

TE OGH 2016/1/27 7Ob222/15w

JUSLINE Entscheidung

🕒 Veröffentlicht am 27.01.2016

Kopf

Der Oberste Gerichtshof hat als Revisionsgericht durch die Senatspräsidentin Dr. Kalivoda als Vorsitzende und die Hofräte Dr. Höllwerth, Mag. Dr. Wurdinger, Mag. Malesich und Dr. Singer als weitere Richter in der Rechtssache der klagenden Partei S***** C*****, vertreten durch die Niederbichler Rechtsanwälte GmbH in Graz, gegen die beklagte Partei D***** Versicherung AG *****, vertreten durch die Eisenberger & Herzog Rechtsanwalts GmbH in Graz, wegen 42.000 EUR sA, über die Revisionen der klagenden Partei und der beklagten Partei gegen das Urteil des Oberlandesgerichts Graz als Berufungsgericht vom 1. September 2015, GZ 3 R 130/15k-41, mit dem das Urteil des Landesgerichts für Zivilrechtssachen Graz vom 10. Juli 2015, GZ 17 Cg 68/13g-36, teilweise abgeändert wurde, den

Beschluss

gefasst:

Spruch

Beide Revisionen werden zurückgewiesen.

Die beklagte Partei ist schuldig, der klagenden Partei die mit 1.402,49 EUR (darin enthalten 233,75 EUR USt) bestimmten Kosten des Revisionsverfahrens binnen 14 Tagen zu ersetzen.

Begründung:

Rechtliche Beurteilung

Das Berufungsgericht sprach aus, dass die ordentliche Revision an den Obersten Gerichtshof zuzulassen sei, weil zwar die Beurteilung, ob die Berufung auf die (vereinbarte) Ausschlussfrist gegen Treu und Glauben verstoße, von den Umständen des Einzelfalls abhängt, hier aber zu berücksichtigen sei, dass der Versicherer mit einem Versicherungsmaklerunternehmen in Kontakt stand.

Entgegen dem - den Obersten Gerichtshof nicht bindenden (§ 508a Abs 1 ZPO) - Ausspruch des Berufungsgerichts sind beide Revisionen mangels Vorliegens einer erheblichen Rechtsfrage im Sinn des § 502 Abs 1 ZPO unzulässig. Die Entscheidung kann sich auf die Ausführung der Zurückweisungsgründe beschränken (§ 510 Abs 3 ZPO): Entgegen dem - den Obersten Gerichtshof nicht bindenden (Paragraph 508 a, Absatz eins, ZPO) - Ausspruch des Berufungsgerichts sind beide Revisionen mangels Vorliegens einer erheblichen Rechtsfrage im Sinn des Paragraph 502, Absatz eins, ZPO unzulässig. Die Entscheidung kann sich auf die Ausführung der Zurückweisungsgründe beschränken (Paragraph 510, Absatz 3, ZPO):

I. Zur Revision der Klägerin: römisch eins. Zur Revision der Klägerin:

1. Art 7 („Dauernde Invalidität“) der vereinbarten Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung (AUVB 1999) lautet auszugsweise: 1. Artikel 7, („Dauernde Invalidität“) der vereinbarten Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung (AUVB 1999) lautet auszugsweise:

„2. Für die Bemessung des Invaliditätsgrades gelten folgende Bestimmungen:

2.1. bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit

[...]

- eines Beines bis über die Mitte des Oberschenkels 70 %

- eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels 60 %

[...]

2.2. Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Funktionsunfähigkeit der vorgenannten Körperteile oder Organe werden die Sätze des Pkt. 2.1. anteilig angewendet.

Bei Funktionseinschränkungen von Armen oder Beinen ist der Satz für die gesamte Extremität anzuwenden. Der Prozentsatz der Funktionseinschränkung ist jedoch mit dem Prozentsatz des vollständigen Verlustes der Extremität maximiert.“

2. Der Oberste Gerichtshof legt die mit Art 7.2.1. und Art 7.2.2. AUVB 1999 im Wesentlichen wortgleichen Bestimmungen dahin aus, dass nach Wortlaut und Gliederung kein Zweifel daran besteht, dass bei allen in der Gliedertaxe für einzelne Teilbereiche angeführten Invaliditätsgraden jeweils mitberücksichtigt ist, wie sich ein unfallbedingter Verlust oder die unfallbedingte Gebrauchsbeschränkung eines rumpffernerer Körpergliedes auf den verbleibenden Gliederrest auswirkt. Dass der Verlust eines rumpffernerer Gliedes auch die Gebrauchsfähigkeit des verbleibenden Teils beeinträchtigt, kann daher nicht zu einer Erhöhung der Leistung des Versicherers führen. Die zwangsläufigen Folgen der Unfallverletzung eines „Untergliedes“ für die Funktion der gesamten Extremität, zB Muskelverschwächigungen, sind mit den Prozentsätzen der Gliedertaxe für Verlust und Funktionsunfähigkeit des distalen Gliedmaßenabschnitts bereits abgegolten und dürfen daher nicht zusätzlich berücksichtigt werden (7 Ob 304/05i mwN = RIS-Justiz RS0120515 = RS0082244 [T1]; 7 Ob 82/13d, dazu zustimmend Palten, OGH-Judikatur zur Unfall- und Rechtsschutzversicherung, VR 2015 H 5, 22 [24]). 2. Der Oberste Gerichtshof legt die mit Artikel 7 Punkt 2 Punkt eins, und Artikel 7 Punkt 2 Punkt 2, AUVB 1999 im Wesentlichen wortgleichen Bestimmungen dahin aus, dass nach Wortlaut und Gliederung kein Zweifel daran besteht, dass bei allen in der Gliedertaxe für einzelne Teilbereiche angeführten Invaliditätsgraden jeweils mitberücksichtigt ist, wie sich ein unfallbedingter Verlust oder die unfallbedingte Gebrauchsbeschränkung eines rumpffernerer Körpergliedes auf den verbleibenden Gliederrest auswirkt. Dass der Verlust eines rumpffernerer Gliedes auch die Gebrauchsfähigkeit des verbleibenden Teils beeinträchtigt, kann daher nicht zu einer Erhöhung der Leistung des Versicherers führen. Die zwangsläufigen Folgen der Unfallverletzung eines „Untergliedes“ für die Funktion der gesamten Extremität, zB Muskelverschwächigungen, sind mit den Prozentsätzen der Gliedertaxe für Verlust und Funktionsunfähigkeit des distalen Gliedmaßenabschnitts bereits abgegolten und dürfen daher nicht zusätzlich berücksichtigt werden (7 Ob 304/05i mwN = RIS-Justiz RS0120515 = RS0082244 [T1]; 7 Ob 82/13d, dazu zustimmend Palten, OGH-Judikatur zur Unfall- und Rechtsschutzversicherung, VR 2015 H 5, 22 [24]).

3. Das Berufungsgericht legte seiner Entscheidung diese Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofs zugrunde. Nach den Feststellungen erlitt die Klägerin eine unfallskausale Dauerfolgen verursachende Kniegelenksverletzung rechts, die auch zu einer Muskelverschwächigung der Oberschenkelmuskulatur von zwei Zentimetern führte. Die Beurteilung des Berufungsgerichts, dass infolge Verletzung des Knies - eines Gliedteils, der nicht über der Mitte des Oberschenkels liegt - eine Gebrauchseinschränkung des Beins bis zur Mitte des Oberschenkels vorliegt und daher nach der Gliedertaxe ein Beinwert von 60 % heranzuziehen ist, ist nicht zu beanstanden. Dass die durch die Verletzung des Kniegelenks eingetretene Muskelverschwächigung, die auch über die Mitte des Oberschenkels hinaus wirkt, nicht mehr zusätzlich berücksichtigt werden kann, entspricht der Judikatur.

II. Zur Revision der Beklagten:römisch zwei. Zur Revision der Beklagten:

1. Nach Art 7.8. der vereinbarten AUVB 1999 ist „ein Anspruch auf Leistung für dauernde Invalidität [...] innerhalb einer Frist von fünfzehn Monaten vom Unfalltage an bei sonstigem Verlust desselben geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichts zu begründen.“ 1. Nach Artikel 7 Punkt 8, der vereinbarten AUVB 1999 ist „ein Anspruch auf Leistung für dauernde Invalidität [...] innerhalb einer Frist von fünfzehn Monaten vom Unfalltage an bei sonstigem Verlust desselben geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichts zu begründen.“

2. Mit Art 7.8. AUVB 1999 vergleichbare Klauseln waren bereits Gegenstand zahlreicher oberstgerichtlicher

Entscheidungen. Zur 15-Monatsfrist wird in ständiger Rechtsprechung die Auffassung vertreten, dass es sich dabei um eine Ausschlussfrist handelt, bei deren - auch unverschuldeter (vgl. RIS-Justiz RS0034591) - Versäumung der Entschädigungsanspruch des Unfallversicherten erlischt (RIS-Justiz RS0082292). Die Zweckrichtung der Regelung liegt in der Herstellung von möglichst rascher Rechtssicherheit und Rechtsfrieden. Es soll der später in Anspruch genommene Versicherer vor Beweisschwierigkeiten infolge Zeitablaufs geschützt und eine alsbaldige Klärung der Ansprüche herbeigeführt werden. Die durch Setzung einer Ausschlussfrist vorgenommene Risikobegrenzung soll damit im Versicherungsrecht (in aller Regel) eine Ab- und Ausgrenzung schwer aufklärbarer und unübersehbarer (Spät-)Schäden bewirken (RIS-Justiz RS0082216 [T1]).

2. Mit Artikel 7 Punkt 8, AUVB 1999 vergleichbare Klauseln waren bereits Gegenstand zahlreicher oberstgerichtlicher Entscheidungen. Zur 15-Monatsfrist wird in ständiger Rechtsprechung die Auffassung vertreten, dass es sich dabei um eine Ausschlussfrist handelt, bei deren - auch unverschuldeter (vgl. RIS-Justiz RS0034591) - Versäumung der Entschädigungsanspruch des Unfallversicherten erlischt (RIS-Justiz RS0082292). Die Zweckrichtung der Regelung liegt in der Herstellung von möglichst rascher Rechtssicherheit und Rechtsfrieden. Es soll der später in Anspruch genommene Versicherer vor Beweisschwierigkeiten infolge Zeitablaufs geschützt und eine alsbaldige Klärung der Ansprüche herbeigeführt werden. Die durch Setzung einer Ausschlussfrist vorgenommene Risikobegrenzung soll damit im Versicherungsrecht (in aller Regel) eine Ab- und Ausgrenzung schwer aufklärbarer und unübersehbarer (Spät-)Schäden bewirken (RIS-Justiz RS0082216 [T1]).

3. Die Geltendmachung der Invalidität setzt nach der Bedingungslage weder die Nennung eines Invaliditätsgrades noch eines bestimmten Anspruchs voraus; erforderlich ist die Behauptung, es sei Invalidität dem Grunde nach eingetreten. Bei der Geltendmachung der Invalidität handelt es sich um eine Willenserklärung, auf die die allgemeinen Grundsätze des ABGB (§§ 859 ff ABGB) anwendbar sind. Das heißt, sowohl für die Frage, ob überhaupt eine Willenserklärung vorliegt, als auch für die Bestimmung ihres Inhalts ist nicht der wahre Wille des Erklärenden, sondern aufgrund der Vertrauens Theorie der Empfängerhorizont maßgeblich. Die Erklärung gilt so, wie sie ein redlicher Empfänger verstehen durfte (RIS-Justiz RS0014160; RS0113932).

3. Die Geltendmachung der Invalidität setzt nach der Bedingungslage weder die Nennung eines Invaliditätsgrades noch eines bestimmten Anspruchs voraus; erforderlich ist die Behauptung, es sei Invalidität dem Grunde nach eingetreten. Bei der Geltendmachung der Invalidität handelt es sich um eine Willenserklärung, auf die die allgemeinen Grundsätze des ABGB (Paragraphen 859, ff ABGB) anwendbar sind. Das heißt, sowohl für die Frage, ob überhaupt eine Willenserklärung vorliegt, als auch für die Bestimmung ihres Inhalts ist nicht der wahre Wille des Erklärenden, sondern aufgrund der Vertrauens Theorie der Empfängerhorizont maßgeblich. Die Erklärung gilt so, wie sie ein redlicher Empfänger verstehen durfte (RIS-Justiz RS0014160; RS0113932).

4. Die bloße Mitteilung des Unfalls und der unmittelbaren Verletzungsfolge genügt grundsätzlich noch nicht für die Geltendmachung des Ersatzanspruchs für Dauerfolgen; die Schadensmeldung kann für sich allein noch nicht als Geltendmachung der Leistung für dauernde Invalidität gewertet werden (RIS-Justiz RS0082222 [T1]).

5. Vom Obersten Gerichtshof wurde aber bereits mehrfach betont, dass auch ein Versicherungsverhältnis in besonderem Maße von Treu und Glauben beherrscht wird (RIS-Justiz RS0018055), welchen Grundsatz der Versicherungsnehmer ebenso gegen sich gelten lassen muss wie der Versicherer. Diese starke Betonung von Treu und Glauben soll der Tatsache Rechnung tragen, dass jeder der beiden Vertragspartner auf die Unterstützung durch den jeweils anderen angewiesen ist, weil er dem jeweils anderen in der einen oder anderen Weise unterlegen ist: Der Versicherungsnehmer verfügt zB allein über die Kenntnis wesentlicher Umstände für den Vertragsschluss und die Schadensabwicklung; der Versicherer ist dem Versicherungsnehmer überlegen durch die Beherrschung der Versicherungstechnik, seine Geschäftskunde, seine umfangreichen Erfahrungen und wegen der Sachverständigen, deren er sich bedienen kann. Treu und Glauben beeinflussen daher das Versicherungsverhältnis in vielfacher Weise und können nach herrschender Meinung ergänzende Leistungs- oder Verhaltenspflichten schaffen (7 Ob 161/15z mwN).

6. So judizierte der Oberste Gerichtshof auch schon zu Art 7.8. AUVB 1999 vergleichbaren Klauseln, dass ohne den Hinweis, dass der Versicherer in der erstatteten Schadensmeldung weder die Geltendmachung eines Anspruchs auf Leistung für dauernde Invalidität noch einen ärztlichen Befundbericht erblickt und die Geltendmachung des Anspruchs und die Vorlage eines Befundberichts innerhalb von 15 Monaten vom Unfalltag an zu erfolgen hat, die Berufung des Versicherers auf den Fristablauf gegen Treu und Glauben verstößt (RIS-Justiz RS0082222).

6. So judizierte der Oberste Gerichtshof auch schon zu Artikel 7 Punkt 8, AUVB 1999 vergleichbaren Klauseln, dass ohne den Hinweis, dass der Versicherer in der erstatteten Schadensmeldung weder die Geltendmachung eines Anspruchs auf Leistung für

dauernde Invalidität noch einen ärztlichen Befundbericht erblickt und die Geltendmachung des Anspruchs und die Vorlage eines Befundberichts innerhalb von 15 Monaten vom Unfalltag an zu erfolgen hat, die Berufung des Versicherers auf den Fristablauf gegen Treu und Glauben verstößt (RIS-Justiz RS0082222).

7. Im vorliegenden Fall erstattete die Klägerin über ihre Versicherungsmaklerin fristgerecht eine Schadensmeldung über den Verkehrsunfall und übermittelte der Beklagten einen Arztbrief, in dem als Hauptdiagnose eine „komplexe Knieverletzung nach Mopedsturz“ angeführt ist. Die Beklagte antwortete daraufhin, dass „derzeit ... keine Leistungen“ zu erbringen seien. Auf die Anfragen der Versicherungsmaklerin der Klägerin, warum keine Leistungen zu erbringen seien und die Urgenz dieser Antwort, antwortete die Beklagte nicht. Weit nach Ablauf der 15-Monatsfrist, als die Klägerin über ihre Versicherungsmaklerin nach Abschluss der Operationen und Behandlungen unter Vorlage der entsprechenden Urkunden die Leistung der Unfallversicherung ugierte, berief sich die Beklagte auf die „Verjährung“ des Anspruchs.

Die Beurteilung des Berufungsgerichts, dass aus der von der Beklagten verwendeten Formulierung „derzeit keine Leistung“ ein objektiver Erklärungsempfänger davon ausgehen habe dürfen, sie wolle lediglich die weitere Entwicklung des Heilungsverlaufs abwarten, ist jedenfalls vertretbar. Wenn die Klägerin über ihre Versicherungsmaklerin ohnehin um Aufklärung und Klarstellung ersuchte, warum derzeit keine Leistungen zu erbringen sind, worauf die Beklagte nicht reagierte, kann sich diese nicht nach Fristablauf darauf berufen, die Klägerin hätte ihren Anspruch nicht fristgerecht und ordnungsgemäß geltend gemacht. Jedenfalls im Hinblick auf die Anfragen um Klarstellung, die innerhalb der 15-Monatsfrist erfolgten, wäre die Beklagte nach dem Grundsatz von Treu und Glauben verpflichtet gewesen, die Klägerin (die für sie einschreitende Versicherungsmaklerin) darüber in Kenntnis zu setzen, dass sie in den innerhalb der Frist übermittelten Unterlagen keine ausreichende Geltendmachung des Versicherungsanspruchs gesehen habe. Reagiert sie aber auf die Anfragen des Versicherungsmaklers nicht, kann sie sich nicht später auf die Präklusion berufen.

III. Die Kostenentscheidung beruht auf § 41 Abs 1 und § 50 Abs 1 ZPO. Beide Parteien haben in ihren Revisionsbeantwortungen jeweils auf die Unzulässigkeit des gegnerischen Rechtsmittels hingewiesen, sodass ihre Schriftsätze der zweckentsprechenden Rechtsverteidigung dienten. Der Kostenzuspruch an die Klägerin erfolgte auf der richtigen Bemessungsrundlage von 36.000 EUR. Die Ansprüche wurden saldiert.römisch drei. Die Kostenentscheidung beruht auf Paragraph 41, Absatz eins und Paragraph 50, Absatz eins, ZPO. Beide Parteien haben in ihren Revisionsbeantwortungen jeweils auf die Unzulässigkeit des gegnerischen Rechtsmittels hingewiesen, sodass ihre Schriftsätze der zweckentsprechenden Rechtsverteidigung dienten. Der Kostenzuspruch an die Klägerin erfolgte auf der richtigen Bemessungsrundlage von 36.000 EUR. Die Ansprüche wurden saldiert.

Schlagworte

Vertragsversicherungsrecht

Textnummer

E113663

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:OGH0002:2016:00700B00222.15W.0127.000

Im RIS seit

25.02.2016

Zuletzt aktualisiert am

10.10.2016

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