglich behauptet.

Art. 7 Pkt. 15.1 UE00 sieht für die in der Polizze im Verletzungskatalog angeführten Verletzungen eine garantierte Direktleistung bereits bei erstmaliger Anspruchsstellung nach einem Unfall vor. Art. 7 Pkt. 15.2 UE00 bestimmt, dass die garantierte Direktleistung nach Vorlage einer nachvollziehbaren Krankengeschichte, etwa eines ärztlichen Befundes oder MRT-Befundes, sofort auszuzahlen ist, wenn eine katalogisierte Verletzung infolge eines Unfalles eingetreten ist.

Genau diese Voraussetzungen liegen vor: Die unfallkausale Verletzung ist eine Partialruptur des medialen Kollateralbandes. Diese Verletzung wurde im Schlichtungsantrag als im Verletzungskatalog erfasst geltend gemacht. Die Leistungshöhe von EUR 12.461,60 ist rechnerisch hergeleitet und wurde von der (anonymisiert) der Höhe nach nicht substantiiert bestritten.

Der nachgeschobene Hinweis auf einen retropatellaren Knorpelschaden beseitigt diese Voraussetzungen nicht. Eine fokale Chondromalazie hinter der Kniescheibe ist nicht schon begrifflich oder medizinisch gleichzusetzen mit einer strukturellen Vorschädigung des medialen Kollateralbandes. Die Bedingungen verlangen aber nicht irgendeinen Befund im selben Kniegelenk, sondern eine dokumentierte Vorerkrankung oder Vorverletzung, die eine Mitwirkung an den konkreten Unfallfolgen nahelegt.

Die (anonymisiert) beruft sich auf Art. 7 Pkt. 15.2 UE00. Diese Klausel enthält jedoch keinen voraussetzungslosen Freibrief, eine garantierte Direktleistung allein aufgrund

einer pauschalen Behauptung zurückzustellen. Der Wortlaut knüpft den Prüfvorbehalt an eine konkrete, in den vorgelegten medizinischen Unterlagen dokumentierte Vorerkrankung oder Vorverletzung, die nahelegt, dass sie an den Unfallfolgen mitgewirkt hat.

„Nahelegen“ ist mehr als ein bloßes Für-möglich-Halten. Erforderlich ist ein aus den vorgelegten Unterlagen nachvollziehbarer, sachlicher Bezug zwischen der dokumentierten Vorerkrankung/Vorverletzung und der konkret entschädigungsrelevanten Unfallfolge. Ein solcher Bezug fehlt hier. Der MRT-Befund dokumentiert die Bandverletzung als akute Unfallfolge mit Weichteilödem. Die daneben angeführte retropatellare Chondromalazie betrifft den Knorpel hinter der Kniescheibe, nicht das mediale Kollateralband.

Die Auffassung der (anonymisiert) liefe darauf hinaus, dass jede degenerative oder altersentsprechende Auffälligkeit in einem Gelenk genügt, um eine garantierte Direktleistung zu blockieren. Dadurch würde die zugesagte Direktleistung praktisch entwertet: Der Versicherer müsste lediglich eine unspezifische „Vorschädigung“ behaupten, um die sofortige Zahlung zu verweigern. Ein derartiges Verständnis ist mit Wortlaut, Zweck und Systematik der Direktleistung nicht vereinbar.

Auch die Berufung der (anonymisiert) auf eine Begutachtung erst ein Jahr nach dem Unfall trägt nicht. Art. 7 Pkt. 15.9 UE00 regelt die Begutachtung durch einen Sachverständigen. Diese Bestimmung betrifft nach ihrer Stellung und Systematik die sachverständige End- oder Nachbemessung der Unfallfolgen, insbesondere in den ausdrücklich genannten Fällen, in denen die versicherte Person eine höhere Leistung geltend macht, mehrere Verletzungen an unterschiedlichen Körperteilen betroffen sind, besonders schwere Verletzungen als Vorauszahlung behandelt werden oder eine Verletzung nicht im Verletzungskatalog enthalten ist.

Art. 7 Pkt. 15.9 enthält hingegen keine Bestimmung, wonach die in Art. 7 Pkt. 15.2 ausdrücklich als „sofort“ auszuzahlende Direktleistung generell ein Jahr lang zurückgestellt werden darf. Eine solche Lesart würde die vertragliche Zusage einer garantierten Direktleistung bei erstmaliger Anspruchsstellung in ihr Gegenteil verkehren.

Selbst wenn man den Prüfvorbehalt des Art. 7 Pkt. 15.2 als eröffnet ansehen wollte, folgt daraus nicht automatisch eine Wartefrist von einem Jahr. Die (anonymisiert) vermischt den medizinischen Prüfvorbehalt bei behaupteter Mitwirkung mit der konventionellen bzw. sachverständigen Invaliditätsbemessung. Gerade diese Vermischung verfehlt den Nucleus der Direktleistungsregelung.

Art. 21 Pkt. 2 UE00 erlaubt einen Abzug wegen Vorinvalidität nur, wenn durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen ist, die schon vorher beeinträchtigt war. Dafür fehlt jeder konkrete Nachweis. Eine retropatellare Chondromalazie belegt keine vorbestehende Funktionsbeeinträchtigung des medialen Kollateralbandes.

Art. 21 Pkt. 3 UE00 setzt für eine Kürzung wegen Krankheiten oder Gebrechen voraus, dass diese an der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt haben und der Anteil mindestens 25 % beträgt. Auch diese Voraussetzung ist nicht dargelegt. Die (anonymisiert) benennt keinen konkreten

Mitwirkungsmechanismus und keinen Anteil; sie verweist lediglich auf einen Knorpelschaden und verschiebt die Klärung pauschal auf ein späteres Gutachten. Nach der Rechtsprechung trifft den Versicherer die Beweislast für die Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an den Unfallfolgen, insbesondere dafür, dass deren Anteil mindestens 25 % beträgt. Dieser Maßstab bestätigt, dass eine bloße Behauptung nicht genügt. Wenn schon für eine Kürzung der Leistung der konkrete Mitwirkungsanteil beweispflichtig ist, kann erst recht nicht eine garantierte Direktleistung durch eine pauschale, medizinisch nicht hergeleitete Vermutung blockiert werden.(...)“

Rechtlich folgt:

Allgemeine Versicherungsbedingungen sind nach allgemeinen Vertragsauslegungsgrundsätzen der §§ 914 f ABGB auszulegen. Dabei ist vom Verständnis eines durchschnittlichen Versicherungsnehmers auszugehen. Unklarheiten gehen zu Lasten des Versicherers (RIS-Justiz RS0112256, RS0050063).

Art 7.15.1 UE00 regelt - in Abänderung des Art 18 UE00 -, dass bei der Versicherung von Dauerinvalidität bereits bei erstmaliger Anspruchsstellung nach einem Unfall eine garantierte Direktleistung für die in der Polizza im Verletzungskatalog angeführten Verletzungen vorgenommen wird. Für den Fall, dass eine dieser Verletzungen infolge eines Unfalls eintritt, sieht Art 7.15.2 UE00 vor, dass die garantierte Direktleistung nach Vorliegen einer nachvollziehbaren Krankengeschichte sofort ausbezahlt wird. Weiters behält sich die Antragsgegnerin - sollte in den vorgelegten medizinischen Unterlagen eine Vorerkrankung oder Vorverletzung dokumentiert sein, die eine Mitwirkung an den Unfallfolgen nahelegen - vor, den Anspruch auf Direktleistung durch ein medizinisches Gutachten überprüfen zu lassen.

Ein durchschnittlich verständiger Versicherungsnehmer versteht Art 7.15.1 iVm Art 7.15.3 UE00 dahin, dass aus Sicht des Versicherers nach Durchführung der in Art 7.15.2 UE00, durch Vorlage einer Krankheitsgeschichte standardisierten, Erhebungen zum Grunde und der Höhe der Versicherungsleistung für Dauerinvalidität wegen Verletzungen, die im Verletzungskatalog aufgelistet sind, diese Erhebungen beendet sind und damit die Fälligkeit der (gesamten zustehenden) Geldleistung im Sinn des Art 18.1 UE00 eingetreten ist, dies jedoch nur dann wenn keine Vorerkrankungen oder Vorverletzungen dokumentiert sind (vgl zum Fall einer Direktleistung ohne Vorschädigung 7 Ob 157/23y).

Im vorliegenden Fall ist strittig, ob Vorerkrankungen oder Gebrechen im Sinne des Artikel 21 UE00 an den Unfallfolgen mitgewirkt haben und wenn ja, mit welchem Anteil. Die Antragsgegnerin verweist zu Recht darauf, dass sie gemäß Art 7, Pkt. 15.2. den Anspruch durch einen medizinischen Gutachter überprüfen lassen darf. Sie verweist dabei jedoch auf Artikel 7, Pkt. 15.9., wonach die Begutachtung durch einen Sachverständigen frühestens ein Jahr nach dem Unfall erfolgen könne.

Dem ist jedoch nicht zu folgen: es widerspricht dem Sinn und Zweck der Direktleistung, wenn eine Auszahlung wiederum erst nach einem Jahr erfolgen könne, zu einem Zeitpunkt, wo

auch die endgültige Abwicklung des Versicherungsfalles durch abschließende Feststellung der Dauerfolgen möglich ist. Dass es zu einer Verletzung gekommen ist, die im Verletzungskatalog für die Direktleistung angeführt ist, wird von der Antragsgegnerin auch nicht substantiiert bestritten. Wieso aber der Mitwirkungsanteil an der Verletzung selbst, nicht an den dadurch erlittenen Dauerfolgen, erst ein Jahr nach dem Unfall feststellbar sein soll, ist aus Sicht der Schlichtungskommission nicht nachvollziehbar.

Gemäß Punkt 4.6.2 lit b der Satzung der RSS ist keine Empfehlung abzugeben, wenn der Sachverhalt betreffend den Antragsgegenstand strittig ist und nur durch ein Beweisverfahren nach den Zivilverfahrensgesetzen geklärt werden kann. Dies ist hier der Fall.

Die Frage, ob Vorerkrankungen oder Gebrechen im Sinne des Artikel 21 UE00 an den Unfallfolgen mitgewirkt haben und wenn ja, mit welchem Anteil, kann nicht von der Schlichtungskommission geklärt werden, sondern lässt sich nur auf der Grundlage eines gerichtlichen Beweisverfahrens beurteilen.

Für die Schlichtungskommission:

Dr. Bydlinski eh.

Wien, am 1. Juli 2026