

TE OGH 2013/3/27 7Ob153/12v

JUSLINE Entscheidung

© Veröffentlicht am 27.03.2013

Kopf

Der Oberste Gerichtshof hat als Revisionsgericht durch die Vizepräsidentin Dr. Huber als Vorsitzende und durch die Hofrätinnen und Hofräte Dr. Hoch, Dr. Kalivoda, Mag. Dr. Wurdinger und Mag. Malesich als weitere Richter in der Rechtssache der klagenden Partei G***** A*****, vertreten durch Vogl Rechtsanwalt GmbH in Feldkirch, gegen die beklagte Partei U*****, vertreten durch Pressl Endl Heinrich Bamberger Rechtsanwälte GmbH in Salzburg, wegen 18.347,28 EUR sA, über die Revision der klagenden Partei gegen das Urteil des Oberlandesgerichts Wien als Berufungsgericht vom 28. Februar 2012, GZ 1 R 249/11m-160, womit über Berufung der beklagten Partei das Urteil des Handelsgerichts Wien vom 12. August 2011, GZ 16 Cg 129/10k-149, abgeändert wurde, zu Recht erkannt:

Spruch

Der Revision wird Folge gegeben.

Das Urteil des Berufungsgerichts wird dahin abgeändert, dass das Urteil des Erstgerichts im strittigen Umfang einschließlich der Kostenentscheidung wiederhergestellt wird.

Die beklagte Partei ist schuldig, der klagenden Partei die mit 3.969,30 EUR (darin enthalten 445,55 EUR USt und 1.296 EUR Barauslagen) bestimmten Kosten des Rechtsmittelverfahrens binnen 14 Tagen zu ersetzen.

Text

Entscheidungsgründe:

Dem zwischen den Parteien bestehenden Unfallversicherungsvertrag mit einer Versicherungssumme von 91.280 EUR liegen die Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung der Beklagten 1989 (AUVB) zu Grunde, wobei gemäß Art 7.6 AUVB die „Variante B“ für die Ermittlung der Invaliditätsleistung vereinbart wurde; danach gebührt für den 50 % übersteigenden Invaliditätsgrad die dreifache Leistung. Dem zwischen den Parteien bestehenden Unfallversicherungsvertrag mit einer Versicherungssumme von 91.280 EUR liegen die Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung der Beklagten 1989 (AUVB) zu Grunde, wobei gemäß Artikel 7 Punkt 6, AUVB die „Variante B“ für die Ermittlung der Invaliditätsleistung vereinbart wurde; danach gebührt für den 50 % übersteigenden Invaliditätsgrad die dreifache Leistung.

Am 9. 12. 2001 wurde die Klägerin bei einem Verkehrsunfall verletzt. Daraufhin holte die Beklagte unfallchirurgische und neurologische Gutachten ein, die eine Invalidität der Klägerin von insgesamt 75,1 % (65,1 % unfallchirurgische, 10 % neurologische Funktionsminderung) ergaben. Diesen Gutachten folgend informierte die Beklagte die Klägerin mit Schreiben vom 23. 5. 2003 darüber, dass ihre Gesamtinvalidität, weil Dr. D***** auch eine 10%ige neurologische Funktionsminderung der Klägerin „bescheinigt“ habe, nach Art 7.6 AUVB mit 114.373,84 EUR (50 % + dreimal 25,1 % = 125,3 % der Versicherungssumme von 91.280 EUR) entschädigt werde. Am 9. 12. 2001 wurde die Klägerin bei einem Verkehrsunfall verletzt.

Daraufhin holte die Beklagte unfallchirurgische und neurologische Gutachten ein, die eine Invalidität der Klägerin von insgesamt 75,1 % (65,1 % unfallchirurgische, 10 % neurologische Funktionsminderung) ergaben. Diesen Gutachten folgend informierte die Beklagte die Klägerin mit Schreiben vom 23. 5. 2003 darüber, dass ihre Gesamtinvalidität, weil Dr. D***** auch eine 10%ige neurologische Funktionsminderung der Klägerin „bescheinigt“ habe, nach Artikel 7 Punkt 6, AUVB mit 114.373,84 EUR (50 % + dreimal 25,1 % = 125,3 % der Versicherungssumme von 91.280 EUR) entschädigt werde.

Mit der am 6. 3. 2006 eingelangten Klage begehrt die Klägerin zusätzliche Versicherungsleistungen, hilfsweise die Beklagte zu verpflichten, das Ärztekommmissionsverfahren durchzuführen. Die Gesamtinvalidität betrage 90,5 % bzw „100,5 %“ (inkl unfallskausaler neurologischer Invalidität). Durch die Versicherungsleistung sei eine „neurologisch-psychiatrische Invalidität“ von 10 % anerkannt worden, weil die Beklagte diesen Invaliditätsgrad mitentschädigt habe, ohne einen Vorbehalt nach Art 7.7 AUVB zu machen. Die Rückforderung sei außerdem nach Ablauf der dreijährigen Frist des § 12 VersVG verjährt. Mit der am 6. 3. 2006 eingelangten Klage begehrt die Klägerin zusätzliche Versicherungsleistungen, hilfsweise die Beklagte zu verpflichten, das Ärztekommmissionsverfahren durchzuführen. Die Gesamtinvalidität betrage 90,5 % bzw „100,5 %“ (inkl unfallskausaler neurologischer Invalidität). Durch die Versicherungsleistung sei eine „neurologisch-psychiatrische Invalidität“ von 10 % anerkannt worden, weil die Beklagte diesen Invaliditätsgrad mitentschädigt habe, ohne einen Vorbehalt nach Artikel 7 Punkt 7, AUVB zu machen. Die Rückforderung sei außerdem nach Ablauf der dreijährigen Frist des Paragraph 12, VersVG verjährt.

Die Beklagte zog in der Tatsatzung vom 6. 5. 2011 die Außerstreitstellung einer 10%igem Dauerinvalidität auf neurologischem Gebiet zurück und brachte - soweit noch von Bedeutung - vor, eine Überzahlung von 27.384 EUR (nämlich dreimal 10 % von 91.280 EUR) geleistet zu haben. Für die Invaliditätseinschätzung sei der Stichtag 9. 12. 2002 (ein Jahr nach dem Unfall) maßgebend. Bis zu diesem Zeitpunkt habe auf neurologischem Gebiet bei der Klägerin keine unfallskausale Dauerinvalidität bestanden. Veränderungen des Invaliditätsausmaßes nach Ablauf der vierjährigen Nachbemessungsfrist gemäß Art 7.7 AUVB (am 9. 12. 2005) seien nicht zu berücksichtigen. Auf den Rechtsgrund der Leistungskondition gestützt wendete die Beklagte ihren Rückforderungsanspruch aufrechnungsweise gegen die Klagsforderung ein. Die Beklagte zog in der Tatsatzung vom 6. 5. 2011 die Außerstreitstellung einer 10%igem Dauerinvalidität auf neurologischem Gebiet zurück und brachte - soweit noch von Bedeutung - vor, eine Überzahlung von 27.384 EUR (nämlich dreimal 10 % von 91.280 EUR) geleistet zu haben. Für die Invaliditätseinschätzung sei der Stichtag 9. 12. 2002 (ein Jahr nach dem Unfall) maßgebend. Bis zu diesem Zeitpunkt habe auf neurologischem Gebiet bei der Klägerin keine unfallskausale Dauerinvalidität bestanden. Veränderungen des Invaliditätsausmaßes nach Ablauf der vierjährigen Nachbemessungsfrist gemäß Artikel 7 Punkt 7, AUVB (am 9. 12. 2005) seien nicht zu berücksichtigen. Auf den Rechtsgrund der Leistungskondition gestützt wendete die Beklagte ihren Rückforderungsanspruch aufrechnungsweise gegen die Klagsforderung ein.

Das Erstgericht stellte die Klagsforderung mit 18.347,28 EUR als zu Recht bestehend fest, verneinte den Bestand der Gegenforderung und wies das Mehrbegehren von 49.838,88 EUR (unbekämpft und daher rechtskräftig) ab. Die Beklagte könne die für „neurologisch-psychiatrische Invalidität“ erbrachte Leistung nicht mehr zurückfordern, weil (auch) die in Art 7.7 AUVG genannte Frist eine Ausschlussfrist sei. Ein allenfalls von der Erstbemessung abweichender Invaliditätsgrad hätte nur dann berücksichtigt werden können, wenn dies bis zu vier Jahren ab dem Unfalltag vom Versicherten oder Versicherer begehrt worden wäre. Das Erstgericht stellte die Klagsforderung mit 18.347,28 EUR als zu Recht bestehend fest, verneinte den Bestand der Gegenforderung und wies das Mehrbegehren von 49.838,88 EUR (unbekämpft und daher rechtskräftig) ab. Die Beklagte könne die für „neurologisch-psychiatrische Invalidität“ erbrachte Leistung nicht mehr zurückfordern, weil (auch) die in Artikel 7 Punkt 7, AUVG genannte Frist eine Ausschlussfrist sei. Ein allenfalls von der Erstbemessung abweichender Invaliditätsgrad hätte nur dann berücksichtigt werden können, wenn dies bis zu vier Jahren ab dem Unfalltag vom Versicherten oder Versicherer begehrt worden wäre.

Das Berufungsgericht gab der allein gegen den Ausspruch zur Kompensandoforderung gerichteten Berufung der Beklagten Folge. Es sprach aus, dass die Gegenforderung bis zur Höhe der Klagsforderung zu Recht bestehe und die Revision zulässig sei. In rechtlicher Hinsicht gelangte es unter Hinweis auf die Entscheidung 7 Ob 63/07a zu folgendem Ergebnis:

In der aufrechnungsweisen Einwendung der Gegenforderung (Rückforderung der Überzahlung) sei kein eigenes Begehren auf Neubemessung des Invaliditätsgrades zu erblicken. Mangels Antrags auf ärztliche Neubemessung innerhalb der Vierjahresfrist des Art 7.7 AUVB habe die Beklagte die „letztgültige Feststellung“ des Invaliditätsgrades gegen sich gelten zu lassen. Diese Feststellung sei durch die im Gerichtsverfahren - auf Grund der Klage und damit über Begehren der Klägerin - eingeholten Gutachten erfolgt, die dem Ersturteil zugrundelägen. Demnach habe eine (10 %ige Invalidität begründende) neurologische Funktionsminderung bei der Klägerin nie vorgelegen, sodass die Rechtsgrundlage für die Zahlung von „29.384“ (richtig: 27.384) EUR fehle. Da die Beklagte keinen Antrag auf Neubemessung des Invaliditätsgrades gestellt, sondern sich auf die letztgültige ärztliche Bemessung im Gerichtsverfahren gestützt habe, liege kein Anwendungsfall der Ausschlussfrist nach Art 7.7 AUVB vor. Die irrtümlich ohne vertragliche Grundlage erfolgte Entschädigungszahlung könne gemäß § 1431 ABGB innerhalb der dreißigjährigen Verjährungszeit zurückverlangt werden, weil § 12 Abs 1 VersVG auf Bereicherungsansprüche nicht anwendbar sei (7 Ob 191/03v). Ein konstitutives Anerkenntnis durch die - wenn auch vorbehaltlose - Zahlung liege ebenfalls nicht vor, weil zum Zeitpunkt der Zahlung kein Zweifel über die behauptete Forderung bestanden habe (7 Ob 19/11m).

In der aufrechnungsweisen Einwendung der Gegenforderung (Rückforderung der Überzahlung) sei kein eigenes Begehren auf Neubemessung des Invaliditätsgrades zu erblicken. Mangels Antrags auf ärztliche Neubemessung innerhalb der Vierjahresfrist des Artikel 7 Punkt 7, AUVB habe die Beklagte die „letztgültige Feststellung“ des Invaliditätsgrades gegen sich gelten zu lassen. Diese Feststellung sei durch die im Gerichtsverfahren - auf Grund der Klage und damit über Begehren der Klägerin - eingeholten Gutachten erfolgt, die dem Ersturteil zugrundelägen. Demnach habe eine (10 %ige Invalidität begründende) neurologische Funktionsminderung bei der Klägerin nie vorgelegen, sodass die Rechtsgrundlage für die Zahlung von „29.384“ (richtig: 27.384) EUR fehle. Da die Beklagte keinen Antrag auf Neubemessung des Invaliditätsgrades gestellt, sondern sich auf die letztgültige ärztliche Bemessung im Gerichtsverfahren gestützt habe, liege kein Anwendungsfall der Ausschlussfrist nach Artikel 7 Punkt 7, AUVB vor. Die irrtümlich ohne vertragliche Grundlage erfolgte Entschädigungszahlung könne gemäß Paragraph 1431, ABGB innerhalb der dreißigjährigen Verjährungszeit zurückverlangt werden, weil Paragraph 12, Absatz eins, VersVG auf Bereicherungsansprüche nicht anwendbar sei (7 Ob 191/03v). Ein konstitutives Anerkenntnis durch die - wenn auch vorbehaltlose - Zahlung liege ebenfalls nicht vor, weil zum Zeitpunkt der Zahlung kein Zweifel über die behauptete Forderung bestanden habe (7 Ob 19/11m).

Die Revision sei zulässig, weil Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofs zur Frage fehle, ob die in Art 7.7 AUVB geregelte vierjährige Ausschlussfrist auch einen Bereicherungsanspruch des Versicherers auf Grund irrtümlich angenommener Invalidität des Versicherungsnehmers ausschließe, wenn nicht der Versicherer selbst, sondern der Versicherungsnehmer die Neubemessung seines Invaliditätsgrades im Rahmen eines Gerichtsverfahrens begehrt habe.

Die Revision sei zulässig, weil Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofs zur Frage fehle, ob die in Artikel 7 Punkt 7, AUVB geregelte vierjährige Ausschlussfrist auch einen Bereicherungsanspruch des Versicherers auf Grund irrtümlich angenommener Invalidität des Versicherungsnehmers ausschließe, wenn nicht der Versicherer selbst, sondern der Versicherungsnehmer die Neubemessung seines Invaliditätsgrades im Rahmen eines Gerichtsverfahrens begehrt habe.

Dagegen richtet sich die Revision der Klägerin wegen unrichtiger rechtlicher Beurteilung mit dem Antrag, das Ersturteil wiederherzustellen, also der Klägerin 18.347,28 EUR zuzusprechen; hilfsweise wird ein Aufhebungsantrag gestellt.

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

Die Revision ist zulässig und im Sinn einer Wiederherstellung des Ersturteils auch berechtigt.

Die Revisionswerberin meint, die Beklagte habe durch vorbehaltlose Begleichung der Invaliditätsforderung auf Grund der Sachverständigengutachten das Bestehen einer neurologischen Funktionsminderung von 10 % konstitutiv anerkannt. Dies ergebe sich auch aus dem Schreiben vom 23. 5. 2003. Die Beklagte hätte entweder „ohne Präjudiz“ leisten oder die Versicherungsnehmerin zumindest auf einen Nachbemessungsvorbehalt hinweisen müssen. Die Kompensandoforderung stelle eine gegen Treu und Glauben verstoßende überraschende Rückforderung der Versicherungsleistung dar. Ein durchschnittlicher

Versicherungsnehmer könne unter neuerlicher Bemessung eines Invaliditätsgrades nur jede neue Begutachtung verstehen. In diesem Sinn sei auch die Überprüfung des ursprünglich festgestellten Invaliditätsgrades eine Neubemessung, weshalb eine darauf basierende Rückforderung der Versicherungsleistung nur innerhalb der Vierjahresfrist des Art 7.7 AUVB möglich sei. Ein Irrtum über den seinerzeit festgestellten Invaliditätsgrad sei allein der Beklagten zuzurechnen. Es würde dem Sinn des Art 7.7 AUVB widersprechen, dem Versicherer nach Ablauf dieser Frist (am 9. 12. 2005) einen Rückforderungsanspruch zu gewähren. Werde der Antrag auf Neubemessung versäumt, habe es aus Gründen der Rechtssicherheit bei der letzten Feststellung der Bemessung der Invaliditätsentschädigung zu bleiben (7 Ob 63/07a). Die seinerzeitige Zahlung der Beklagten sei auf Grund der AUVB erfolgt, die bereicherungsrechtlichen Ansprüchen vorgingen, zumal die Zahlung vorbehaltlos erfolgt sei. Ein allfälliger Rückforderungsanspruch sei auch nach § 12 VersVG verjährt. Die Revisionswerberin meint, die Beklagte habe durch vorbehaltlose Begleichung der Invaliditätsforderung auf Grund der Sachverständigengutachten das Bestehen einer neurologischen Funktionsminderung von 10 % konstitutiv anerkannt. Dies ergebe sich auch aus dem Schreiben vom 23. 5. 2003. Die Beklagte hätte entweder „ohne Präjudiz“ leisten oder die Versicherungsnehmerin zumindest auf einen Nachbemessungsvorbehalt hinweisen müssen. Die Kompensandoforderung stelle eine gegen Treu und Glauben verstoßende überraschende Rückforderung der Versicherungsleistung dar. Ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer könne unter neuerlicher Bemessung eines Invaliditätsgrades nur jede neue Begutachtung verstehen. In diesem Sinn sei auch die Überprüfung des ursprünglich festgestellten Invaliditätsgrades eine Neubemessung, weshalb eine darauf basierende Rückforderung der Versicherungsleistung nur innerhalb der Vierjahresfrist des Artikel 7 Punkt 7, AUVB möglich sei. Ein Irrtum über den seinerzeit festgestellten Invaliditätsgrad sei allein der Beklagten zuzurechnen. Es würde dem Sinn des Artikel 7 Punkt 7, AUVB widersprechen, dem Versicherer nach Ablauf dieser Frist (am 9. 12. 2005) einen Rückforderungsanspruch zu gewähren. Werde der Antrag auf Neubemessung versäumt, habe es aus Gründen der Rechtssicherheit bei der letzten Feststellung der Bemessung der Invaliditätsentschädigung zu bleiben (7 Ob 63/07a). Die seinerzeitige Zahlung der Beklagten sei auf Grund der AUVB erfolgt, die bereicherungsrechtlichen Ansprüchen vorgingen, zumal die Zahlung vorbehaltlos erfolgt sei. Ein allfälliger Rückforderungsanspruch sei auch nach Paragraph 12, VersVG verjährt.

Die Revisionsbeantwortung hält dem entgegen, dass - entgegen der Ansicht des Berufungsgerichts - auch die Klägerin keine Neubemessung gemäß Art 7.7 AUVB beantragt habe. Eine solche sei auch gar nicht möglich, wenn der Invaliditätsgrad infolge eines Behandlungsendzustands - wie hier - bereits ein Jahr nach dem Unfall abschließend bemessen werden könne, sondern nur dann, wenn zu diesem Zeitpunkt zwar feststehe, dass eine dauernde Invalidität verbleiben werde, die Höhe derselben jedoch noch nicht eindeutig feststehe; wenn also die Möglichkeit bestehe, dass sich der unfallskausale Gesundheitszustand des Versicherungsnehmers nach Ablauf eines Jahres nach dem Unfall verbessere oder verschlechtere, um in solchen Fällen eines veränderlichen Gesundheitszustands zu verhindern, dass die abschließende Bemessung auf unabsehbare Zeit hinausgeschoben werde. Die Klägerin habe eine Verschlechterung ihres Zustands nach Ablauf eines Jahres nach dem Unfall aber nie behauptet, sondern stets geltend gemacht, dass ihr Gesundheitszustand ein Jahr nach dem Schadensfall einer dauernden Invalidität von 100 % entspreche. Daher gehe es nur um die gerichtliche Prüfung der Richtigkeit der Erstfestsetzung der Gesamtinvalidität mit 75,1 %. Für solche Nachprüfungen der Erstfestsetzung der Dauerinvalidität durch den Versicherer sei die Frist des Art 7.7 AUVB unbeachtlich. Die Revisionsbeantwortung hält dem entgegen, dass - entgegen der Ansicht des Berufungsgerichts - auch die Klägerin keine Neubemessung gemäß Artikel 7 Punkt 7, AUVB beantragt habe. Eine solche sei auch gar nicht möglich, wenn der Invaliditätsgrad infolge eines Behandlungsendzustands - wie hier - bereits ein Jahr nach dem Unfall abschließend bemessen werden könne, sondern nur dann, wenn zu diesem Zeitpunkt zwar feststehe, dass eine dauernde Invalidität verbleiben werde, die Höhe derselben jedoch noch nicht eindeutig feststehe; wenn also die Möglichkeit bestehe, dass sich der unfallskausale Gesundheitszustand des Versicherungsnehmers nach Ablauf eines Jahres nach dem Unfall verbessere oder verschlechtere, um in solchen Fällen eines veränderlichen Gesundheitszustands zu verhindern, dass die abschließende Bemessung auf unabsehbare Zeit hinausgeschoben werde. Die Klägerin habe eine Verschlechterung ihres Zustands nach Ablauf eines Jahres nach dem Unfall aber nie behauptet, sondern stets geltend gemacht, dass ihr Gesundheitszustand ein Jahr nach dem Schadensfall einer dauernden Invalidität

von 100 % entspreche. Daher gehe es nur um die gerichtliche Prüfung der Richtigkeit der Erstfestsetzung der Gesamtinvalidität mit 75,1 %. Für solche Nachprüfungen der Erstfestsetzung der Dauerinvalidität durch den Versicherer sei die Frist des Artikel 7 Punkt 7, AUVB unbeachtlich.

Sollte aber in der Klagseinbringung im Jahr 2006 doch ein Antrag auf Neubemessung gelegen sein, wäre dieser wegen Fristablaufs (am 9. 12. 2005) verfristet und unbeachtlich. Mangels bestehender Zweifel über die Leistungsverpflichtung zum Zeitpunkt der Zahlung der Beklagten liege auch kein Anerkenntnis vor; ein Hinweis, dass die Versicherungsleistung „ohne Präjudiz“ erbracht werde, oder ein Nachbemessungsvorbehalt seien nicht erforderlich gewesen. Die Rückforderung eines irrtümlich als Versicherungsleistung ausbezahlten Betrags sei ein Anwendungsfall des § 1431 ABGB, unterliege der 30-jährigen Verjährungsfrist und verstoße nicht gegen Treu und Glauben. Ein allenfalls selbst verschuldeter Irrtum sei im Rahmen des § 1431 ABGB unerheblich. Spätestens nach Durchführung des „Neubemessungsverfahrens“ und der „somit endgültigen Feststellung des Invaliditätsgrades“ könne eine zuvor geleistete Zahlung, die irrig auf einem höheren Invaliditätsgrad beruht habe als jenem, der „letztlich festgestellt“ worden sei, gemäß § 1431 ABGB zurückgefordert werden. Außerdem sei die Revision verspätet erhoben worden, weil der vom Erstgericht „zurückgewiesene“ Verfahrenshilfeantrag der Klägerin die Revisionsfrist weder unterbrochen noch gehemmt habe. Sollte aber in der Klagseinbringung im Jahr 2006 doch ein Antrag auf Neubemessung gelegen sein, wäre dieser wegen Fristablaufs (am 9. 12. 2005) verfristet und unbeachtlich. Mangels bestehender Zweifel über die Leistungsverpflichtung zum Zeitpunkt der Zahlung der Beklagten liege auch kein Anerkenntnis vor; ein Hinweis, dass die Versicherungsleistung „ohne Präjudiz“ erbracht werde, oder ein Nachbemessungsvorbehalt seien nicht erforderlich gewesen. Die Rückforderung eines irrtümlich als Versicherungsleistung ausbezahlten Betrags sei ein Anwendungsfall des Paragraph 1431, ABGB, unterliege der 30-jährigen Verjährungsfrist und verstoße nicht gegen Treu und Glauben. Ein allenfalls selbst verschuldeter Irrtum sei im Rahmen des Paragraph 1431, ABGB unerheblich. Spätestens nach Durchführung des „Neubemessungsverfahrens“ und der „somit endgültigen Feststellung des Invaliditätsgrades“ könne eine zuvor geleistete Zahlung, die irrig auf einem höheren Invaliditätsgrad beruht habe als jenem, der „letztlich festgestellt“ worden sei, gemäß Paragraph 1431, ABGB zurückgefordert werden. Außerdem sei die Revision verspätet erhoben worden, weil der vom Erstgericht „zurückgewiesene“ Verfahrenshilfeantrag der Klägerin die Revisionsfrist weder unterbrochen noch gehemmt habe.

Rechtliche Beurteilung

Dazu wurde erwogen:

Zur Rechtzeitigkeit der Revision entgeht der Beklagten, dass das Rekursgericht die Zurückweisung des Verfahrenshilfeantrags der Klägerin mit der Maßgabe bestätigte, dass der Antrag „abgewiesen“ werde. Dabei folgte es ständiger Rechtsprechung, wonach die Umdeutung einer Entscheidung durch das Gericht zweiter Instanz beim Vergreifen in der Entscheidungsform durch das Gericht erster Instanz grundsätzlich möglich ist; dies gilt auch im Zusammenhang mit Verfahrenshilfeanträgen (RIS-Justiz RS0120073; 4 Ob 44/12t).

Wenn eine Partei einen Verfahrenshilfeantrag stellt, aber - wie hier - trotz Verbesserungsauftrags kein Vermögensbekenntnis vorlegt, ist der Verfahrenshilfeantrag nicht zurück- sondern abzuweisen. Eine Zurückweisung durch das Erstgericht ist in eine abweisende Entscheidung umzudeuten. Demnach begann die Revisionsfrist erst mit Rechtskraft des (in Wahrheit) abweisenden Beschlusses des Erstgerichts, das ist mit Zustellung der Entscheidung des Rekursgerichts, neu zu laufen (RIS-Justiz RS0120073 [T1]) und die im ERV eingebrachte Revision wurde rechtzeitig erhoben.

Der Revision kommt - entgegen der Ansicht der Beklagten - aber auch inhaltlich Berechtigung zu.

Vorweg ist festzuhalten, dass allein die Prüfung der Gegenforderung Gegenstand des Rechtsmittelverfahrens ist, deren fehlende Berechtigung nach den Grundsätzen ständiger Rechtsprechung das Erstgericht (im Ergebnis) zutreffend erkannt hat. Die maßgebende Bestimmung des Art 7.7 AUVB legt Folgendes fest: Vorweg ist festzuhalten, dass allein die Prüfung der Gegenforderung Gegenstand des Rechtsmittelverfahrens ist, deren fehlende Berechtigung nach den Grundsätzen ständiger Rechtsprechung das Erstgericht (im Ergebnis) zutreffend erkannt hat. Die maßgebende Bestimmung des Artikel 7 Punkt 7, AUVB legt Folgendes fest:

„Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl der Versicherte als auch der

Versicherer berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen, und zwar ab zwei Jahren nach dem Unfalltag auch durch die Ärztekommision.“

Wortgleiche oder ganz vergleichbare Klauseln waren bereits Gegenstand zahlreicher oberstgerichtlicher Entscheidungen. Derartige Klauseln enthalten eine Ausschlussfrist: Wird die Antragstellung auf Neubemessung innerhalb von vier Jahren ab Unfalltag versäumt, bleibt es bei der bisherigen Bemessung des Invaliditätsgrades (RIS-Justiz RS0122119; 7 Ob 201/08x mwN). Ein allenfalls von der Erstbemessung abweichender Invaliditätsgrad ist nur dann zu bemessen und zu berücksichtigen, wenn dies bis zu vier Jahren ab dem Unfalltag vom Versicherten oder vom Versicherer begehrt wird (7 Ob 63/07a = RIS-Justiz RS0116097 [T3], RS0109447 [T2], RS0082292 [T11], RS0082173 [T1]; 7 Ob 201/08x).

Nach ständiger Rechtsprechung liegt der Zweck dieser Regelungen in der Herstellung von möglichst rascher Rechtssicherheit und Rechtsfrieden. Beide Parteien sollen innerhalb eines überblickbaren Zeitraums Klarheit über den Grad der Invalidität erlangen können, um letztlich Beweisschwierigkeiten zu vermeiden und eine alsbaldige Klärung der Ansprüche herbeizuführen. Die durch Setzung der Ausschlussfrist vorgenommene Risikobegrenzung soll also im Versicherungsrecht (in aller Regel) eine Ab- und Ausgrenzung schwer aufklärbarer und unübersehbarer (Spät-)Schäden herbeiführen (7 Ob 63/07a [zur Vierjahresfrist nach Art 7.7 AUVB]; vgl auch 7 Ob 221/12v mwN). Nach ständiger Rechtsprechung liegt der Zweck dieser Regelungen in der Herstellung von möglichst rascher Rechtssicherheit und Rechtsfrieden. Beide Parteien sollen innerhalb eines überblickbaren Zeitraums Klarheit über den Grad der Invalidität erlangen können, um letztlich Beweisschwierigkeiten zu vermeiden und eine alsbaldige Klärung der Ansprüche herbeizuführen. Die durch Setzung der Ausschlussfrist vorgenommene Risikobegrenzung soll also im Versicherungsrecht (in aller Regel) eine Ab- und Ausgrenzung schwer aufklärbarer und unübersehbarer (Spät-)Schäden herbeiführen (7 Ob 63/07a [zur Vierjahresfrist nach Artikel 7 Punkt 7, AUVB]; vergleiche auch 7 Ob 221/12v mwN).

Die Neubemessung der Invalidität innerhalb der vereinbarten Frist setzt voraus, dass die dauernde Invalidität bereits grundsätzlich feststand (7 Ob 63/07a; 7 Ob 185/07t mwN; RIS-Justiz RS0122859), ärztlich bemessen wurde und der Versicherer dazu eine entsprechende Erklärung abgegeben hat (Grimm Unfallversicherung4 Kommentar zu den AUB [2006] AUB 99 Ziff 9 [= § 11 AUB 88/94] Rn 25, 338; Knappmann in Prölss/Martin VVG28 AUB 2008 Nr 9 Rn 11, 2802). Die Neubemessung der Invalidität innerhalb der vereinbarten Frist setzt voraus, dass die dauernde Invalidität bereits grundsätzlich feststand (7 Ob 63/07a; 7 Ob 185/07t mwN; RIS-Justiz RS0122859), ärztlich bemessen wurde und der Versicherer dazu eine entsprechende Erklärung abgegeben hat (Grimm Unfallversicherung4 Kommentar zu den AUB [2006] AUB 99 Ziff 9 [= Paragraph 11, AUB 88/94] Rn 25, 338; Knappmann in Prölss/Martin VVG28 AUB 2008 Nr 9 Rn 11, 2802).

Ein Antrag auf Vornahme der Neubemessung muss vom Versicherer jedenfalls so rechtzeitig gestellt werden, dass die ärztliche Untersuchung nach dem gewöhnlichen Verlauf der Dinge noch vor Ablauf der Frist möglich ist (Knappmann aaO Rn 13, 2803). Wenn hingegen der Versicherungsnehmer gegen den Versicherer vor Ablauf der Frist für die Neubemessung Klage erhebt, gehen die Parteien typischerweise davon aus, dass der Streit insgesamt, das heißt, einschließlich etwaiger weiterer Invaliditätsfeststellungen, in dem vor Fristablauf eingeleiteten Prozess ausgetragen werden soll, ohne dass es einer Neufeststellung bedarf; wobei der Invaliditätsgrad bis maximal zum Ablauf der Frist maßgebend ist (Grimm aaO Rn 27, 339; BGH IV ZR 192/93 = VersR 1994, 971; BGH IV ZR 36/89 = VersR 1990, 478).

Haben aber - wie hier - beide Parteien die Frist des Art 7.7 AUVB ungenutzt verstreichen lassen, so bleibt der Grad der Invalidität maßgebend, wie er sich aus den Tatsachenmitteilungen der ersten Invaliditätsfeststellungen ergibt; es kann dann keine der Parteien gegen den Willen der anderen auf den Invaliditätsgrad am letzten Tag der Frist abstellen, weil es zu einer Neufestsetzung gar nicht gekommen ist (Grimm aaO). Greift - wie die Klägerin - nur der Versicherungsnehmer die Erstbemessung nach Fristablauf und ohne Verlangen nach Neubemessung an, so ist der Stichtag der Bemessung jener, der ihr (seinerzeit) zugrunde lag (Rixecker in Römer/Langheid/Rixecker VVG3 [2012] 1161 § 118 VVG Rn 2 aE [mit Hinweis auf BGH VersR 1994, 971]). Die Maßgeblichkeit des späteren Stichtags (zB anstelle des Untersuchungsdatums) hat also zur Voraussetzung, dass es überhaupt zu einer fristgerechten Neufeststellung kommt (BGH IV ZR 192/93 = VersR 1994, 971). Haben aber - wie hier - beide Parteien die Frist des Artikel 7 Punkt 7, AUVB ungenutzt verstreichen lassen, so bleibt der Grad der Invalidität maßgebend, wie er sich aus den

Tatsachenmitteilungen der ersten Invaliditätsfeststellungen ergibt; es kann dann keine der Parteien gegen den Willen der anderen auf den Invaliditätsgrad am letzten Tag der Frist abstellen, weil es zu einer Neufestsetzung gar nicht gekommen ist (Grimm aaO). Greift - wie die Klägerin - nur der Versicherungsnehmer die Erstbemessung nach Fristablauf und ohne Verlangen nach Neubemessung an, so ist der Stichtag der Bemessung jener, der ihr (seinerzeit) zugrunde lag (Rixecker in Römer/Langheid/Rixecker VVG3 [2012] 1161 Paragraph 118, VVG Rn 2 aE [mit Hinweis auf BGH VersR 1994, 971]). Die Maßgeblichkeit des späteren Stichtags (zB anstelle des Untersuchungsdatums) hat also zur Voraussetzung, dass es überhaupt zu einer fristgerechten Neufeststellung kommt (BGH IV ZR 192/93 = VersR 1994, 971).

Daraus ergibt sich für den vorliegenden Fall, dass der Rückforderung einer Überzahlung des Versicherers schon deshalb die Grundlage fehlt, weil sich die Beklagte gar nicht darauf beruft, der - für ein Abweichen von der Erstbemessung erforderliche - Antrag auf Neubemessung sei rechtzeitig, also innerhalb der Ausschlussfrist des Art 7.7 AUVB, gestellt worden. Schon mangels einer solchen Antragstellung blieb hier der Stichtag und der Grad der Invalidität maßgebend, der sich aus der ersten Invaliditätsfeststellung ergab. Wie sich die Invalidität der Klägerin später darstellte (festgestellt wurde der Invaliditätsgrad der Klägerin „nach den unfallskausalen Dauerfolgen innerhalb eines Jahres“ mit prozentuellen Invaliditätsgraden „innerhalb von vier Jahren nach dem Unfall“) ist daher unerheblich. Daraus ergibt sich für den vorliegenden Fall, dass der Rückforderung einer Überzahlung des Versicherers schon deshalb die Grundlage fehlt, weil sich die Beklagte gar nicht darauf beruft, der - für ein Abweichen von der Erstbemessung erforderliche - Antrag auf Neubemessung sei rechtzeitig, also innerhalb der Ausschlussfrist des Artikel 7 Punkt 7, AUVB, gestellt worden. Schon mangels einer solchen Antragstellung blieb hier der Stichtag und der Grad der Invalidität maßgebend, der sich aus der ersten Invaliditätsfeststellung ergab. Wie sich die Invalidität der Klägerin später darstellte (festgestellt wurde der Invaliditätsgrad der Klägerin „nach den unfallskausalen Dauerfolgen innerhalb eines Jahres“ mit prozentuellen Invaliditätsgraden „innerhalb von vier Jahren nach dem Unfall“) ist daher unerheblich.

Demgemäß kann von einer Überzahlung durch die Beklagte keine Rede sein; auch daraus, dass - im erst lange nach Fristablauf eingeleiteten - vorliegenden Verfahren nachträglich festgestellt wurde, dass „der Unfall innerhalb eines Jahres ab dem Unfall keine dauernde Beeinträchtigung [...] insbesondere auf neurologischem und psychiatrischem Gebiet zeitigte“, ist für den Rückforderungsanspruch des Versicherers nämlich aus folgenden Überlegungen nichts zu gewinnen:

Hat ein Versicherer Zahlung geleistet, obwohl Leistungsfreiheit oder nur eine geringere Leistungspflicht bestand, so kann diese Leistung unter den Voraussetzungen des § 1431 ABGB zurückverlangt werden (RIS-Justiz RS0033755). Der Bereicherungskläger (Versicherer) hat zu beweisen, dass die von ihm erbrachte Leistung zum Zweck der Erfüllung einer Schuld erfolgte, die in Wirklichkeit nicht bestand, und dass er sich bei der Leistung in einem Irrtum befand (RIS-Justiz RS0033566), also die Voraussetzungen für eine Leistung nicht (im angenommenen Umfang) vorlagen, der Versicherer aber irrig davon ausging (RIS-Justiz RS0078874; 7 Ob 19/11m; 7 Ob 157/03v mwN). Hat ein Versicherer Zahlung geleistet, obwohl Leistungsfreiheit oder nur eine geringere Leistungspflicht bestand, so kann diese Leistung unter den Voraussetzungen des Paragraph 1431, ABGB zurückverlangt werden (RIS-Justiz RS0033755). Der Bereicherungskläger (Versicherer) hat zu beweisen, dass die von ihm erbrachte Leistung zum Zweck der Erfüllung einer Schuld erfolgte, die in Wirklichkeit nicht bestand, und dass er sich bei der Leistung in einem Irrtum befand (RIS-Justiz RS0033566), also die Voraussetzungen für eine Leistung nicht (im angenommenen Umfang) vorlagen, der Versicherer aber irrig davon ausging (RIS-Justiz RS0078874; 7 Ob 19/11m; 7 Ob 157/03v mwN).

Dass diese Voraussetzungen nicht erfüllt sind, liegt auf der Hand: Wurde doch zum Zeitpunkt der hier allein maßgebenden ersten, von der Beklagten selbst veranlassten Invaliditätsfeststellung auch eine 10%ige „neurologische“ Invalidität der Klägerin bejaht. Da die Beklagte eine zu Recht bestehende - und schon deshalb nicht rückforderbare - Schuld beglichen hat, ist auf allfällige weitere, einer Rückforderung der Versicherungsleistung entgegenstehende Einwendungen der Klägerin nicht mehr einzugehen.

In Stattgebung der Revision ist das Urteil des Erstgerichts wiederherzustellen.

Die Entscheidung über die Prozesskosten des Rechtsmittelverfahrens gründet sich auf die §§ 41 Abs 1 und 50

Abs 1 ZPO. Für die Revision gebührt ein ERV-Zuschlag (§ 23a Satz 2 RATG) von nur 1,80 EUR anstatt der verzeichneten 3,60 EUR (RIS-Justiz RS0126594). Die Entscheidung über die Prozesskosten des Rechtsmittelverfahrens gründet sich auf die Paragraphen 41, Absatz eins und 50 Absatz eins, ZPO. Für die Revision gebührt ein ERV-Zuschlag (Paragraph 23 a, Satz 2 RATG) von nur 1,80 EUR anstatt der verzeichneten 3,60 EUR (RIS-Justiz RS0126594).

Schlagworte

Vertragsversicherungsrecht

Textnummer

E103707

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:OGH0002:2013:00700B00153.12V.0327.000

Im RIS seit

23.04.2013

Zuletzt aktualisiert am

03.06.2016

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