

TE OGH 2001/10/17 7Ob236/01h

JUSLINE Entscheidung

🕒 Veröffentlicht am 17.10.2001

Kopf

Der Oberste Gerichtshof hat als Revisionsgericht durch den Senatspräsidenten des Obersten Gerichtshofes Dr. Schalich als Vorsitzenden und die Hofräte des Obersten Gerichtshofes Hon. Prof. Dr. Danzl, Dr. Schaumüller, Dr. Hoch und Dr. Kalivoda als weitere Richter in der Rechtssache der klagenden Partei Ä*****, vertreten durch Mag. Klemens Mayer, Rechtsanwalt in Wien, und dem Nebenintervenienten auf Seiten der klagenden Partei Dr. Roland S*****, vertreten durch Dr. Leopold Boyer, Rechtsanwalt in Zistersdorf, gegen die beklagte Partei B***** AG *****, vertreten durch Dr. Heinz Stöger, Rechtsanwalt in Wien, wegen Feststellung (Streitwert S 500.000,-), über die außerordentliche Revision der beklagten Partei gegen das Urteil des Oberlandesgerichtes Wien als Berufungsgericht vom 6. Juli 2001, GZ 3 R 201/00a-15, den

Beschluss

gefasst:

Spruch

Die außerordentliche Revision wird gemäß § 508a Abs 2 ZPO mangels der Voraussetzungen des § 502 Abs 1 ZPO zurückgewiesen. Die außerordentliche Revision wird gemäß Paragraph 508 a, Absatz 2, ZPO mangels der Voraussetzungen des Paragraph 502, Absatz eins, ZPO zurückgewiesen.

Text

Begründung:

Andreas T***** erlitt bei seiner Geburt am 3. 4. 1991 im Krankenhaus M***** zufolge Sauerstoffunterversorgung eine Hirnschädigung und ist seither schwerst behindert. Mit rechtskräftigem Urteil zu 1 Cg 314/93g des LG Korneuburg wurde der Nebenintervenient gemeinsam mit dem Krankenhauserhalter zur ungeteilten Hand zur Zahlung von S 1,850.000,- verurteilt und die Haftung der Genannten für zukünftige Schäden und Nachteile aus dem Vorfall vom 3. 4. 1991 festgestellt. Die Haftung des Nebenintervenienten (dort Erstbeklagten) wurde auch darauf gegründet, dass es in seiner Privatordination vor dem Spitalsaufenthalt zu Versäumnissen gekommen sei.

Die Forderungen des Geschädigten wurden von der B***** Versicherung als Haftpflichtversicherer des Krankenhauserhalters liquidiert.

Der Nebenintervenient, der in dem gegen ihn eingeleiteten Strafverfahren freigesprochen wurde, war am 3. 4. 1991 im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages der klagenden Partei (ärztliche Berufshaftpflichtversicherung) bei der beklagten Partei sowohl als Spitals- als auch als Privatarzt mitversichert. Die B*****versicherung richtete am 11. 3. 1992 an die beklagte Versicherung folgendes Schreiben:

"Ihr Vers. Nehmer: Prim. Dr. Roland S*****, ...

...

Herr Prim. Dr. Roland S***** teilte uns mit, dass er bei Ihrer geschätzten Anstalt einen Haftpflichtversicherungsvertrag unterhält. In dem bei unserer Anstalt anhängigen Schadenfall werden Herrn Prim.

Dr. S***** schwere Behandlungsfehler anlässlich der Geburt eines Kindes vorgeworfen. Wir ersuchen Sie, die näheren Umstände des Falles den in Kopie beiliegenden Unterlagen zu entnehmen. Die Ansprüche des geschädigten Kindes sind bereits zivilrechtlich geltend gemacht worden und läuft gegen Prim. Dr. S***** auch ein Strafverfahren. Wir ersuchen Sie um Ihre Zusage, dass Sie gegen unsere Schadenregulierung keinen Einwand haben und uns unsere Aufwendungen nach den Grundsätzen der Doppelversicherung nach der Haftungsquote des Herrn Primarius refundieren.....

Darauf antwortete die beklagte Versicherung am 2. 4. 1992:

.....

Zu Ihrem Schreiben vom 11. 3. 1992 teilen wir Ihnen mit, daß Herr Prim. Dr. S***** bei uns im Rahmen eines von der Ärztkammer für Niederösterreich abgeschlossenen Gruppenvertrages für das ärztliche Berufshaftpflichtrisiko insoweit versichert ist, als nicht aus anderen Versicherungsverträgen Versicherungsschutz besteht.

Wir bitten Sie uns vom Verfahrensverlauf zu berichten"

Die B*****versicherung nahm in der Folge zu 53 Cg 40/00t des Landesgerichtes für Zivilrechtssachen Wien den Nebenintervenienten wegen der Hälfte der von ihr bezahlten Beträge (und der Hälfte der Feststellung) auf dem Regressweg in Anspruch und vertrat die Ansicht, die Behandlungsfehler des Nebenintervenienten in seiner Privatordination seien vom versicherten Risiko des Krankenhauserhalters nicht umfasst. Mangels Aufklärbarkeit der Quote stehe ihr daher der Regress im Umfang von 50 % zu. Das Verfahren ist noch anhängig.

Mit der vorliegenden Deckungsklage begehrt die klagende Partei die Feststellung der Haftung der Beklagten gegenüber dem Nebenintervenienten bis zur Höhe der im Versicherungsvertrag vereinbarten Deckungssumme hinsichtlich jener Ansprüche, die von dritter Seite wegen des gegenständlichen Schadensfalles gegen den Nebenintervenienten geltend gemacht würden. Der Nebenintervenient habe unmittelbar nach Zustellung der Regressklage Kontakt mit der Beklagten aufgenommen und um Deckung ersucht. Die Beklagte habe mit Schreiben vom 7. 1. 1998 Deckung verweigert und die Ansicht vertreten, der Nebenintervenient habe eine Obliegenheit verletzt, weil er sie nicht unverzüglich nach Eintritt des Schadensfalles verständigt habe. Der Anspruch des Nebenintervenienten sei überdies verjährt. In Wahrheit sei die Beklagte jedenfalls bereits mit Schreiben der B***** Versicherung vom 11. 3. 1992 unter Anschluss der Klage und der Klagebeantwortung des Nebenintervenienten ausreichend vom Schadensfall unterrichtet worden.

Die Beklagte beantragte die Klage abzuweisen. Nach dem Inhalt des Versicherungsvertrages mit der Klägerin hafte sie nur subsidiär. Weder die Klägerin noch der Nebenintervenient hätten ihr den Versicherungsfall unverzüglich angezeigt, weshalb ihnen eine Leistungsfreiheit bewirkende Obliegenheitsverletzung zur Last falle. Die Unterlassung der Anzeige des Versicherungsfalls beruhe beim Nebenintervenienten auf Vorsatz und habe auch Einfluss auf die Leistungspflicht gehabt, weil sie bei rechtzeitiger Meldung für eine Abwehr oder Minderung des Schadens Sorge hätte tragen können (zB Entfall der Prozesskosten). Die Mitteilung der B***** Versicherung vom 11. 3. 1992 sei keine Schadensanzeige. Daher sei auch Verjährung eingetreten.

Der auf Seiten der klagenden Partei dem Verfahren als Nebenintervenient beigetretene Primararzt brachte vor, er sei davon ausgegangen, dass die B***** Versicherung das Notwendige auch gegenüber der beklagten Partei veranlassen werde. Das Antwortschreiben der Beklagten vom 2. 4. 1992 enthalte eine Anerkenntnis der Deckung, Verjährung sei

nicht eingetreten.

Das Erstgericht gab der Klage statt. Der Nebenintervenient sei wohl seiner prompten Meldepflicht nicht nachgekommen, dieses Versäumnis beruhe aber auf leichter Fahrlässigkeit. Durch das Schreiben vom 11. 3. 1992 (Beilage II, samt Kopien der Klage und einer Stellungnahme des Nebenintervenienten) habe die Beklagte auf andere Weise iSd § 33 Abs 2 VersVG rechtzeitig vom Eintritt des Versicherungsfalles Kenntnis erlangt. Sie könne sich daher nicht auf Leistungsfreiheit wegen Obliegenheitsverletzung berufen. Inwieweit bei sofortiger Meldung des Versicherungsfalles ein anderer Schadensverlauf anzunehmen wäre, sei nicht nachvollziehbar. Verjährung sei schon deshalb nicht eingetreten, weil gemäß § 12 Abs 1 Satz 2 VersVG aF die Verjährung von Ansprüchen aus einem Versicherungsvertrag mit dem Schluss des Jahres beginne, in dem die Leistung verlangt werden könne. Dieser Zeitpunkt sei nicht Ende 1991 anzusetzen, sondern sei damals noch nicht einmal eingetreten, weil bis heute nicht feststehe, ob der Nebenintervenient gegenüber der B***** Versicherung regresspflichtig sei. Das Erstgericht gab der Klage statt. Der Nebenintervenient sei wohl seiner prompten Meldepflicht nicht nachgekommen, dieses Versäumnis beruhe aber auf leichter Fahrlässigkeit. Durch das Schreiben vom 11. 3. 1992 (Beilage römisch II, samt Kopien der Klage und einer Stellungnahme des Nebenintervenienten) habe die Beklagte auf andere Weise iSd Paragraph 33, Absatz 2, VersVG rechtzeitig vom Eintritt des Versicherungsfalles Kenntnis erlangt. Sie könne sich daher nicht auf Leistungsfreiheit wegen Obliegenheitsverletzung berufen. Inwieweit bei sofortiger Meldung des Versicherungsfalles ein anderer Schadensverlauf anzunehmen wäre, sei nicht nachvollziehbar. Verjährung sei schon deshalb nicht eingetreten, weil gemäß Paragraph 12, Absatz eins, Satz 2 VersVG aF die Verjährung von Ansprüchen aus einem Versicherungsvertrag mit dem Schluss des Jahres beginne, in dem die Leistung verlangt werden könne. Dieser Zeitpunkt sei nicht Ende 1991 anzusetzen, sondern sei damals noch nicht einmal eingetreten, weil bis heute nicht feststehe, ob der Nebenintervenient gegenüber der B***** Versicherung regresspflichtig sei.

Das Berufungsgericht bestätigte die Entscheidung der ersten Instanz und sprach aus, dass der Wert des Entscheidungsgegenstandes S 260.000,-- übersteige und die ordentliche Revision nicht zulässig sei. Wegen des allgemeinen Rückwirkungsverbotes sei ein im Jahre 1991 verwirklichter Sachverhalt nach der vor dem 1. 1. 1995 geltenden Rechtslage zu beurteilen, auch wenn gemäß § 191b VersVG die dort genannten Bestimmungen des VersVG in der Fassung der Novelle BGBl 1994/509 mit 1. 1. 1995 auch auf bereits bestehende Versicherungsverträge anzuwenden seien. Das Berufungsgericht bestätigte die Entscheidung der ersten Instanz und sprach aus, dass der Wert des Entscheidungsgegenstandes S 260.000,-- übersteige und die ordentliche Revision nicht zulässig sei. Wegen des allgemeinen Rückwirkungsverbotes sei ein im Jahre 1991 verwirklichter Sachverhalt nach der vor dem 1. 1. 1995 geltenden Rechtslage zu beurteilen, auch wenn gemäß Paragraph 191 b, VersVG die dort genannten Bestimmungen des VersVG in der Fassung der Novelle BGBl 1994/509 mit 1. 1. 1995 auch auf bereits bestehende Versicherungsverträge anzuwenden seien.

Der zwischen der klagenden und der beklagten Partei abgeschlossene Gruppenversicherungsvertrag sei eine echte Gruppenversicherung für fremde Rechnung. Gemäß § 75 VersVG sei bei Versicherung eines fremden Interesses nur der Versicherungsnehmer berechtigt, auf Leistung an sich oder den Versicherten zu klagen. Gemäß § 78 VersVG komme bei der Versicherung für fremde Rechnung auch die Kenntnis und das Verhalten des Versicherten in Betracht, soweit die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung sei. Das bedeute, dass dem Versicherten die selben Obliegenheiten träfen wie den Versicherungsnehmer. Verletze der Versicherte eine Obliegenheit, führe dies ebenso zur Leistungsfreiheit, als hätte der Versicherungsnehmer die Obliegenheitsverletzung begangen. Umgekehrt genüge aber auch die Einhaltung der Obliegenheit durch einen von ihnen. Es sei daher gleichgültig, ob die Anzeige des Schadensfalles von der klagenden Partei oder vom Nebenintervenienten erfolgt sei. Gemäß § 33 Abs 1 VersVG habe der Versicherungsnehmer den Eintritt des Versicherungsfalles, nachdem er von ihm Kenntnis erlangt habe, unverzüglich dem Versicherer anzuzeigen. Eine rechtzeitige Anzeige, dh spätestens binnen einer Woche nach Kenntnis des Versicherungsfalles, sei nicht erfolgt. Ob der klagenden Partei diesbezüglich grobe Fahrlässigkeit zur Last zu legen sei, könne nach der Aktenlage nicht beurteilt werden, weil nicht feststehe, wann die klagende Partei vom Versicherungsfall Kenntnis erlangt habe. Diese Frage könne aber auf sich beruhen, weil dem Grad der Fahrlässigkeit bei einer hier zu beurteilenden Obliegenheitsverletzung keine entscheidende Bedeutung zukomme. Gemäß § 6 Abs 4 VersVG bleibe nämlich bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit, die von ihm nach dem Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllen sei, der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer

obliegenden Leistung Einfluss gehabt habe. Die Beweislast dafür treffe den Versicherungsnehmer. Im vorliegenden Fall sei der klagenden Partei dieser Beweis gelungen. Es sei nicht ersichtlich, inwieweit durch eine prompte unmittelbare Versicherungsmeldung die Feststellung des Versicherungsfalles oder dessen Umfang beeinflusst worden wäre. Auch bei Vertretung des Nebenintervenienten durch einen von der Beklagten beigestellten Rechtsanwalt wäre der Verfahrensausgang im Verfahren 1 Cg 314/93g des LG Korneuburg mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit gleich gewesen. Der zwischen der klagenden und der beklagten Partei abgeschlossene Gruppenversicherungsvertrag sei eine echte Gruppenversicherung für fremde Rechnung. Gemäß Paragraph 75, VersVG sei bei Versicherung eines fremden Interesses nur der Versicherungsnehmer berechtigt, auf Leistung an sich oder den Versicherten zu klagen. Gemäß Paragraph 78, VersVG komme bei der Versicherung für fremde Rechnung auch die Kenntnis und das Verhalten des Versicherten in Betracht, soweit die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung sei. Das bedeute, dass dem Versicherten die selben Obliegenheiten träfen wie den Versicherungsnehmer. Verletze der Versicherte eine Obliegenheit, führe dies ebenso zur Leistungsfreiheit, als hätte der Versicherungsnehmer die Obliegenheitsverletzung begangen. Umgekehrt genüge aber auch die Einhaltung der Obliegenheit durch einen von ihnen. Es sei daher gleichgültig, ob die Anzeige des Schadensfalles von der klagenden Partei oder vom Nebenintervenienten erfolgt sei. Gemäß Paragraph 33, Absatz eins, VersVG habe der Versicherungsnehmer den Eintritt des Versicherungsfalles, nachdem er von ihm Kenntnis erlangt habe, unverzüglich dem Versicherer anzuzeigen. Eine rechtzeitige Anzeige, dh spätestens binnen einer Woche nach Kenntnis des Versicherungsfalles, sei nicht erfolgt. Ob der klagenden Partei diesbezüglich grobe Fahrlässigkeit zur Last zu legen sei, könne nach der Aktenlage nicht beurteilt werden, weil nicht feststehe, wann die klagende Partei vom Versicherungsfall Kenntnis erlangt habe. Diese Frage könne aber auf sich beruhen, weil dem Grad der Fahrlässigkeit bei einer hier zu beurteilenden Obliegenheitsverletzung keine entscheidende Bedeutung zukomme. Gemäß Paragraph 6, Absatz 4, VersVG bleibe nämlich bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit, die von ihm nach dem Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllen sei, der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluss gehabt habe. Die Beweislast dafür treffe den Versicherungsnehmer. Im vorliegenden Fall sei der klagenden Partei dieser Beweis gelungen. Es sei nicht ersichtlich, inwieweit durch eine prompte unmittelbare Versicherungsmeldung die Feststellung des Versicherungsfalles oder dessen Umfang beeinflusst worden wäre. Auch bei Vertretung des Nebenintervenienten durch einen von der Beklagten beigestellten Rechtsanwalt wäre der Verfahrensausgang im Verfahren 1 Cg 314/93g des LG Korneuburg mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit gleich gewesen.

Auch Verjährung sei nicht eingetreten. Gemäß § 12 Abs 1 VersVG (aF) verjährten die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag in zwei Jahren. Die Verjährung beginne mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistung verlangt werden könne. Sei gemäß Abs 2 leg cit ein Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet worden, so sei die Verjährung bis zum Einlangen der schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt. Die Anspruchserhebung durch den Versicherungsnehmer könne auch konkludent erfolgen. Entscheidend sei daher, ob dem Schreiben der B***** Versicherung an die Beklagte vom 11. 3. 1992 (Beilage II) samt angeschlossener Klage und "Klagebeantwortung" des Nebenintervenienten die Wirkung einer konkludenten Anspruchsmeldung zuzumessen sei. Wäre dies nicht der Fall, wäre der Deckungsanspruch verjährt, da dann die zweijährige Verjährungsfrist gemäß § 12 Abs 1 VersVG mit dem Ende des Jahres zu laufen begonnen hätte, in dem die Leistung verlangt werden konnte, was Ende 1991 der Fall gewesen sei. Der Deckungsanspruch wäre daher bereits Anfang 1994 verjährt und die Anmeldung der Ansprüche im Jahr 1997 verspätet gewesen. Auch Verjährung sei nicht eingetreten. Gemäß Paragraph 12, Absatz eins, VersVG (aF) verjährten die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag in zwei Jahren. Die Verjährung beginne mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistung verlangt werden könne. Sei gemäß Absatz 2, leg cit ein Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet worden, so sei die Verjährung bis zum Einlangen der schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt. Die Anspruchserhebung durch den Versicherungsnehmer könne auch konkludent erfolgen. Entscheidend sei daher, ob dem Schreiben der B***** Versicherung an die Beklagte vom 11. 3. 1992 (Beilage römisch II) samt angeschlossener Klage und "Klagebeantwortung" des Nebenintervenienten die Wirkung einer konkludenten Anspruchsmeldung zuzumessen sei. Wäre dies nicht der Fall, wäre der Deckungsanspruch verjährt, da dann die zweijährige Verjährungsfrist gemäß Paragraph 12, Absatz eins, VersVG mit dem Ende des Jahres zu laufen begonnen hätte, in dem die Leistung verlangt werden konnte, was Ende 1991 der Fall gewesen sei. Der Deckungsanspruch wäre daher bereits Anfang 1994 verjährt und die Anmeldung der Ansprüche im Jahr 1997 verspätet gewesen.

Es sei aber eine konkludente Anspruchserhebung durch den Nebenintervenienten anzunehmen. Aufgrund der Anfrage der B***** Versicherung und der dieser erteilten Information über das Versicherungsverhältnis zur Beklagten habe der Nebenintervenient davon ausgehen dürfen, dass die Beklagte von der B***** Versicherung über den Sachverhalt informiert wurde. Der Nebenintervenient habe nach der Aktenlage davon sogar positive Kenntnis gehabt, weil ihm die B***** Versicherung mit Schreiben vom 21. 2. 1992 mitgeteilt habe, dass sie die Unterlagen der Beklagten übermittelt habe, diese mangels Angabe der Polizzennummer aber nicht zugeordnet werden könnten, worauf der Nebenintervenient mit Schreiben vom 2. 3. 1992 die Polizzennummer bekannt gegeben habe. Die Beklagte habe demnach alle Informationen gehabt, wie sie sie bei einer Schadensmeldung durch den Nebenintervenienten selbst erhalten hätte. In der "Klagebeantwortung" des Nebenintervenienten werde auch ausdrücklich erwähnt, dass die Mutter des Klägers drei Stunden vor ihrer Aufnahme ins Krankenhaus in der Ordination des Nebenintervenienten gewesen sei. Damit sei für die Beklagte klar erkennbar gewesen, dass ein in ihren Haftungsbereich fallender Schadensfall vorliegen könne, somit ein Befreiungsanspruch ihres Versicherten geltend gemacht werde. Durch das Schreiben Beilage II sei daher die Verjährung gemäß § 11 (soll heißen § 12) Abs 2 VersVG gehemmt worden. Das Antwortschreiben der Beklagten an die B***** Versicherung vom 2. 4. 1992 (Beilage III) sei weder ein Anerkenntnis noch eine Ablehnung der Deckung, sondern gebe nur den Inhalt des Versicherungsvertrages wieder. Daher sei die Hemmung der Verjährung durch das Schreiben (Beilage III) nicht beendet worden. Erst mit der Ablehnung der Ansprüche im Schreiben der Beklagten vom 7. 1. 1998 sei eine Ablehnung des Deckungsanspruches enthalten. Die am 17. 6. 1999 eingebrachte Deckungsklage sei daher noch innerhalb der Verjährungsfrist erfolgt, weshalb die Beklagte prinzipiell Deckung zu gewähren habe. Es sei aber eine konkludente Anspruchserhebung durch den Nebenintervenienten anzunehmen. Aufgrund der Anfrage der B***** Versicherung und der dieser erteilten Information über das Versicherungsverhältnis zur Beklagten habe der Nebenintervenient davon ausgehen dürfen, dass die Beklagte von der B***** Versicherung über den Sachverhalt informiert wurde. Der Nebenintervenient habe nach der Aktenlage davon sogar positive Kenntnis gehabt, weil ihm die B***** Versicherung mit Schreiben vom 21. 2. 1992 mitgeteilt habe, dass sie die Unterlagen der Beklagten übermittelt habe, diese mangels Angabe der Polizzennummer aber nicht zugeordnet werden könnten, worauf der Nebenintervenient mit Schreiben vom 2. 3. 1992 die Polizzennummer bekannt gegeben habe. Die Beklagte habe demnach alle Informationen gehabt, wie sie sie bei einer Schadensmeldung durch den Nebenintervenienten selbst erhalten hätte. In der "Klagebeantwortung" des Nebenintervenienten werde auch ausdrücklich erwähnt, dass die Mutter des Klägers drei Stunden vor ihrer Aufnahme ins Krankenhaus in der Ordination des Nebenintervenienten gewesen sei. Damit sei für die Beklagte klar erkennbar gewesen, dass ein in ihren Haftungsbereich fallender Schadensfall vorliegen könne, somit ein Befreiungsanspruch ihres Versicherten geltend gemacht werde. Durch das Schreiben Beilage römisch II sei daher die Verjährung gemäß Paragraph 11, (soll heißen Paragraph 12,) Absatz 2, VersVG gehemmt worden. Das Antwortschreiben der Beklagten an die B***** Versicherung vom 2. 4. 1992 (Beilage römisch III) sei weder ein Anerkenntnis noch eine Ablehnung der Deckung, sondern gebe nur den Inhalt des Versicherungsvertrages wieder. Daher sei die Hemmung der Verjährung durch das Schreiben (Beilage römisch III) nicht beendet worden. Erst mit der Ablehnung der Ansprüche im Schreiben der Beklagten vom 7. 1. 1998 sei eine Ablehnung des Deckungsanspruches enthalten. Die am 17. 6. 1999 eingebrachte Deckungsklage sei daher noch innerhalb der Verjährungsfrist erfolgt, weshalb die Beklagte prinzipiell Deckung zu gewähren habe.

Der Ausspruch über die Unzulässigkeit der ordentlichen Revision beruhe darauf, dass die Beurteilung der Konkludenz einer Willenserklärung bzw der Schlüssigkeit eines Verhaltens ebenso wie die Zurechnung einer Erklärung regelmäßig keine über die besonderen Umstände des Einzelfalls hinausgehende Bedeutung habe und daher keine erhebliche Rechtsfrage im Sinne des § 502 Abs 1 ZPO darstelle. Der Ausspruch über die Unzulässigkeit der ordentlichen Revision beruhe darauf, dass die Beurteilung der Konkludenz einer Willenserklärung bzw der Schlüssigkeit eines Verhaltens ebenso wie die Zurechnung einer Erklärung regelmäßig keine über die besonderen Umstände des Einzelfalls hinausgehende Bedeutung habe und daher keine erhebliche Rechtsfrage im Sinne des Paragraph 502, Absatz eins, ZPO darstelle.

In ihrer außerordentlichen Revision macht die Beklagte unrichtige rechtliche Beurteilung geltend und beantragt, die angefochtene Entscheidung dahin abzuändern, dass das Klagebegehren abgewiesen werde. Hilfsweise werden Aufhebungsanträge gestellt.

Rechtliche Beurteilung

Die Revision ist unzulässig.

Eine Schadensmeldung bzw die Anzeige des Versicherungsfalls durch den Versicherungsnehmer oder Versicherten ist regelmäßig als Anspruchsmeldung iSd § 12 Abs 2 VersVG anzusehen. Eine Anspruchserhebung kann nämlich auch konkludent erfolgen. Es ist auch nicht erforderlich, dass die Ansprüche bereits der Höhe nach beziffert würden (7 Ob 17, 18/92, JBl 1993, 462; RIS-Justiz RS0080149). Eine Schadensmeldung bzw die Anzeige des Versicherungsfalls durch den Versicherungsnehmer oder Versicherten ist regelmäßig als Anspruchsmeldung iSd Paragraph 12, Absatz 2, VersVG anzusehen. Eine Anspruchserhebung kann nämlich auch konkludent erfolgen. Es ist auch nicht erforderlich, dass die Ansprüche bereits der Höhe nach beziffert würden (7 Ob 17, 18/92, JBl 1993, 462; RIS-Justiz RS0080149).

Die hier hinsichtlich des Verjährungseinwands maßgebliche und damit streitentscheidende Frage lautet, ob - wie das Berufungsgericht meint - in Ansehung des Schreibens der Haftpflichtversicherung des Krankenhauserhalters vom 11. 3. 1992 (Beilage II) eine konkludente Anspruchserhebung durch den versicherten Nebenintervenienten anzunehmen ist. Dies stellt aber entgegen der Ansicht der Revisionswerberin keine erhebliche Rechtsfrage iSd § 502 Abs 1 ZPO dar; hat doch die Beurteilung der Konkludenz einer Willenserklärung bzw die Schlüssigkeit eines Verhaltens regelmäßig keine über die besonderen Umstände des Einzelfalls hinausgehende Bedeutung (RIS-Justiz RS0043253 mit zahlreichen Entscheidungsnachweisen, zuletzt etwa 7 Ob 314/00b), es sei denn, es läge eine außerhalb der Bandbreite der Judikatur des Obersten Gerichtshofs liegende Beurteilung des Berufungsgerichts vor. Dies ist aber hier nicht zu erkennen: Der vorliegende Fall ist zwar dadurch gekennzeichnet, dass die Schadensmeldung nicht durch den Versicherten direkt, sondern durch den Haftpflichtversicherer des Krankenhauserhalters erstattet wurde. In der Auffassung des Berufungsgerichts, aufgrund der festgestellten Umstände habe der Versicherte allerdings davon ausgehen können, dass eine Schadensmeldung für ihn an die beklagte Partei erstattet werde und für die Beklagte sei auch ausreichend erkennbar gewesen, dass das betreffende Schreiben (auch) eine Schadensmeldung (im Namen) des Versicherten im Sinne einer Anspruchserhebung nach § 12 VersVG darstellte, ist aber keine Fehlbeurteilung zu erkennen, die aus Gründen der Rechtssicherheit einer Korrektur durch den Obersten Gerichtshof bedürfte. Die hier hinsichtlich des Verjährungseinwands maßgebliche und damit streitentscheidende Frage lautet, ob - wie das Berufungsgericht meint - in Ansehung des Schreibens der Haftpflichtversicherung des Krankenhauserhalters vom 11. 3. 1992 (Beilage römisch II) eine konkludente Anspruchserhebung durch den versicherten Nebenintervenienten anzunehmen ist. Dies stellt aber entgegen der Ansicht der Revisionswerberin keine erhebliche Rechtsfrage iSd Paragraph 502, Absatz eins, ZPO dar; hat doch die Beurteilung der Konkludenz einer Willenserklärung bzw die Schlüssigkeit eines Verhaltens regelmäßig keine über die besonderen Umstände des Einzelfalls hinausgehende Bedeutung (RIS-Justiz RS0043253 mit zahlreichen Entscheidungsnachweisen, zuletzt etwa 7 Ob 314/00b), es sei denn, es läge eine außerhalb der Bandbreite der Judikatur des Obersten Gerichtshofs liegende Beurteilung des Berufungsgerichts vor. Dies ist aber hier nicht zu erkennen: Der vorliegende Fall ist zwar dadurch gekennzeichnet, dass die Schadensmeldung nicht durch den Versicherten direkt, sondern durch den Haftpflichtversicherer des Krankenhauserhalters erstattet wurde. In der Auffassung des Berufungsgerichts, aufgrund der festgestellten Umstände habe der Versicherte allerdings davon ausgehen können, dass eine Schadensmeldung für ihn an die beklagte Partei erstattet werde und für die Beklagte sei auch ausreichend erkennbar gewesen, dass das betreffende Schreiben (auch) eine Schadensmeldung (im Namen) des Versicherten im Sinne einer Anspruchserhebung nach Paragraph 12, VersVG darstellte, ist aber keine Fehlbeurteilung zu erkennen, die aus Gründen der Rechtssicherheit einer Korrektur durch den Obersten Gerichtshof bedürfte.

Beim Versicherer "angemeldet" iSd § 12 Abs 2 VersVG wird ein Anspruch des Versicherungsnehmers bzw Versicherten, wie bereits eingangs ausgeführt, auch konkludent regelmäßig durch bloße Schadensanzeige iSd § 33 VersVG (vgl Prölss/Martin, VVG26, 211 mwN). Die Behauptung der Revisionswerberin, die Rechtsprechung dazu, wann eine Schadensanzeige im Sinne des § 33 VersVG vorliegt, sei nicht einheitlich, ist unrichtig. Judikatur, die mit der vom Obersten Gerichtshof wiederholt (7 Ob 26/86, SZ 59/115 = RdW 1987, 13 = VersR 1987, 1255; 7 Ob 43/98, RIS-Justiz RS0080170) vertretenen

Rechtsansicht, aus dem Inhalt der Anzeige müsse sich lediglich ergeben, dass ein Versicherungsfall eingetreten sei, durch den der Versicherer nach Auffassung des Anzeigenden leistungspflichtig werde, nicht in Einklang stünde, liegt nicht vor. Auch der Umstand, dass im betreffenden Schreiben vom 11. 3. 1992, mag dies rechtsirrig sein oder nicht, eine "Doppelversicherung" behauptet wird, vermag - entgegen der Ansicht der Revisionswerberin - an der Qualifizierung des Schreibens als Schadensmeldung nichts zu ändern.

Einer weiteren Begründung bedarf dieser Beschluss nicht (§ 510 Abs 3 ZPO). Einer weiteren Begründung bedarf dieser Beschluss nicht (Paragraph 510, Absatz 3, ZPO).

Anmerkung

E63727 07A02361

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:OGH0002:2001:0070OB00236.01H.1017.000

Dokumentnummer

JJT_20011017_OGH0002_0070OB00236_01H0000_000

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