



Rechtsservice- und Schlichtungsstelle
des Fachverbandes der Versicherungsmakler und
Berater in Versicherungsangelegenheiten

RSS

Stubenring 16 / Top 7
1010 Wien
Tel: 05 - 90 900 - DW 5085 (Fax DW 118225)
rss@wko.at

eine Einrichtung der



RSS-0057-24-11
= RSS-E 85/24

Empfehlung der Schlichtungskommission vom 6.11.2024

Vorsitzender	Hofrat Dr. Gerhard Hellwagner
Beratende Mitglieder	Johann Mitmasser Balász Rudolf, MA Mag. Daniela Schenett
Schriftführer	Mag. Christian Wetzelsberger

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

Spruch

Der Antrag, der antragsgegnerischen Versicherung im Schadenfall Nr. (anonymisiert) die Zahlung von weiteren 10.501,00 EUR aus der Unfallversicherung zur Polizzennr. (anonymisiert) zu empfehlen, wird abgewiesen.

Begründung

Der Antragsteller hat bei der antragsgegnerischen Versicherung eine Unfallversicherung zur Polizzennr. (anonymisiert) abgeschlossen. Vereinbart sind die Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung 2019 - Fassung 06/2021, welche auszugsweise lauten:

„Versicherungsleistungen

Dauernde Invalidität - Artikel 7

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).

15.4. Sind mehrere Verletzungen an unterschiedlichen Körperteilen betroffen, die sich im Verletzungskatalog wiederfinden, werden die jeweiligen garantierten Direktleistungen zusammengerechnet. Als Obergrenze der Leistung werden 50% der Versicherungssumme für Dauerinvalidität (gilt nicht für Hochrisikoschutz) festgesetzt, die endgültige Bemessung muss durch einen Sachverständigen erfolgen (siehe Pkt. 15.9).

15.5. Kommt es durch ein Unfallgeschehen zu mehreren Verletzungen an einem Körperteil, wird die garantierte Direktleistung immer von der am Höchsten bewerteten Verletzung geleistet.(...)“

Strittig ist die Höhe der Direktleistung nach einem Unfall des Antragstellers vom 20.1.2024. Der Antragsteller kam beim Rodeln zu Sturz und brach sich dabei zwei Brustwirbel (Schadenr. (anonymisiert)).

Die Antragsgegnerin rechnete mit Schreiben vom 6.4.2024 die Direktleistung als Bruch eines Brustwirbels mit 5% der Versicherungssumme, d.s. 10.501,00 EUR, ab.

Der Antragstellervertreter brachte dagegen vor, dass laut Verletzungskatalog dies der Leistung bei Bruch eines Brustwirbels entspreche, jedoch die Leistung bei Bruch zweier Brustwirbel doppelt so hoch sein müsse.

Die Antragsgegnerin antwortete daraufhin mit Schreiben vom 9.4.2024 wie folgt:

„(...)bei der Direktleistung wird nur die am höchsten zu bewertende Leistung je Gliedmaße abgerechnet.

Es spielt bei der Direktleistung daher keine Rolle, wenn 2 Brustwirbelfrakturen vorliegen. (...)“

Dagegen richtet sich der Schlichtungsantrag vom 15.7.2024. Darin bringt der Antragstellervertreter vor:

„(...)Eine derartige Regelung ergibt sich weder aus der Versicherungspolizze, noch aus den korrespondierenden Bedingungen. Bereits der Logik folgend, muss es so sein, dass wenn bei Bruch eines Brustwirbels 5 % zur Auszahlung gelangen, bei Bruch zweier

Brustwirbel 10 % zur Auszahlung gelangen. Eine andere Interpretation steht geradezu diametral im Gegensatz zu allen zivilrechtlichen Auslegungsgrundsätzen.(...)“

Die Antragsgegnerin nahm mit Schreiben vom 12.8.2024 wie folgt Stellung:

„(...)Gemäß den geltenden Versicherungsbedingungen (UE47 - garantierte Direktleistung Premium) gilt:

UE47/4: Sind mehrere Verletzungen an unterschiedlichen Körperteilen betroffen, die sich im Verletzungskatalog wiederfinden, werden die jeweiligen garantierten Direktleistungen zusammengerechnet.

UE47/5: Kommt es durch ein Unfallgeschehen zu mehreren Verletzungen an einem Körperteil, wird die garantierte Direktleistung immer von der am höchsten bewerteten Verletzung geleistet.

Eine Summierung von mehreren Verletzungen am selben Körperteil ist bedingungsgemäß nicht vorgesehen.

Wir bitten daher um Verständnis, dass keine doppelte Anweisung der Direktleistung erfolgen kann. (...)“

Der Antragstellervertreter gab dazu mit Schreiben vom 23.8.2024 folgende Gegenäußerung ab:

„(...)Vorauszuschicken ist, dass es sich gegenständlich um einen Konsumentenvertrag handelt. Der Versicherungsnehmer ist kein Unternehmer, sondern er ist Konsument. Konsumentenverträge sind dem Transparenzgebot gem. § 6 Abs. 3 KSchG zu unterwerfen.

Demnach sind in den AGB enthaltene Bestimmungen unwirksam, wenn sie unklar oder unverständlich abgefasst sind.

Genau dies ist gegenständlich der Fall.

Bei der Transparenzkontrolle geht es nicht darum, eine Formulierung dergestalt zu treffen, dass sie gerade noch verständlich ist, sondern ganz im Gegenteil, es gilt ein Optimierungsgebot, was bedeutet, dass der AGB Anwender sich so klar und verständlich wie möglich auszudrücken hat.

Praktisch bedeutet dies, dass es für die Unwirksamkeit einer Klausel genügt, wenn sie nicht so gut formuliert wurde, wie es der Fall sein könnte.

Insbesondere ist dazu folgendes aufgefallen:

1) *Die Überschrift zur korrespondierenden Versicherungsleistung innerhalb der Polize lautet „**Garantierte Direktleistung Premium**“. Hierbei handelt es sich um eine besonders eindruckliche Überschrift, die bereits alleine durch die gewählte Formulierung eine gewisse Begehrlichkeit beim Versicherungsnehmer weckt, ist es doch so, dass das zivilrechtliche Konstrukt einer Garantie jedermann geläufig ist, und alleine die Verwendung des Wortes „Garantie“ daher beim durchschnittlich verständigen Versicherungsnehmer besonders vertrauenserweckend wirkt.*

In Anbetracht dieser Gesamtschau ist es daher bereits als intransparent anzusehen, im Versicherungsschein (Polizze) einen Verletzungskatalog mit der Überschrift **„Garantierte Direktleistung Premium“** zu versehen, und dann innerhalb der AUVB vermeintlich eine derartige Leistungseinschränkung zu manifestieren. Dies kommt einer Irreführung des Konsumenten gleich, der Versicherer war hier offenbar besonders bemüht ein Gefühl von Sicherheit zu erwecken, was in den AVB sodann - zumindest versucht wurde - relativiert wurde.

2) Gegenständlich geht es um den Bruch zweier Brustwirbel, daher beziehe ich mich auf die Position „Brustwirbel“ innerhalb des Verletzungskatalogs in der Polizze. Es handelt sich dort um eine taxative Aufzählung von unterschiedlichen Körperteilen, bei deren Amputation, Fraktur, oder Ruptur ein im Vorhinein bestimmter Prozentsatz der Versicherungssumme für Dauernde Invalidität zur Auszahlung gelangt. Die gegenständlich relevante Formulierung (vom Versicherer gewählt) lautet:

Bei Bruch (Fraktur) eines Brustwirbels - 5 %.

Damit ist gemeint, dass der Versicherungsnehmer bei Bruch eines Brustwirbels 5 % von der Versicherungssumme für Dauernde Invalidität erhält.

Bereits der einfachen Logik folgend, kann ein durchschnittlich verständiger Versicherungsnehmer diese Formulierung nur dahingehend verstehen, als dass wenn es zum Bruch zweier Brustwirbel kommt, zweimal 5 % zur Auszahlung gelangen.

3) Der Versicherer hat es verabsäumt, eine klare Definition für das Wort Körperteil zu treffen.

Ist es doch so, dass ein durchschnittlich verständiger Versicherungsnehmer es so verstehen kann, dass jeder Brustwirbel ein eigenes Körperteil darstellt.

4) Wenn es so ist, dass der Versicherungsnehmer, die vom Versicherer gewählte Formulierung so verstehen darf, dass jeder Brustwirbel ein eigenes Körperteil darstellt, so würde der Versicherungsnehmer die vom Versicherer ins Treffen geführte Bestimmung in den AUVB auch dahingehend verstehen, dass die Direktleistung nur dann nicht doppelt erbracht werden würde, wenn ein Brustwirbel zweifach gebrochen werden würde. Gegenständlich ist aber genau das Gegenteil der Fall, nämlich zwei Brustwirbel wurden jeweils einmal gebrochen.

5) Wenn es so wäre wie der Versicherer vermeint, dann würde z.B. bei einer Ruptur zweier Kreuzbänder (jeweils im linken und im rechten Bein) lediglich die **„Garantierte Direktleistung“** für die Ruptur eines Kreuzbandes zur Auszahlung gelangen, was eine für den durchschnittlich verständigen Versicherungsnehmer, völlig unerkennbare, und überraschende Auslegung des Vertragsinhaltes wäre. Dergestalt Auslegungsversuche führen schlicht ins Absurde.

Der Versicherer hätte diesen Unklarheiten mit einer deutlich einfacheren Formulierung aus dem Weg gehen können, wenn er z.B. bereits innerhalb der Polizze, unter der Überschrift **„Garantierte Direktleistung Premium“** manifestiert hätte, dass der Prozentsatz für die jeweilig aufgeführten Positionen innerhalb des

Verletzungskataloges immer nur einmal zur Auszahlung gelangt, was auch dann der Fall ist, wenn z.B. das Kreuzband im rechten und im linken Knie gerissen ist.

Rechtlich folgt:

Der Versicherungsvertrag ist ein Konsensualvertrag, der formfrei geschlossen werden kann. Wie alle Geschäftsbedingungen werden auch die Allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Umfang Vertragsbestandteil, in dem sie vereinbart worden sind (vgl E des OGH vom 21.4.2004, 7 Ob 315/03d; RS0117649, vgl u.a. auch RSS-0021-12=RSS-E 3/13).

Allgemeine Versicherungsbedingungen sind nach Vertragsauslegungsgrundsätzen auszulegen. Die Auslegung hat sich daher im Maßstab des durchschnittlich verständigen Versicherungsnehmers zu orientieren. Es ist der einem objektiven Betrachter erkennbare Zweck einer Bestimmung zu berücksichtigen (vgl RSS-0014-15-8 = RSS-E 17/14; auch RS0050063).

Wenngleich der Antragsteller darauf hinweist, dass die antragsgegnerische Versicherung es verabsäumt hat, in den Versicherungsbedingungen den Begriff „Körperteil“ zu definieren, ergibt sich daraus nicht zwangsläufig der Schluss, dass daraus eine Intransparenz im Sinne des § 6 Abs 3 KSchG folgt. Vielmehr ist nach dem Verständnis eines durchschnittlich verständigen Versicherungsnehmers der Begriff „Körperteil“ als funktionelle Begriffsbestimmung zu verstehen.

Nach dem Wortlaut des Artikel 7, Pkt. 15 der Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung 2019 - Fassung 06/2021, leistet der Versicherer bei bestimmten Verletzungen eine pauschale, sofortige Abgeltung von Dauerfolgen. Das bedeutet aber nicht (entgegen der Ansicht des Antragstellervertreeters unter Pkt. 2 seiner Gegenäußerung), dass bei den im Verletzungskatalog genannten Knochen oder Bändern um Körperteile im funktionellen Sinne handelt. Vielmehr sind die Brustwirbel als Teil der funktionellen Einheit „Wirbelsäule“ zu sehen, die in ihrer Gesamtheit das Stützgerüst des menschlichen Körpers und Verbindungsstelle für Rumpf, Brustkorb, Rippen, Schultern, Arme, Becken und Beine bildet.

Insofern ist die Rechtsansicht der Antragsgegnerin zuzustimmen, wenn sie gemäß Pkt. 15.5 nur die höchste Bewertung von mehreren Verletzungen eines Körperteils für die Bemessung der Direktleistung heranzieht.

Anders wäre es - ebenfalls entgegen der Ansicht des Antragstellervertreeters zu Pkt. 5 seiner Gegenäußerung - dann zu sehen, wenn der Versicherungsnehmer in beiden Knien Risse der jeweiligen Kreuzbänder erleiden würde, weil es sich bei den beiden Knien unzweifelhaft um zwei getrennte Körperteile handelt.

Es war daher spruchgemäß zu empfehlen.

Für die Schlichtungskommission:

Dr. Hellwagner eh.

Wien, am 6. November 2024