

# **FINMA\_VERSICHERUNGSRECHT 19960820\_d\_lu\_u\_00 vom 20. August 1996**

FINMA Versicherungsrecht, 1996-08-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/finma\\_versicherungsrecht\\_19960820\\_d\\_lu\\_u\\_00](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/finma_versicherungsrecht_19960820_d_lu_u_00)

FR: FINMA\_VERSICHERUNGSRECHT 19960820\_d\_lu\_u\_00 du 20 août 1996

IT: FINMA\_VERSICHERUNGSRECHT 19960820\_d\_lu\_u\_00 del 20 agosto 1996

## **Erwägungen**

### **E. 2**

Versterben an einem Herzversagen, v. A. sei seinen Krankheiten (Herzleiden, chronische Bronchitis) und seiner Altersschwäche erlegen. Zwischen dem Unfall vom 27.2.1993 und dem Todesfall von v. A. bestehe kein sachlicher und rechtsrelevanter Zusammenhang. Die Voraussetzungen zur Entrichtung der Todesfallsumme bestünden nicht. In ihrer Replik vom 7.7.1995 hielt die Klägerin an ihren Anträgen und Ausführungen fest. Nicht die Altersschwäche, sondern der Unfall vom 27.2.1993 sei die rechtlich massgebende Ursache für den Tod von v. A. gewesen. Mit Duplik vom 8.9.1995 erneuerte die Beklagte ebenfalls ihre Anträge und Ausführungen. Aufgrund der Altersschwäche (Maramus seniles) des v. A. habe jede geringste gesundheitliche Beeinträchtigung zu einem Leistungsknick führen müssen. Am 29.3.1996 reichte die Beklagte eine schriftliche Stellungnahme zum Beweisergebnis ein. Gründe: Im Beweisverfahren wurden die aufgelegten Urkunden zu den Akten genommen. Von Dr. med. H. wurden die Unterlagen i.S. v. A. betreffend Unfall vom 27.2.1993 und vom Kantonsspital L. die Unterlagen betreffend Unfall und anschliessende Hospitalisation ediert. Sodann wurde der Hausarzt des v. A., Dr. med. B., als Zeuge befragt. Damit ist der Sachverhalt hinreichend abgeklärt. Weitere Beweiserhebungen erübrigen sich, da diese nicht geeignet wären, den Ausgang des Prozesses zu beeinflussen. Die Klägerin macht einen Anspruch aus Versicherungsvertrag geltend. Unbestrittenermassen schloss v. A. bei der Beklagten unter der Police Nr. .. eine Todesfallversicherung ab, wonach bei seinem Unfalltod ein Kapitalbetrag von Fr. 20'000.- auszuzahlen wäre. Begünstigte Person ist gemäss Ziff. 4 lit. b der Zusatzbedingungen (ZB) Nr. 3.1 primär die Klägerin als Ehegattin des E. v. A. als Folge eines Unfalls eingetreten ist. Unfallereignis vom 27.2.1993: Es ist unbestritten, dass der Hund der Familie A. an jedem Tag samt dem mobilen Veloständer, an dem er angebunden war, davonrannte und die gespannte Hundeleine v. A. umriss. Die Klägerin behauptet zudem, der wilde Hund sei dann auf ihren am Boden liegenden Mann losgegangen, was die Beklagte bestreitet. Da die Klägerin nicht geltend macht, der Hund habe ihrem Mann dadurch weitere Verletzungen zugefügt, ist die entsprechende Behauptung irrelevant. Zudem fehlt auch jegliches Beweisangebot. Unfallfolgen: Als unmittelbare Unfallfolgen wurden nach der Einlieferung ins Kantonsspital L. ein Oberschenkelhalsbruch links, ein Oberarmbruch links sowie eine Ellbogenkontusion links diagnostiziert. Die Schenkelhalsfraktur wurde gleichentags operativ versorgt. Nach der verordneten Bettruhe von 10 Tagen und Ruhigstellung des linken Armes im Gilet orthopädic wurden der Patient sukzessive mobilisiert, primär im Rollstuhl, später im Eulenburg und schliesslich an Stöcken. Die linke Schulter wurde unter physiotherapeutischer Anleitung ebenfalls mobilisiert. Am 19.5.1993 wurde v. A. nach Hause entlassen. Laut Zusammenfassung der Krankengeschichte wurde v. A. in recht gutem Allgemein-

zustand, teilweise selbständig an Stöcken, resp. am Gehböckli mobilisiert nach Hause entlassen. Gemäss Aussage des Zeugen B. sind die Entlassungsberichte der Spitäler allerdings immer sehr optimistisch gefasst. E. v. A. habe sich nach seiner Entlassung zwar mit dem Gehböckchen fortbewegen können, nicht aber an Stöcken. Er habe kaum mehr selbst gehen können. Dieser Feststellung entsprechen denn auch die Pflegeberichte. Ihnen ist zu entnehmen, dass die Fortbewegung am Rollator recht gut gelang, allerdings eine Überwindung längerer Strecken, d.h. mehr als wenige Meter, kaum oder dann nur mit Pausen möglich war. Das Gehen an Stöcken erwies sich hingegen durchwegs als mühsames Unterfangen. v. A. bediente sich vor dem Unfall unbestrittenermassen eines Stockes für die Fortbewegung. Zur Mobilität von v. A. führte B. aus, dieser habe eine seit dem 15. Altersjahr bestehende Beinverkürzung blendend kompensiert, und er sei auch nach einer längeren

### **E. 3**

Grippe 1992 stets ohne Begleitung in seine Praxis gekommen. Zudem habe er bei Einkäufen jeweils mit der Klägerin mitgehen müssen, weil diese – schwerer behindert als ihr Mann – die Kommissionen nicht allein habe heimtragen können. v. A. habe auch noch Aktivitäten als Kleintierhalter ausgeübt und offenbar Kunden als Coiffeur bedient. Aufgrund dieser glaubwürdigen Aussage ist davon auszugehen, dass sich v. A. vor dem Unfall vom 27.2.1993 trotz seines vorgerückten Alters durchaus noch einer befriedigenden Mobilität erfreute, während er nachher nur sehr eingeschränkt selbst gehen konnte. Als direkte Unfallfolge bestand eine Gehbehinderung von invalidisierendem Ausmass, wobei allerdings zu berücksichtigen ist, dass es v. A. in der Folge an der Vitalität fehlte, um bei der physiotherapeutischen Behandlung richtig mitzumachen und dadurch längerfristig eine Verbesserung zu erreichen. Allgemeiner Gesundheitszustand: Die Klägerin macht geltend, ihr Mann habe sich vor dem Unfall in einem seinem Alter entsprechenden sehr guten gesundheitlichen Allgemeinzustand befunden. Er sei noch fast täglich als Coiffeur tätig gewesen und habe täglich seine vielen Kleintiere versorgt. Die Beklagte bringt demgegenüber vor, v. A. habe eine Reihe schwerwiegender gesundheitlicher Störungen aufgewiesen. So habe er an einem Herzfehler, an Prostatavergrösserung, Nierenschwäche, Hirnrückbildung mit starkem Zittern sowie chronischem Asthma und Bronchitis gelitten. Die Altersschwäche habe sich auch darin gezeigt, dass wegen des Alterschwundes die Prothese nicht mehr gehalten habe und v. A. an regelmässigem Durchfall und nächtlichem Wasserlassen gelitten habe. v. A. habe nicht mehr regelmässig als Coiffeur gearbeitet. Zum Allgemeinzustand des v. A. vor dem Unfall führte Dr. med. B. aus, dieser sei ein älterer Mann gewesen, habe aber noch eine gewisse Vitalität gezeigt. Er sei etwa einmal im Monat in die Praxis gekommen, vor allem wegen der Herzbeschwerden. v. A. habe seinem Alter entsprechend eine gewisse Lungenerweiterung gehabt, sei aber nicht etwa dauernd wegen Infektionen bei ihm in Behandlung gewesen. Das biologische Alter habe ungefähr seinem Jahrgang, und die Leiden hätten seinem Alter entsprochen. Diese Leiden würden seines Erachtens aber nicht ausschliessen, dass v. A. sich vor dem Unfall doch noch eines recht guten Zustands erfreut habe. Im März 1992 habe dieser eine schwere Grippe und danach eine stärkere Erkältung gehabt. In der Zeit von März bis Oktober 1992 war v. A. deswegen arbeitsunfähig. B. wusste sodann von andern Patienten, dass v. A. vor dem Unfall noch Kunden als Coiffeur bedient habe. Gemäss einem Schreiben der CAP Rechtsschutz hatte er pro Monat ca. 10 – 15 Kunden. Die Aktivitäten als Kleintierhalter sind unbestritten, deren Umfang indes nicht erwiesen bzw. ohne Relevanz. Bei der Einlieferung von v. A. ins Spital diagnostizierten die Ärzte neben den Sturzverletzungen folgende Gesundheitsstörungen:

Prostatahyperplasie Stadium II, kombiniertes Herzvitium (Aortenstenose und Mitralinsuffizienz), Insuffizienz des Prothesenlagers am Unterkiefer, Niereninsuffizienz und POS bei diffuser cerebraler und cerebraler Hirnatrophie. Während des Spitalaufenthalts wurden diesbezüglich verschiedene Behandlungen notwendig. Wegen Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme wurde der Patient den Kieferchirurgen im Spital vorgestellt. Am 29.4.1993 erfolgte nach längerem Zögern des Patienten eine Prostataoperation, in deren Anschluss es zu einer Blasentamponade kam, die durch eine cystoskopische Spülung ausgeräumt werden musste. Wegen des ausgeprägten Zitterns wurde v. A. sodann den Neurologen vorgestellt. Im Rahmen einer Untersuchung zog der Kardiologe für später eine Evaluation bezüglich Aortenklappenersatz in Betracht. Die Klägerin macht geltend, ihr Mann habe sich während des Spitalaufenthalts eine Lungenentzündung zugezogen, von der er sich nie mehr richtig erholt habe. Gemäss Eintrittsbericht hatte v. A. seit der schweren Grippe von 1992 oft Husten mit schaumigem Auswurf. Bei der Untersuchung am 27.2.1993 wurde folgendes festgestellt: „Thorax ap: COPD sowie Sekretansammlung basal bds.“. Bei den nachfolgenden Untersuchungen wurde ein unveränderter Herz-Lungenbefund festgestellt. Aus der individuellen Pflegepla-

#### **E. 4**

nung geht hervor, dass der Patient oft den Husten hatte und als pneumoniegefährdet eingestuft wurde. Dass v. A. während des Spitalaufenthalts aber an einer Lungenentzündung gelitten hätte, ist weder dem – ansonsten sehr präzisen – Krankenbericht noch anderen Unterlagen zu entnehmen. Der Zeuge B. deponierte weiter, nach der Entlassung aus dem Spital habe v. A. von seiner Frau, seiner Tochter und dem Schwiegersohn gepflegt werden müssen. Man habe zuerst geglaubt, er müsse ins Pflegeheim. Er sei ein alter zittriger Mann geworden. Im Vergleich zum Zustand vor dem Unfall sei ein massiver Einbruch zu verzeichnen gewesen, auch in seiner ganzen Vitalität. In seinem Arztbericht vom 31.5.1994 hielt B. fest, wiederholte Exazerbationen (Wiederaufbrechen) der chronischen Bronchitis hätten v. A. in einen kritischen Allgemeinzustand gebracht. Tod: Anlässlich der Konsultation vom 11.5.1994 stellte Dr. med. B. bei v. A. einen starken Bronchialinfekt fest. Im Anschluss an diesen Infekt starb v. A. am 17.5.1994 an einem Herzversagen. Diese Diagnose blieb unangefochten. Kausalzusammenhang: Die Klägerin führt aus, das Unfallereignis vom 27.2.1993 habe für den Gesundheitszustand ihres Mannes einen eindrücklichen Leistungsknick im Sinn eines Marasmus seniles dargestellt. Die Gehbehinderung/Immobilität als direkte Unfallfolge habe sich negativ auf die Vitalität ausgewirkt, und vor allem habe in diesem Zusammenhang eine vermehrte Anfälligkeit für Infekte der Atemwege bestanden. Im Anschluss an einen solchen Infekt sei ihr Mann an einem Herzversagen gestorben. Die Beklagte entgegnet, ohne die vorbestandene stark belastende Prädisposition des v. A. hätten die mittelschweren Verletzungen keine auf die Zukunft gerichteten Folgen gehabt. v. A. sei nicht als Folge des Unfalls, sondern aufgrund seiner Altersschwäche gestorben. Bei der Versicherung des Todesfalls infolge Unfalls ist die vereinbarte Versicherungsleistung zu erbringen, sofern der Tod des Versicherten als Folge eines Unfalls im Sinn der AVB eintritt. Zwischen dem Unfallereignis und der gesundheitlichen Schädigung (Herztod) muss der adäquate Kausalzusammenhang gegeben sein. Der erforderliche natürliche Kausalzusammenhang ist in der Regel dann anzunehmen, wenn er im Sinn der Unfallmediziner bejaht wird, d.h. wenn die gesundheitliche Schädigung nach medizinischer Erfahrung durch das Unfallereignis verursacht worden ist. Neben den unfallbedingten gesundheitlichen Störungen sind jedoch oft krankhafte, unfallfremde Faktoren im Spiel. Es konkurrieren gesundheitliche Folgen des Unfalls und

gesundheitliche Störungen aus einer vorbestehenden oder nachträglich auftretenden Krankheit. Die unfallbedingten und die unfallfremden gesundheitlichen Störungen können völlig unabhängig nebeneinander bestehen; sie können sich aber gegenseitig auch verschlimmern. Wenn der Unfall am nachträglichen Krankheitsbild eine adäquate, d.h. immerhin wesentliche Teilursache darstellt, wird der Unfallversicherer grundsätzlich leistungspflichtig. Die AVB sehen jedoch in der Regel eine Kürzung der Leistungen vor; je stärker das Gewicht der Unfallursache ist, desto geringer wird die Kürzung der Versicherungsleistungen ausfallen und umgekehrt (Alfred Maurer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 3. Aufl. 1995, S. 480 f.). Eine entsprechende Klausel sehen auch die AVB der Beklagten vor. Ursachen im Sinn des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 119 V 337; BGE 117 V 360 Erw. 4a). Die Klägerin muss den Kausalverlauf nicht mit wissenschaftlicher Genauigkeit nachweisen. Die Rechtsprechung begnügt sich mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahr-

## E. 5

scheinlichkeit (Roland Brehm, Berner Komm., N 117 zu Art. 41 OR; Oftinger/Stark, Schweizerisches Haftpflichtrecht I, § 3 N 35; BGE 119 V 338; 111 V 375; 107 II 272 f. Erw. b; 107 II 430). Anders verhält es sich, wenn nach den besonderen Umständen des Falls weitere Möglichkeiten bestehen, die neben der behaupteten Ursachenfolge ebenso ernst in Frage kommen oder sogar näher liegen (BGE 107 II 273 E. b mit weiteren Hinweisen). Beim Unfall vom 27.2.1993 zog sich v. A. einen Oberschenkelhalsbruch, einen Oberarmbruch sowie eine Ellbogenprellung zu. Als direkte Folge dieser Verletzungen bestand eine starke Gehbehinderung. Nach Ansicht des sachverständigen Zeugen B. wirkte sich die Immobilität negativ auf die Vitalität des betagten Mannes aus und führte vor allem zu einer vermehrten Anfälligkeit für Infekte der Atemwege. Die Mobilität sei für die Atmung nämlich sehr wichtig. Für die physiotherapeutischen Behandlungen habe v. A. die Vitalität gefehlt, um richtig mitmachen zu können und längerfristig etwas zu erreichen. Tatsächlich brach die vorbestehende chronische Bronchitis in der Folge wiederholt auf und brachte v. A. in einen kritischen Allgemeinzustand. Im Anschluss an einen solchen Infekt starb v. A. an einem Herzversagen. Dass die Immobilität eines Menschen grundsätzlich eine erhöhte Infektanfälligkeit nach sich ziehen kann, leuchtet ein. Fraglich ist indes, ob der Tod durch Herzversagen nach medizinischer Erfahrung als Folge der Knochenbrüche und der daraus resultierenden Immobilität und erhöhten Infektanfälligkeit betrachtet werden darf. Der sachverständige Zeuge B. erachtete diese Frage denn auch als schwer zu beantworten. Seines Erachtens hätte v. A. ohne Unfall zwar theoretisch eine bedeutend grössere Chance gehabt, älter zu werden. Andererseits führte er aus, die Behandlungen unfallbedingt/krankheitsbedingt seien je länger je mehr fließend ineinander übergegangen, und beim Herzversagen handle es sich einfach um eine Alterserscheinung. Auch führte er in seinem Attest vom 31.5.1994 den Infekt vom 11.5.1994 nicht etwa als direkte Ursache des Herzinfarktes vom 17.5.1994 an, sondern gab lediglich an, dieser sei „im Anschluss an

einen solchen Infekt“ erfolgt. Bedenkt man neben dem fortgeschrittenen Alter die vorbestehende chronische Bronchitis und die Herzprobleme, kommt man nicht umhin anzunehmen, dass der Tod zufolge Herzversagen am 17.5.1994 aller Wahrscheinlichkeit nach dem natürlichen Lebenslauf von v. A. entsprach. Auch die mehrere Monate dauernde Grippe von 1992 hatte erwiesenermaßen bereits einen „Knick“ in der Lebenskurve zur Folge gehabt, von der sich v. A. nur in einem gewissen Masse erholt hatte. Die vorstehenden Erwägungen unter Ziff. 5.b und c zeigen sodann, dass v. A. doch an einer ganzen Reihe von Altersgebrechen litt, die je einzeln oder jedenfalls in ihrer Gesamtheit geeignet waren, den Patienten bei der kleinsten gesundheitlichen Beeinträchtigung erheblich aus dem Gleichgewicht zu bringen. Insgesamt besteht nur eine entfernte Möglichkeit, dass v. A. am 17.5.1994 nicht an einem Herzversagen gestorben wäre, hätte der Unfall vom 27.2.1993 nicht stattgefunden. Im Gegensatz dazu bilden die schon vor dem Unfall bestehenden Altersgebrechen, die vorher und nachher aufgetretenen Infekte der Atemwege und der Tod durch Herzversagen eine eigene kausale Ursachenkette. Der natürliche Kausalzusammenhang ist somit nicht nachgewiesen. Zum Beweis des Kausalverlaufs beantragte die Klägerin neben dem Arztbericht von Dr. B. die Erstellung einer Expertise. Darauf kann jedoch verzichtet werden. B., langjähriger Hausarzt von v. A., konnte als fachkundiger Zeuge einen Zusammenhang zwischen dem Unfall und dem Herzversagen nicht konkret bejahen. Er sah für v. A. lediglich eine theoretische Möglichkeit, ohne Unfall länger zu leben. Dies genügt nicht für den Beweis der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Es ist nicht anzunehmen, dass ein Experte, der v. A. nicht einmal kannte, allein aufgrund der Akten zu einem überzeugenden Befund käme. Bei diesem Ergebnis erübrigt sich die Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs. Die Klage ist abzuweisen. Kosten: Die Klägerin als vollumfänglich unterliegende Partei hat die Prozesskosten zu tragen (§ 119 Abs. 1 ZPO).

## **E. 6**

Bei der Bemessung der Anwaltskosten ist zu berücksichtigen, dass wegen des gleichen Ereignisses am Gericht ein Parallelfall hängig ist. In beiden Fällen trugen die Anwälte die gleiche Sachverhaltsdarstellung vor, und die in erster Linie relevanten rechtlichen Abklärungen zum Kausalzusammenhang waren nur einmal notwendig. Auch die Aufarbeitung der umfangreichen Spitalakten war nur einmal erforderlich. Der Aufwand der Anwälte reduzierte sich dementsprechend, so dass es angemessen erscheint, die eingereichten Kostennoten um einen Drittel herabzusetzen. Die Klage wird abgewiesen. Die Klägerin hat die Prozesskosten zu tragen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.