

TE OGH 1984/3/27 2Ob10/84

JUSLINE Entscheidung

🕒 Veröffentlicht am 27.03.1984

Kopf

Der Oberste Gerichtshof hat als Revisionsgericht durch den Senatspräsidenten des Obersten Gerichtshofs Dr. Piegler als Vorsitzenden und durch die Hofräte des Obersten Gerichtshofs Dr. Kralik, Dr. Melber, Dr. Huber und Dr. Egermann als Richter in der Rechtssache der klagenden Partei S*****, vertreten durch Dr. Alfred Kasamas, Rechtsanwalt in Wien, wider die beklagte Partei V*****, vertreten durch Dr. Ingo Ubl, Rechtsanwalt in Wien, wegen 172.614 S sA und Feststellung, infolge Revision der beklagten Partei gegen das Urteil des Oberlandesgerichts Wien als Berufungsgericht vom 29. Dezember 1983, GZ 18 R 216/83-28, womit infolge Berufung beider Parteien das Urteil des Landesgerichts für Zivilrechtssachen Wien vom 4. Juli 1983, GZ 29 Cg 708/82-18, abgeändert wurde, in nichtöffentlicher Sitzung zu Recht erkannt:

Spruch

Der Revision wird teilweise Folge gegeben.

Das Urteil des Berufungsgerichts wird in seinem Ausspruch über das Leistungsbegehren bestätigt, in seinem Ausspruch über das Feststellungsbegehren aber dahin abgeändert, dass dieser zu lauten hat:

„Das Begehren, es werde festgestellt, dass die beklagte Partei der klagenden Partei im Rahmen der Haftpflichtversicherungssumme für alle Ansprüche hafte, die auf sie von Gesetzes wegen aufgrund von Leistungen übergehen, welche sie für Roman S***** wegen der Verletzungen erbringt, die er bei dem am 2. 8. 1978 von Hans Jürgen W***** in Aigen im Ennstal verschuldeten Verkehrsunfall erlitt, wird abgewiesen.“

Die beklagte Partei hat der klagenden Partei die mit 18.273,89 S bestimmten Kosten des Verfahrens erster Instanz, die mit 4.404,24 S bestimmten Kosten des Berufungsverfahrens sowie die mit 4.466,59 S bestimmten Kosten des Revisionsverfahrens binnen 14 Tagen bei Exekution zu ersetzen.

Text

Entscheidungsgründe:

Am 2. 8. 1978 erlitt Roman S***** bei einem Verkehrsunfall schwere Verletzungen, die zu einer Erwerbsunfähigkeit sowie einer Amputation des rechten Unterschenkels führten. Verschuldet wurde dieser Unfall vom Lenker eines in der BRD zugelassenen Fahrzeugs. Die Haftung der Beklagten für die Unfallsfolgen ist unbestritten. Der am 6. 2. 1936 geborene Roman S***** war von Beruf Bestattungsunternehmer und bei der Klägerin pensionsversichert. Außerdem war er gemäß der damals in Kraft stehenden Vorschrift des § 9 GSKVG freiwillig zusatzkrankenversichert. Am 2. 8. 1978 erlitt Roman S***** bei einem Verkehrsunfall schwere Verletzungen, die zu einer Erwerbsunfähigkeit sowie einer Amputation des rechten Unterschenkels führten. Verschuldet wurde dieser Unfall vom Lenker eines in der BRD zugelassenen Fahrzeugs. Die Haftung der Beklagten für die Unfallsfolgen ist unbestritten. Der am 6. 2. 1936 geborene Roman S***** war von Beruf Bestattungsunternehmer und bei der Klägerin pensionsversichert. Außerdem war er gemäß der damals in Kraft stehenden Vorschrift des Paragraph 9, GSKVG freiwillig zusatzkrankenversichert.

Mit ihrer am 25. 1. 1982 eingebrachten Klage begehrte die Klägerin einen Betrag von 142.968 S (116.424 S Taggeld und 26.544 S Krankengeld). Sie führte aus, sie habe aufgrund der Zusatzkrankenversicherung Leistungen an den Versicherten erbringen müssen; der Schadenersatzanspruch des Versicherten sei gemäß § 109 GSPVG auf sie übergegangen. Hilfsweise wurde der Forderungsübergang auch auf die Bestimmungen des Vertragsversicherungsgesetzes gestützt. Mit dem am 13. 4. 1982 eingelangten, in der Verhandlungstagsatzung vom 26. 5. 1982 vorgetragenen Schriftsatz dehnte die Klägerin ihr Begehren um 29.646 S (450 S Krankentransportkosten, 28.980 S Verpflegskosten und 216 S Behandlungskosten) auf 172.614 S sA aus. Außerdem stellte sie in diesem Schriftsatz ein Feststellungsbegehren. Mit ihrer am 25. 1. 1982 eingebrachten Klage begehrte die Klägerin einen Betrag von 142.968 S (116.424 S Taggeld und 26.544 S Krankengeld). Sie führte aus, sie habe aufgrund der Zusatzkrankenversicherung Leistungen an den Versicherten erbringen müssen; der Schadenersatzanspruch des Versicherten sei gemäß Paragraph 109, GSPVG auf sie übergegangen. Hilfsweise wurde der Forderungsübergang auch auf die Bestimmungen des Vertragsversicherungsgesetzes gestützt. Mit dem am 13. 4. 1982 eingelangten, in der Verhandlungstagsatzung vom 26. 5. 1982 vorgetragenen Schriftsatz dehnte die Klägerin ihr Begehren um 29.646 S (450 S Krankentransportkosten, 28.980 S Verpflegskosten und 216 S Behandlungskosten) auf 172.614 S sA aus. Außerdem stellte sie in diesem Schriftsatz ein Feststellungsbegehren.

Die Beklagte wendete Verjährung ein und bestritt einen Forderungsübergang. Die Klägerin sei im Zusammenhang mit der Zusatzkrankenversicherung gleich einem privaten Unfallversicherer aufgetreten.

Das Erstgericht gab dem Leistungsbegehren mit 65.000 S sA statt, wies das Leistungsmehrbegehren von 107.614 S sowie das Feststellungsbegehren aber ab.

Das Berufungsgericht änderte das Ersturteil dahin ab, dass dem Leistungsbegehren mit einem Betrag von 171.046 S stattgegeben wurde und die Abweisung nur das Mehrbegehren von 1.568 S betraf. Außerdem erkannte das Berufungsgericht im Sinne des Feststellungsbegehrens. Das Berufungsgericht sprach aus, dass der Wert des Streitgegenstands 300.000 S nicht übersteige und die Revision zulässig sei.

Gegen das Urteil des Berufungsgerichts richtet sich die Revision der Beklagten. Sie macht die Revisionsgründe der Mangelhaftigkeit des Verfahrens sowie der unrichtigen rechtlichen Beurteilung geltend und beantragt, das angefochtene Urteil dahin abzuändern, dass das gesamte Klagebegehren abgewiesen werde.

Die Klägerin beantragt, der Revision nicht Folge zu geben.

Rechtliche Beurteilung

Die Revision ist teilweise berechtigt.

Die Vorinstanzen legten ihren Entscheidungen folgenden wesentlichen Sachverhalt zu Grunde:

Die Klägerin begehrte mit Schreiben vom 16.9. 1980 von der Z***** Aktiengesellschaft (in der Folge: Z*****), die von der Beklagten mit der Bearbeitung des Schadensfalls beauftragt worden war, die Bezahlung ihres wegen des Unfalls vom 2. 8. 1978 an Roman S***** erbrachten Leistungen in der Höhe von 171.046 S. Nachdem die Z***** um weitere Aufklärung ersucht hatte, teilte ihr die Klägerin am 10. 11. 1980 mit, dass sie den Ersatz des Schadens für ihre Leistungen aus der Zusatzversicherung des Verletzten begehre. Sie meldete zugleich eine weitere Forderung in der Höhe von 1.560 S an. Am 14. 11. 1980 lehnte die Beklagte, die sich damit erstmals unmittelbar in den Schriftverkehr einschaltete, die Zahlung mit den Worten ab: „Sie werden daher einsehen, dass wir beim derzeitigen Stand der Sache Leistungen nicht erbringen können ... Selbstverständlich sind wir gerne bereit, die Sache nochmals zu überprüfen, wenn Sie uns bekanntgeben, auf welche Bestimmungen bzw auf welche Legalzession sie ihren Regress stützen ... Wollen Sie uns bitte bekanntgeben, ob wir in diesem Punkt Recht gehen.“

Die Z***** teilte der klagenden Partei mit Schreiben vom 22. 12. 1980 mit, dass Roman S***** nicht bereit sei, „für den Deckungsfonds“ Abzüge von seiner Verdienstentgangsforderung anzuerkennen. Sie werde die klagende Partei über den Ausgang eines aus diesem Grund angestregten Gerichtsverfahrens informieren. In der Zwischenzeit hatten zwischen dem Sachbearbeiter der Z***** und dem Sachbearbeiter der klagenden Partei Gespräche über den Schadensfall stattgefunden. Dabei kam zur Sprache, dass zwischen Roman S***** und der Beklagten ein Verfahren anhängig sei und der Sachbearbeiter der Klägerin schlug vor, erst nach Ausgang dieses Verfahrens die zwischen der Klägerin und der Beklagten bestehende Streitfrage in einem Prozess zu klären und „den Streitwert so anzusetzen, dass man den Fall vor dem Obersten Gerichtshof bringen könne“. Auch zwischen einem anderen Angestellten der Z*****

und einem anderen Sachbearbeiter der Klägerin fand am 18. 2. 1980 ein Gespräch statt, in welchem zur Sprache kam, dass es sinnlos sei, zwei Prozesse zu führen und dass besser erst der Ausgang des zwischen Roman S***** und der Beklagten anhängigen Verfahrens abgewartet werden solle. Die Z***** bestätigte schließlich mit Schreiben vom 21. 12. 1981 ihr Einverständnis mit der zwischen ihrem Sachbearbeiter Dr. M***** und der Z***** besprochenen Regelung sowie damit, dass der Streitwert der von der Klägerin gegen die Beklagte einzubringenden Klage 65.000 S betragen solle, die Beklagte würde nur den Forderungsübergang bestreiten, nicht aber den Deckungsfonds.

Rechtlich beurteilte das Erstgericht diesen Sachverhalt dahin, auch unter Berücksichtigung des Umstands, dass die Verjährung vom Zeitpunkt der Geltendmachung der Forderung am 16. 9. und 10. 11. 1980 bis zur Ablehnung der angemeldeten Ersatzansprüche am 14. 11. 1980 gehemmt gewesen sei, sei die Klage erst nach Ablauf der Verjährungszeit eingebracht worden. Das Schreiben vom 21. 12. 1981 in Verbindung mit den Gesprächen der Sachbearbeiter sei jedoch als schlüssiger Verjährungsverzicht hinsichtlich eines Betrags von 65.000 S anzusehen. Nur hinsichtlich dieses Betrags habe noch eine Klagemöglichkeit bestanden.

Das Berufungsgericht führte zur Rechtsfrage aus, die Ablehnung der Ersatzansprüche durch die Beklagte sei nicht bereits am 14. 11. 1980 geschehen. Der Sinn der im § 63 Abs 2 KFG vorgesehenen Hemmung der Verjährung liege darin, eine außergerichtliche Bereinigung eines Schadensfalls zu ermöglichen und zu fördern. Eine Ablehnung der Schadenersatzansprüche im Sinne dieser Gesetzesstelle sei daher erst anzunehmen, wenn derjenige, der die Ansprüche angemeldet habe, den Eindruck haben müsse, sie nur im Weg eines gerichtlichen Verfahrens durchsetzen zu können. Das Schreiben vom 14. 11. 1980 habe diesen Eindruck aber keinesfalls vermittelt, sondern es gehe daraus klar hervor, dass die Beklagte zu weiteren außergerichtlichen Verhandlungen bereit gewesen sei. Diesem Bild entspreche, dass es in der Folge auch tatsächlich zu solchen Verhandlungen gekommen sei. Die Hemmung der Verjährung habe daher erst geendet, als die Streitparteien vereinbart hätten, ihre verschiedenen Standpunkte in einem Rechtsstreit zu klären. Ab diesem Zeitpunkt habe die Klägerin erkennen müssen, dass eine außergerichtliche Einigung nicht möglich gewesen sei. Es sei davon auszugehen, dass die Hemmung der Verjährung am 13. 4. 1981 geendet habe, weil an diesem Tag die Einbringung einer Klage bei einem Telefongespräch vereinbart worden sei. Bei der Hemmung nach § 63 Abs 2 KFG handle es sich um eine Fortlaufhemmung; nach dem Fortfall der Hemmung verbleibe noch der bis zur Zeit des Eintritts der Hemmung nicht abgelaufene Teil der Verjährungszeit. Die Verjährungsfrist für die mit Schreiben vom 16. 9. 1980 angemeldeten Ansprüche sei unter Berücksichtigung der Hemmung am 26. 2. 1982 abgelaufen, jene für die mit Schreiben vom 10. 11. 1980 angemeldeten Ansprüche am 1. 1. 1982. Zur Zeit der Klageeinbringung seien daher die mit dem ersten Schreiben angemeldeten Ansprüche noch nicht verjährt gewesen, wohl aber jene, die erst im zweiten Schreiben angemeldet worden seien. Eine Hemmung der Verjährung des Feststellungsanspruchs sei nicht erfolgt, weil ein derartiger Anspruch nicht angemeldet worden sei. Der Oberste Gerichtshof vertrete jedoch die Auffassung, dass die Möglichkeit eines künftigen Schadens zwar ein Feststellungsinteresse im Sinn des § 228 ZPO begründe, dass aber die Verjährungsfrist erst mit dem Zeitpunkt zu laufen beginne, in dem der Verletzte mit künftigen Schäden als wahrscheinlich zu rechnen habe. Die bloße Möglichkeit künftiger Schäden setze demnach die Verjährungszeit noch nicht in Lauf. Hier sei nach der Aktenlage nicht anzunehmen, dass die Klägerin künftige Schäden als wahrscheinlich anzusehen gehabt habe. Ihr Feststellungsanspruch sei daher im Sinne der Rechtsprechung nicht verjährt. Die Beklagte habe erklärt, die „medizinische Berechtigung“ des Feststellungsbegehrens nicht zu bestreiten. Dies könne nur so verstanden werden, dass sie die Möglichkeit künftiger Schäden zugestanden habe. Dem Feststellungsbegehren sei daher Folge zu geben gewesen. Nach herrschender Auffassung vollziehe sich der in den sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften vorgesehene Rechtsübergang dem Grunde nach im Unfallszeitpunkt. Der Forderungsübergang sei hier daher nach dem zur Zeit des Unfalls geltenden § 108 GSKVG zu beurteilen. Die Klägerin berufe sich unrichtig auf § 109 GSPVG, weil eine Zusatzversicherung des Geschädigten nach § 9 GSKVG bestanden habe. Dies schade aber nicht, weil die Klägerin auch die nunmehr geltenden Bestimmungen des GSVG angeführt habe und damit auch die entsprechenden Tatbestände des GSKVG geltend gemacht habe. Zu den Leistungen im Sinne des § 108 Abs 1 GSKVG gehörten auch alle Leistungen, die im Rahmen einer gemäß § 9 Abs 1 GSKVG abgeschlossenen Zusatzversicherung erbracht würden. Diese Auffassung habe nicht nur den eindeutigen Wortlaut des Gesetzes, sondern auch dessen Sinn für sich. Der Zweck der in den Sozialversicherungsgesetzen vorgesehene Legalzession liege nämlich unter anderem darin, dass es dem Schädiger nicht zugute kommen solle, dass er in einem Gemeinwesen lebe, das den Bedarf des Einzelnen zum Teil durch Sozialleistung sichere, die letzten Endes von der Gemeinschaft aufgebracht werden müssten. Zu diesen Sozialleistungen gehörten aber auch die aufgrund einer freiwilligen Zusatzversicherung erbrachten Leistungen. Diese

Auffassung finde auch in der bisherigen Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofs eine Stütze, weil darin der Forderungsübergang aufgrund von Leistungen, die im Rahmen der freiwilligen Weiterversicherung gewährt worden seien, bejaht werde. Es bestehe kein Grund, Leistungen aufgrund einer freiwilligen Zusatzversicherung, anders zu behandeln. Die Auffassung des Erstgerichts, dass die sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen über die Legalzession anzuwenden seien, sei daher richtig. Das Berufungsgericht führte zur Rechtsfrage aus, die Ablehnung der Ersatzansprüche durch die Beklagte sei nicht bereits am 14. 11. 1980 geschehen. Der Sinn der im Paragraph 63, Absatz 2, KFG vorgesehenen Hemmung der Verjährung liege darin, eine außergerichtliche Bereinigung eines Schadensfalls zu ermöglichen und zu fördern. Eine Ablehnung der Schadenersatzansprüche im Sinne dieser Gesetzesstelle sei daher erst anzunehmen, wenn derjenige, der die Ansprüche angemeldet habe, den Eindruck haben müsse, sie nur im Weg eines gerichtlichen Verfahrens durchsetzen zu können. Das Schreiben vom 14. 11. 1980 habe diesen Eindruck aber keinesfalls vermittelt, sondern es gehe daraus klar hervor, dass die Beklagte zu weiteren außergerichtlichen Verhandlungen bereit gewesen sei. Diesem Bild entspreche, dass es in der Folge auch tatsächlich zu solchen Verhandlungen gekommen sei. Die Hemmung der Verjährung habe daher erst geendet, als die Streitteile vereinbart hätten, ihre verschiedenen Standpunkte in einem Rechtsstreit zu klären. Ab diesem Zeitpunkt habe die Klägerin erkennen müssen, dass eine außergerichtliche Einigung nicht möglich gewesen sei. Es sei davon auszugehen, dass die Hemmung der Verjährung am 13. 4. 1981 geendet habe, weil an diesem Tag die Einbringung einer Klage bei einem Telefongespräch vereinbart worden sei. Bei der Hemmung nach Paragraph 63, Absatz 2, KFG handle es sich um eine Fortlaufhemmung; nach dem Fortfall der Hemmung verbleibe noch der bis zur Zeit des Eintritts der Hemmung nicht abgelaufene Teil der Verjährungszeit. Die Verjährungsfrist für die mit Schreiben vom 16. 9. 1980 angemeldeten Ansprüche sei unter Berücksichtigung der Hemmung am 26. 2. 1982 abgelaufen, jene für die mit Schreiben vom 10. 11. 1980 angemeldeten Ansprüche am 1. 1. 1982. Zur Zeit der Klagseinbringung seien daher die mit dem ersten Schreiben angemeldeten Ansprüche noch nicht verjährt gewesen, wohl aber jene, die erst im zweiten Schreiben angemeldet worden seien. Eine Hemmung der Verjährung des Feststellungsanspruchs sei nicht erfolgt, weil ein derartiger Anspruch nicht angemeldet worden sei. Der Oberste Gerichtshof vertrete jedoch die Auffassung, dass die Möglichkeit eines künftigen Schadens zwar ein Feststellungsinteresse im Sinn des Paragraph 228, ZPO begründe, dass aber die Verjährungsfrist erst mit dem Zeitpunkt zu laufen beginne, in dem der Verletzte mit künftigen Schäden als wahrscheinlich zu rechnen habe. Die bloße Möglichkeit künftiger Schäden setze demnach die Verjährungszeit noch nicht in Lauf. Hier sei nach der Aktenlage nicht anzunehmen, dass die Klägerin künftige Schäden als wahrscheinlich anzusehen gehabt habe. Ihr Feststellungsanspruch sei daher im Sinne der Rechtsprechung nicht verjährt. Die Beklagte habe erklärt, die „medizinische Berechtigung“ des Feststellungsbegehrens nicht zu bestreiten. Dies könne nur so verstanden werden, dass sie die Möglichkeit künftiger Schäden zugestanden habe. Dem Feststellungsbegehren sei daher Folge zu geben gewesen. Nach herrschender Auffassung vollziehe sich der in den sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften vorgesehene Rechtsübergang dem Grunde nach im Unfallszeitpunkt. Der Forderungsübergang sei hier daher nach dem zur Zeit des Unfalls geltenden Paragraph 108, GSKVG zu beurteilen. Die Klägerin berufe sich unrichtig auf Paragraph 109, GSPVG, weil eine Zusatzversicherung des Geschädigten nach Paragraph 9, GSKVG bestanden habe. Dies schade aber nicht, weil die Klägerin auch die nunmehr geltenden Bestimmungen des GSVG angeführt habe und damit auch die entsprechenden Tatbestände des GSKVG geltend gemacht habe. Zu den Leistungen im Sinne des Paragraph 108, Absatz eins, GSKVG gehörten auch alle Leistungen, die im Rahmen einer gemäß Paragraph 9, Absatz eins, GSKVG abgeschlossenen Zusatzversicherung erbracht würden. Diese Auffassung habe nicht nur den eindeutigen Wortlaut des Gesetzes, sondern auch dessen Sinn für sich. Der Zweck der in den Sozialversicherungsgesetzen vorgesehene Legalzession liege nämlich unter anderem darin, dass es dem Schädiger nicht zugute kommen solle, dass er in einem Gemeinwesen lebe, das den Bedarf des Einzelnen zum Teil durch Sozialleistung sichere, die letzten Endes von der Gemeinschaft aufgebracht werden müssten. Zu diesen Sozialleistungen gehörten aber auch die aufgrund einer freiwilligen Zusatzversicherung erbrachten Leistungen. Diese Auffassung finde auch in der bisherigen Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofs eine Stütze, weil darin der Forderungsübergang aufgrund von Leistungen, die im Rahmen der freiwilligen Weiterversicherung gewährt worden seien, bejaht werde. Es bestehe kein Grund, Leistungen aufgrund einer freiwilligen Zusatzversicherung, anders zu behandeln. Die Auffassung des Erstgerichts, dass die sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen über die Legalzession anzuwenden seien, sei daher richtig.

Demgegenüber vertritt die Revisionswerberin den Standpunkt, die Ablehnung des Schadenersatzanspruchs im Sinne des § 63 Abs 2 KFG sei mit Schreiben vom 14. 11. 1980 erfolgt. Diese Ansicht entspreche auch der Entscheidung ZVR 1976/51. Im Hinblick auf die Unterschenkelamputation und die durch die Verletzungen eingetretene

Erwerbsunfähigkeit des Versicherten sei der Klägerin der Eintritt eines Dauerschadens gewiss gewesen. Da für den Versicherten sofort klar gewesen sei, dass ein Dauerschaden vorliege und für den Anspruch des Versicherungsträgers keine eigene Verjährung laufe, sei das Feststellungsbegehren jedenfalls verjährt. Der von den Vorinstanzen aus der Textierung der Bestimmung des § 142 Abs 1 GSKVG 1971 über den Übergang von Schadenersatzansprüchen auf den Sozialversicherungsträger gezogene Schluss sei nicht zwingend. Dies wäre nur dann der Fall, wenn diese Bestimmung im Aufbau konsequent und klar wäre. Doch werde zum Beispiel ausdrücklich der Übergang eines Schmerzensgeldanspruchs verneint, obwohl Schmerzensgeld nicht zu den Leistungen des Sozialversicherungsträgers gehöre, andererseits der Anspruch nach § 1326 ABGB nicht erwähnt, obwohl dieser ebensowenig vom Sozialversicherungsträger erfüllt werde wie er auf ihn übergehen könne. Es sei vielmehr das Wesen und der Aufbau der Zusatzversicherung zu untersuchen. Hierbei werde offenkundig, dass die Zusatzversicherung zum GSKVG einer privaten Zusatzversicherung gleiche. In diesem Zusammenhang sei insbesondere auf die Bestimmung des § 20 Abs 4 GSKVG zu verweisen, wonach die Beiträge so anzusetzen seien, dass einerseits der laufende Aufwand aus der Zusatzversicherung gedeckt werde und andererseits die Ansammlung einer Barreserve sichergestellt werde. Auch die Bestimmung des § 11 leg cit, wonach der Versicherte ausgeschlossen werden könne, wenn er unrichtige Angaben über Gesundheitszustand, Alter etc gemacht habe, weise auf den Charakter einer privaten Unfall- und Krankenversicherung hin. Die Klägerin sei daher nicht berechtigt, von der Beklagten Aufwendungen ersetzt zu begehren. Demgegenüber vertritt die Revisionswerberin den Standpunkt, die Ablehnung des Schadenersatzanspruchs im Sinne des Paragraph 63, Absatz 2, KFG sei mit Schreiben vom 14. 11. 1980 erfolgt. Diese Ansicht entspreche auch der Entscheidung ZVR 1976/51. Im Hinblick auf die Unterschenkelamputation und die durch die Verletzungen eingetretene Erwerbsunfähigkeit des Versicherten sei der Klägerin der Eintritt eines Dauerschadens gewiss gewesen. Da für den Versicherten sofort klar gewesen sei, dass ein Dauerschaden vorliege und für den Anspruch des Versicherungsträgers keine eigene Verjährung laufe, sei das Feststellungsbegehren jedenfalls verjährt. Der von den Vorinstanzen aus der Textierung der Bestimmung des Paragraph 142, Absatz eins, GSKVG 1971 über den Übergang von Schadenersatzansprüchen auf den Sozialversicherungsträger gezogene Schluss sei nicht zwingend. Dies wäre nur dann der Fall, wenn diese Bestimmung im Aufbau konsequent und klar wäre. Doch werde zum Beispiel ausdrücklich der Übergang eines Schmerzensgeldanspruchs verneint, obwohl Schmerzensgeld nicht zu den Leistungen des Sozialversicherungsträgers gehöre, andererseits der Anspruch nach Paragraph 1326, ABGB nicht erwähnt, obwohl dieser ebensowenig vom Sozialversicherungsträger erfüllt werde wie er auf ihn übergehen könne. Es sei vielmehr das Wesen und der Aufbau der Zusatzversicherung zu untersuchen. Hierbei werde offenkundig, dass die Zusatzversicherung zum GSKVG einer privaten Zusatzversicherung gleiche. In diesem Zusammenhang sei insbesondere auf die Bestimmung des Paragraph 20, Absatz 4, GSKVG zu verweisen, wonach die Beiträge so anzusetzen seien, dass einerseits der laufende Aufwand aus der Zusatzversicherung gedeckt werde und andererseits die Ansammlung einer Barreserve sichergestellt werde. Auch die Bestimmung des Paragraph 11, leg cit, wonach der Versicherte ausgeschlossen werden könne, wenn er unrichtige Angaben über Gesundheitszustand, Alter etc gemacht habe, weise auf den Charakter einer privaten Unfall- und Krankenversicherung hin. Die Klägerin sei daher nicht berechtigt, von der Beklagten Aufwendungen ersetzt zu begehren.

Zu diesen Ausführungen ist Folgendes zu erwägen:

1.) Zur Frage der Verjährung des Leistungsanspruchs:

Ist der Schadenersatzanspruch des geschädigten Dritten beim Versicherer angemeldet worden, so ist gemäß § 63 Abs 2 KFG die Verjährung bis zur Zustellung einer schriftlichen Erklärung des Versicherers, dass er den Schadenersatzanspruch ablehne, gehemmt. Es stellt sich daher die Frage, ob das Schreiben vom 14. 11. 1980 als Ablehnungsschreiben in diesem Sinne zu verstehen ist. Schon aus der Formulierung „sie werden daher einsehen, dass wir beim derzeitigen Stand der Sache Leistungen nicht erbringen können“, ergibt sich, dass es sich um keine endgültige Ablehnung handelt. Diese Formulierung erweckt vielmehr den Eindruck, die Angelegenheit sei noch nicht genügend geklärt, um entscheiden zu können, ob Leistungen erbracht werden. Dazu kommt, dass im Schreiben die Bereitschaft zu weiteren Vergleichsverhandlungen eindeutig zum Ausdruck kommt, ebenso, dass es Sache der Klägerin wäre, hiefür den nächsten Schritt zu tun. Aufgrund dieses Schreibens war es daher für die Klägerin keinesfalls klar, dass die Beklagte Zahlung endgültig ablehnt und der Anspruch mit Klage durchgesetzt werden muss. Die Fortlaufshemmung der Verjährung im Sinne des § 63 Abs 2 KFG endete daher durch dieses Schreiben nicht. Die in der Revision zitierte Entscheidung ZVR 1976/51 betrifft nicht die hier bedeutsame Frage, wann die Fortlaufshemmung des § 63 Abs 2 KFG

endete, den mangels einer betragsmäßigen Forderungsanmeldung lag überhaupt kein Fall im Sinne dieser Gesetzesstelle vor, sondern stellte sich das Problem der durch Vergleichsgespräche ausgelösten Ablaufshemmung. Der Hinweis auf diese Entscheidung ist daher nicht zielführend. Ist der Schadenersatzanspruch des geschädigten Dritten beim Versicherer angemeldet worden, so ist gemäß Paragraph 63, Absatz 2, KFG die Verjährung bis zur Zustellung einer schriftlichen Erklärung des Versicherers, dass er den Schadenersatzanspruch ablehne, gehemmt. Es stellt sich daher die Frage, ob das Schreiben vom 14. 11. 1980 als Ablehnungsschreiben in diesem Sinne zu verstehen ist. Schon aus der Formulierung „sie werden daher einsehen, dass wir beim derzeitigen Stand der Sache Leistungen nicht erbringen können“, ergibt sich, dass es sich um keine endgültige Ablehnung handelt. Diese Formulierung erweckt vielmehr den Eindruck, die Angelegenheit sei noch nicht genügend geklärt, um entscheiden zu können, ob Leistungen erbracht werden. Dazu kommt, dass im Schreiben die Bereitschaft zu weiteren Vergleichsverhandlungen eindeutig zum Ausdruck kommt, ebenso, dass es Sache der Klägerin wäre, hiefür den nächsten Schritt zu tun. Aufgrund dieses Schreibens war es daher für die Klägerin keinesfalls klar, dass die Beklagte Zahlung endgültig ablehnt und der Anspruch mit Klage durchgesetzt werden muss. Die Fortlaufshemmung der Verjährung im Sinne des Paragraph 63, Absatz 2, KFG endete daher durch dieses Schreiben nicht. Die in der Revision zitierte Entscheidung ZVR 1976/51 betrifft nicht die hier bedeutsame Frage, wann die Fortlaufshemmung des Paragraph 63, Absatz 2, KFG endete, den mangels einer betragsmäßigen Forderungsanmeldung lag überhaupt kein Fall im Sinne dieser Gesetzesstelle vor, sondern stellte sich das Problem der durch Vergleichsgespräche ausgelösten Ablaufshemmung. Der Hinweis auf diese Entscheidung ist daher nicht zielführend.

Die Ansicht des Berufungsgerichts, die Verjährungszeit für die mit Schreiben vom 16. 9. 1980 angemeldeten Ansprüche sei zur Zeit der Klagseinbringung noch nicht abgelaufen gewesen, ist daher nicht rechtsirrig.

2.) Zur Frage der Verjährung des Feststellungsbegehrens:

Die Argumentation des Berufungsgerichts, nach der Aktenlage sei nicht anzunehmen, dass die klagende Partei künftige Schäden als wahrscheinlich anzusehen gehabt habe, lässt unberücksichtigt, dass nach ständiger Rechtsprechung für die Verjährung des durch die Legalzession erworbenen Anspruchs dieselbe Verjährungsvorschrift gilt, welcher der zivilrechtliche Anspruch des Verletzten unterliegt. Für den Anspruch des Versicherungsträgers läuft demnach keine eigene Verjährung. Maßgebend für den Beginn der Verjährungsfrist ist daher, dass der Geschädigte Kenntnis vom Schädiger und dem Schaden hat. Eine erst spätere Kenntnis des Sozialversicherungsträgers von diesen Umständen ist ohne Bedeutung (EvBl 1955/89; SZ 46/40; ZVR 1980/241 uva, zuletzt 8 Ob 217/82). Entscheidend ist daher, ob der Geschädigte künftige Schäden als wahrscheinlich anzusehen hatte. Da dieser durch die Unfallsfolgen erwerbsunfähig wurde und eine Amputation des rechten Unterschenkels notwendig war, kann kein Zweifel daran bestehen, dass der Geschädigte mit künftigen Schäden rechnen musste. Die in der Revisionsbeantwortung vertretene Ansicht, durch die Vereinbarung, eine Klage einzubringen, sei die Verjährung unterbrochen worden und zwar auch hinsichtlich des Feststellungsbegehrens, kann nicht geteilt werden. Die Beklagte anerkannte durch diese Vereinbarung Forderungen der Klägerin auch dem Grunde nach nicht, weshalb die Voraussetzungen für eine Unterbrechung der Verjährung im Sinne des § 1497 ABGB nicht vorliegen. Als Verzicht auf die Einrede der Verjährung hinsichtlich des Feststellungsbegehrens kann die Vereinbarung schon deshalb nicht angesehen werden, weil ein Feststellungsanspruch nicht Gegenstand der Vergleichsverhandlungen war. Aus diesen Gründen war der Feststellungsanspruch zur Zeit seiner Geltendmachung bereits verjährt, weshalb das Urteil des Berufungsgerichts hinsichtlich dieses Anspruchs im Sinne einer Abweisung des Klagebegehrens abzuändern war. Die Argumentation des Berufungsgerichts, nach der Aktenlage sei nicht anzunehmen, dass die klagende Partei künftige Schäden als wahrscheinlich anzusehen gehabt habe, lässt unberücksichtigt, dass nach ständiger Rechtsprechung für die Verjährung des durch die Legalzession erworbenen Anspruchs dieselbe Verjährungsvorschrift gilt, welcher der zivilrechtliche Anspruch des Verletzten unterliegt. Für den Anspruch des Versicherungsträgers läuft demnach keine eigene Verjährung. Maßgebend für den Beginn der Verjährungsfrist ist daher, dass der Geschädigte Kenntnis vom Schädiger und dem Schaden hat. Eine erst spätere Kenntnis des Sozialversicherungsträgers von diesen Umständen ist ohne Bedeutung (EvBl 1955/89; SZ 46/40; ZVR 1980/241 uva, zuletzt 8 Ob 217/82). Entscheidend ist daher, ob der Geschädigte künftige Schäden als wahrscheinlich anzusehen hatte. Da dieser durch die Unfallsfolgen erwerbsunfähig wurde und eine Amputation des rechten Unterschenkels notwendig war, kann kein Zweifel daran bestehen, dass der Geschädigte mit künftigen Schäden rechnen musste. Die in der Revisionsbeantwortung vertretene Ansicht, durch die Vereinbarung, eine Klage einzubringen, sei die Verjährung unterbrochen worden und zwar auch hinsichtlich des

Feststellungsbegehrens, kann nicht geteilt werden. Die Beklagte anerkannte durch diese Vereinbarung Forderungen der Klägerin auch dem Grunde nach nicht, weshalb die Voraussetzungen für eine Unterbrechung der Verjährung im Sinne des Paragraph 1497, ABGB nicht vorliegen. Als Verzicht auf die Einrede der Verjährung hinsichtlich des Feststellungsbegehrens kann die Vereinbarung schon deshalb nicht angesehen werden, weil ein Feststellungsanspruch nicht Gegenstand der Vergleichsverhandlungen war. Aus diesen Gründen war der Feststellungsanspruch zur Zeit seiner Geltendmachung bereits verjährt, weshalb das Urteil des Berufungsgerichts hinsichtlich dieses Anspruchs im Sinne einer Abweisung des Klagebegehrens abzuändern war.

3.) Zur Frage der Legalzession:

Die Vorschrift des § 109 GSPVG (das Berufungsgericht unterlag bei Zitierung der Norm über die Legalzession offenbar einem Irrtum; § 108 GSKVG 1971 regelt eine ganz andere Materie; die in der Revision zitierte Vorschrift des § 142 GSKVG galt gemäß § 182 Abs 2 Z 2 GSKVG nur bis 31. 12. 1973) enthält eine Legalzession von Ansprüchen aufgrund von Leistungen nach dem GSPVG oder dem GSKVG. Dass es sich auch bei Ansprüchen, die auf § 9 GSKVG beruhen, um solche nach dem GSKVG handelt, kann nicht zweifelhaft sein; der klare Wortlaut des Gesetzes lässt keine andere Auslegung zu. Auch eine am Zweck der Norm orientierte Auslegung kann zu keinem anderen Ergebnis führen, denn Hauptzweck der Regelung des Rechtsübergangs besteht darin, zu verhindern, dass der Geschädigte seinen Schaden zweimal ersetzt bekäme, ferner darin, zu verhindern, dass der Ersatzpflichtige infolge der bestehenden Sozialversicherung weniger zu leisten hätte als in sonstigen Fällen (SZ 50/76 ua). Aufgrund einer Krankenzusatzversicherung gemäß § 9 Abs 2 KVG 1971 erbrachte Leistungen werden daher von der Legalzession erfasst (vgl auch SZ 42/12 zur Frage der Leistung eines Sozialversicherungsträgers bei freiwilliger Weiterversicherung). Die Vorschrift des Paragraph 109, GSPVG (das Berufungsgericht unterlag bei Zitierung der Norm über die Legalzession offenbar einem Irrtum; Paragraph 108, GSKVG 1971 regelt eine ganz andere Materie; die in der Revision zitierte Vorschrift des Paragraph 142, GSKVG galt gemäß Paragraph 182, Absatz 2, Ziffer 2, GSKVG nur bis 31. 12. 1973) enthält eine Legalzession von Ansprüchen aufgrund von Leistungen nach dem GSPVG oder dem GSKVG. Dass es sich auch bei Ansprüchen, die auf Paragraph 9, GSKVG beruhen, um solche nach dem GSKVG handelt, kann nicht zweifelhaft sein; der klare Wortlaut des Gesetzes lässt keine andere Auslegung zu. Auch eine am Zweck der Norm orientierte Auslegung kann zu keinem anderen Ergebnis führen, denn Hauptzweck der Regelung des Rechtsübergangs besteht darin, zu verhindern, dass der Geschädigte seinen Schaden zweimal ersetzt bekäme, ferner darin, zu verhindern, dass der Ersatzpflichtige infolge der bestehenden Sozialversicherung weniger zu leisten hätte als in sonstigen Fällen (SZ 50/76 ua). Aufgrund einer Krankenzusatzversicherung gemäß Paragraph 9, Absatz 2, KVG 1971 erbrachte Leistungen werden daher von der Legalzession erfasst vergleiche auch SZ 42/12 zur Frage der Leistung eines Sozialversicherungsträgers bei freiwilliger Weiterversicherung).

Der Umstand, dass gemäß § 20 Abs 4 GSKVG die Beiträge für die Zusatzversicherung so festzusetzen sind, dass dadurch der Aufwand gedeckt ist, vermag daran nichts zu ändern. Diese Vorschrift führt nicht dazu, dass auf die Zusatzversicherung nach § 9 GSKVG die Regeln über Privatversicherungen anzuwenden wären. Auch die Möglichkeit, den Versicherten gemäß § 11 GSKVG von der Zusatzversicherung auszuschließen, wenn er unrichtige Angaben machte, vermag ein derartiges Ergebnis nicht herbeizuführen. Der Umstand, dass gemäß Paragraph 20, Absatz 4, GSKVG die Beiträge für die Zusatzversicherung so festzusetzen sind, dass dadurch der Aufwand gedeckt ist, vermag daran nichts zu ändern. Diese Vorschrift führt nicht dazu, dass auf die Zusatzversicherung nach Paragraph 9, GSKVG die Regeln über Privatversicherungen anzuwenden wären. Auch die Möglichkeit, den Versicherten gemäß Paragraph 11, GSKVG von der Zusatzversicherung auszuschließen, wenn er unrichtige Angaben machte, vermag ein derartiges Ergebnis nicht herbeizuführen.

Nicht einzusehen ist, warum der Umstand, dass - ebenso wie in gleichartigen Vorschriften anderer Gesetze (zB§ 332 ASVG) - Ansprüche auf Schmerzensgeld nicht auf den Sozialversicherungsträger übergehen, Ansprüche nach § 1326 ABGB hingegen nicht erwähnt sind, dafür sprechen sollte, dass die Legalzession Leistungen aufgrund einer Zusatzkrankenversicherung gemäß § 9 KSVG nicht erfassen sollte. Nicht einzusehen ist, warum der Umstand, dass - ebenso wie in gleichartigen Vorschriften anderer Gesetze (zB Paragraph 332, ASVG) - Ansprüche auf Schmerzensgeld nicht auf den Sozialversicherungsträger übergehen, Ansprüche nach Paragraph 1326, ABGB hingegen nicht erwähnt sind, dafür sprechen sollte, dass die Legalzession Leistungen aufgrund einer Zusatzkrankenversicherung gemäß Paragraph 9, KSVG nicht erfassen sollte.

Entgegen der Ansicht der Revisionswerberin ist die Klägerin daher berechtigt, von der Beklagten den Ersatz der

Leistungen zu begehren, zumal der Anspruch auch nicht verjährt ist.

Auf die Revisionsausführungen zur Mangelhaftigkeit des Verfahrens braucht schon deshalb nicht eingegangen zu werden, weil diese lediglich das Feststellungsbegehren betreffen, welches aus rechtlichen Gründen nicht berechtigt ist.

Somit war der Revision hinsichtlich des Leistungsbegehrens keine Folge zu geben, wohl aber hinsichtlich des Feststellungsbegehrens.

Die Entscheidung über die Kosten des Verfahrens erster Instanz beruht auf § 43 Abs 1 ZPO, jene über die Kosten des Berufungs- und des Revisionsverfahrens überdies auf § 50 ZPO. Die Entscheidung über die Kosten des Verfahrens erster Instanz beruht auf Paragraph 43, Absatz eins, ZPO, jene über die Kosten des Berufungs- und des Revisionsverfahrens überdies auf Paragraph 50, ZPO.

Textnummer

E98993

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:OGH0002:1984:0020OB00010.84.0327.000

Im RIS seit

25.11.2011

Zuletzt aktualisiert am

29.11.2011

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