

TE OGH 1987/11/12 70b52/87

JUSLINE Entscheidung

🕒 Veröffentlicht am 12.11.1987

Kopf

Der Oberste Gerichtshof hat als Revisionsgericht durch den Senatspräsidenten des Obersten Gerichtshofes Dr. Flick als Vorsitzenden und durch die Hofräte des Obersten Gerichtshofes Dr. Wurz, Dr. Warta, Dr. Egermann und Dr. Niederreiter als Richter in der Rechtssache der klagenden Partei S*** R***,

Walsersstraße 74, vertreten durch Dr. Norbert Margreiter,

Rechtsanwalt in Bezaun, wider die beklagte Partei

V*** DER Ö*** B***

Versicherungs-AG, Wien 2., Praterstraße 1-7, vertreten durch Dr. Jörg Kaiser und Dr. Werner Hagen, Rechtsanwälte in Bregenz, wegen restl. 115.303,- S s.A., infolge Revision der beklagten Partei gegen das Urteil des Oberlandesgerichtes Innsbruck als Berufungsgerichtes vom 15. Juni 1987, GZ. 4 R 13/87-29, womit infolge Berufung der beklagten Partei das Urteil des Landesgerichtes Feldkirch vom 28. Oktober 1986, GZ. 4 Cg 1130/85-24, in der Hauptsache bestätigt wurde, in nichtöffentlicher Sitzung zu Recht erkannt:

Spruch

Der Revision wird nicht Folge gegeben.

Die beklagte Partei ist schuldig, der klagenden Partei die mit S 5.657,85 bestimmten Kosten des Revisionsverfahrens (darin 514,35 S Umsatzsteuer) binnen 14 Tagen zu ersetzen.

Text

Entscheidungsgründe:

Peter S*** hat bei der Beklagten mit Vertragsbeginn 27. Dezember 1981 eine Unfallversicherung abgeschlossen, der die Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung (AUVB 1976) zugrunde gelegt wurden. Art. 8 II 2. lautet:

"Ein Anspruch auf Leistung für dauernde Invalidität ist innerhalb von 15 Monaten vom Unfallstage an geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes zu begründen". Peter S*** schuldete der Klägerin die Rückzahlung ihm gewährter Kredite. Er verunglückte am 17. September 1982. Die Unfallsverletzungen hinterließen Dauerfolgen. Im Revisionsverfahren ist nicht mehr strittig, daß Peter S***, wenn die Beklagte grundsätzlich eine Entschädigung wegen Dauerfolgen zu leisten hätte, aus diesem Titel 109.200 S aus der Unfallversicherung zustünden. Ferner ist noch ein Anspruch an Taggeld von 14.783 S offen. Gegenüber letzterem Anspruch wendete die Beklagte kompensando einen Prämienrückstand von 6.103 S ein.

Am 19. Jänner 1983 verpfändete Peter S*** seine Rechte aus dem Unfallversicherungsvertrag der Klägerin. Diese Verpfändungserklärung übersandte die Klägerin der Beklagten, die daraufhin am 3. Februar 1983 einen Sperrschein ausstellte, in dem sie der Klägerin zusicherte, den Entschädigungsbetrag aus der Unfallversicherung nur mit ihrer

Zustimmung zur Auszahlung zu bringen.

Am 8. Februar 1983 erhielt die Beklagte die Schadensanzeige zur Unfallversicherung, unterschrieben von Peter S*** samt dem "Anfangsbericht" des behandelnden Oberarztes. In dieser Schadensanzeige erklärt Peter S***, daß er die Ärzte von ihrer Schweigepflicht hinsichtlich aller seitens der Beklagten im Zusammenhang mit dem Unfall an diese gerichteten Fragen entbinde. Im Anfangsbericht des Arztes ist unter der Rubrik "bleibende Invalidität" vermerkt worden, daß eine solche "wahrscheinlich" zu erwarten sei. Weiter wurde die Diagnose sowie die stationäre Krankenhausbehandlung angeführt.

Am 24. März 1983 ersuchte die Klägerin die Beklagte um Mitteilung, wann und in welcher Höhe mit einer Zahlung gerechnet werden könne. Am 13. Juli 1983 kündigte sie die Kreditverträge auf. Mit Schreiben vom 17. August 1983 erkundigte sich die Klägerin bei der Beklagten, ob aus der Versicherung eine Restzahlung von ca. 160.000 S oder mehr auf Grund der Vinkulierung eingehen werde. Da dieser Betrag geltend gemacht wurde, war es der Beklagten bekannt, daß die Klägerin nicht nur Taggeld- und Spitalsgeldansprüche geltend mache, sondern auch Ansprüche aus der Invalidität des Peter S***. Auch in Telefongesprächen zwischen dem Sachbearbeiter der Beklagten und dem für die Klägerin einschreitenden Angestellten erklärte letzterer, er erwarte Geld aus der Invalidität des Peter S***. Bei einem dieser Gespräche erklärte der Vertreter der Beklagten, Peter S*** müsse noch einem Arzt vorgeführt werden. Die Beklagte müsse noch ein Sachverständigengutachten erstellen lassen bzw. dieses müsse vorgelegt werden. Bei der Beklagten wird es nicht immer so gehandhabt, daß der Versicherungsnehmer von sich aus ein ärztliches Gutachten beibringen muß. Der Beklagten genügt es, daß der Anspruch auf Leistung infolge Invalidität innerhalb der fünfzehnmonatigen Frist der AUVB geltend gemacht wird. In einem solchen Fall wird seitens der Beklagten ein Arzt mit der Begutachtung des Versicherungsnehmers beauftragt. An sich reicht es für die Beklagte in der Praxis im allgemeinen aus, daß ein Anspruch auf Invalidität nur innerhalb der Frist angemeldet wird. Es ist dann Sache der Beklagten, einen Arzt mit der Begutachtung zu beauftragen. Auf Grund dieser üblichen Vorgangsweise bei der Beklagten machte deren Vertreter gegenüber dem Angestellten der Klägerin auch die oben erwähnte Mitteilung. Die Beklagte forderte die Klägerin nicht auf, von sich aus eine ärztliche Bestätigung über eine allfällige Invalidität des Peter S*** vorzulegen.

Wegen unbekanntem Aufenthaltes des Peter S*** konnte die Klägerin diesen in der Folge nicht erreichen. Da trotz einer weiteren Korrespondenz keine Zahlungen einlangten, erwirkte die Klägerin gegen Peter S*** zu 9 Cg 4865/84 des Landesgerichtes Feldkirch am 8. Februar 1985 ein rechtskräftiges Versäumungsurteil über den aushaftenden Kredit. Mit Beschluß des Bezirksgerichtes Bezau vom 13. Mai 1985 wurde ihr eine Forderungsexekution bewilligt, bei der die Drittschuldnerin die Beklagte war. Diese führte in ihrer Äußerung vom 7. Juni 1985 aus, sie habe keine Leistungen mehr zu erbringen, weil ein Anspruch auf Dauerfolgen durch den Versicherten nicht fristgerecht geltend gemacht worden sei.

Die Vorinstanzen sprachen der Klägerin 123.983 S zu (109.200 S als Entschädigung für Dauerfolgen und 14.783 S restliches Taggeld), wobei sie den Abzug einer rückständigen Prämie von 6.103 S durch die Beklagte als nicht berechtigt erachteten. Hierbei vertraten sie die Rechtsansicht, der Anspruch auf Leistung für dauernde Invalidität sei rechtzeitig im Sinne des Art. 8 II 2 AUVB geltend gemacht worden. Eine Geltendmachung durch die Klägerin als Pfandgläubigerin sei ausreichend gewesen. Im Hinblick auf die allgemeine Praxis der Beklagten habe der in der Schadensmeldung enthaltene Anfangsbericht des Arztes der Notwendigkeit der Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes entsprochen. Bei dieser Sachlage könnte sich die Beklagte auf einen Ausschluß nach der vorerwähnten Bestimmung der AUVB nur dann berufen, wenn sie die Klägerin oder den Versicherungsnehmer darauf aufmerksam gemacht hätte, daß eine Ergänzung dieses ärztlichen Berichtes erforderlich sei. Dem habe die Beklagte nicht entsprochen, sodaß ein Verlust des Anspruches auf Leistung für dauernde Invalidität nicht eingetreten sei. Zu einer Kompensation mit rückständigen Prämienforderungen gegenüber einem Pfandgläubiger rechtfertige § 35 b VersVG nicht. Dies könnte höchstens dann der Fall sein, wenn es sich um eine Prämienforderung handeln würde, die vor Mitteilung der Verpfändung an die Beklagte entstanden sei. Derartiges habe die Beklagte nicht behauptet. Das Berufungsgericht hat die Revision für zulässig erklärt.

Rechtliche Beurteilung

Die von der Beklagten gegen die Entscheidung des Berufungsgerichtes wegen unrichtiger rechtlicher Beurteilung erhobene Revision ist nicht gerechtfertigt.

Bei der in Art. 8 II 2 AUVB 1976 genannten Frist handelt es sich um eine Ausschlußfrist (Prölss-Martin VG23, 1263, Wussow, AUB5, 178, 7 Ob 48/81 ua.). Bei derartigen Fristen spielt das Verhalten des Versicherungsnehmers im allgemeinen keine Rolle. Handelt es sich jedoch um eine vertraglich vereinbarte Ausschlußfrist, so kann unter Umständen auf das Verhalten des Versicherers Bedacht genommen werden. Insbesondere kann die Berufung auf die mangelnde Fristwahrung treuwidrig sein und zwar vor allem dann, wenn die Fristversäumnis durch ein Verhalten des Versicherers verursacht worden ist (7 Ob 9/85 ua.).

Richtig ist, daß nach Art. 8 II 2 AUVB 1976 der Anspruch auf Leistung für dauernde Invalidität innerhalb von fünfzehn Monaten vom Unfallstage an geltend zu machen und "unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes" zu begründen ist. Die Vorlage des ärztlichen Befundberichtes gehört daher nach dem Wortlaut dieser Bestimmung zur Geltendmachung. Der Versicherungsnehmer hat also bezüglich dieses Berichtes aktiv insoweit vorzugehen, als er diesen dem Versicherer übermitteln muß. Die erwähnten 15 Monate beziehen sich auch auf die Vorlage des ärztlichen Befundberichtes (7 Ob 9/85). Allerdings definiert Art. 8 II 2 nicht den Begriff des "ärztlichen Befundberichtes". Was darunter zu verstehen ist, kann demnach den Versicherungsbedingungen nicht mit absoluter Eindeutigkeit entnommen werden. Zwar liegt es nahe, darunter einen ärztlichen Bericht zu verstehen, aus dem der Versicherer mit großer Wahrscheinlichkeit die Folgen des Unfalles entnehmen kann. Immerhin könnte dieser Begriff aber auch dahin ausgelegt werden, daß dem Versicherer nur die ärztlich begründete Wahrscheinlichkeit einer dauernden Invalidität mitgeteilt wird, weil davon auszugehen ist, daß ein Arzt eine solche Mitteilung auf Grund entsprechender medizinischer Untersuchungen macht. Die erwähnte Bestimmung der AUVB 1976 hat den Zweck, den Versicherer möglichst rasch mit jenen Ansprüchen zu konfrontieren, mit deren Befriedigung er rechnen muß. Wird ihm daher in einem ärztlichen Bericht mitgeteilt, daß eine bleibende Invalidität mit Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, so kann er die notwendige Vorsorge treffen. Er wird dann nicht zu einem späteren Zeitpunkt, zu dem ihm weitere Untersuchungen nicht mehr möglich sind, mit entsprechenden Forderungen überrascht werden. Ob eine solche Auslegung der erwähnten Bestimmung die wahrscheinlichste ist, kann hier unerörtert bleiben. Jedenfalls ist sie vertretbar. Offenbar neigt ihr auch die Beklagte selbst zu, wie die Feststellung über ihr allgemeines Vorgehen zeigt. Sie verlangt nämlich in der Regel nur einen entsprechenden Bericht durch den Versicherungsnehmer und veranlaßt auf Grund dieses Berichtes von sich aus nähere ärztliche Untersuchungen. Jedenfalls mußte der Beklagten im vorliegenden Fall klar sein, daß die Klägerin, deren Legitimation zur Geltendmachung des Versicherungsanspruches sie gar nicht bestreitet, die erstattete Schadensmeldung als ausreichend im Sinne des Art. 8 II 2 AUVB 1976 erachtete. Bei dieser Sachlage wäre die Beklagte, falls sie den Standpunkt vertreten hätte, in der Schadensmeldung sei keine ordnungsgemäße Geltendmachung des Anspruches auf Leistung einer Invaliditätsentschädigung zu erblicken, nach den Grundsätzen des redlichen Verkehrs verpflichtet gewesen, die Klägerin darauf aufmerksam zu machen. Die Erklärung des Angestellten der Beklagten, S*** müsse noch einem Arzt vorgeführt werden, konnte die Klägerin nur dahin verstehen, daß die Beklagte von sich aus vorgehen werde. Diese Annahme erfuhr durch die zusätzliche Äußerung, die Beklagte müsse noch ein Sachverständigengutachten erstellen lassen "bzw. dieses müsse vorgelegt werden", eine weitere Bekräftigung. Aus einer solchen Erklärung konnte der Schluß gezogen werden, die Beklagte werde von sich aus tätig werden, wobei es der Klägerin bzw. S*** frei stehe, ihrerseits ein Gutachten vorzulegen. Durch ihre zumindestens mißverständlichen Erklärungen hätte demnach die Beklagte, auch wenn man aus Art. 8 II 2 AUVB 1976 eine weitergehende Verpflichtung der Klägerin oder des Versicherungsnehmers ableiten sollte, die Versäumung der Frist durch die Klägerin verursacht. Dies führt aber nach den obigen Darlegungen (7 Ob 9/85) zu dem Ergebnis, daß die Berufung der Beklagten auf die mangelnde Fristwahrung treuwidrig und daher unbeachtlich ist. Selbst wenn man daher der Rechtsansicht der Beklagten folgt, die Schadensmeldung habe der Bestimmung des Art. 8 II 2 AUVB 1976 nicht entsprochen, gelangt man zu dem Ergebnis, daß sich die Beklagte auf die in dieser Bestimmung enthaltene Ausschlußfrist nicht mit Erfolg berufen kann. Mit Recht wurde der Klägerin also die der Höhe nach unbestrittene Invaliditätsentschädigung von 109.200 S zugesprochen. Daß der Klägerin ein Taggeldanspruch von 14.783 S zusteht, ist unbestritten. Strittig ist nur, ob die Beklagte berechtigt ist, von diesem Taggeldanspruch ihren Anspruch auf rückständige Prämie in der Höhe von 6.103 S abzuziehen. Das Berufungsgericht geht hier von der Annahme aus, es handle sich um eine nach Bekanntgabe der erfolgten Verpfändung fällig gewordene Prämie, welche Annahme die Beklagte gar nicht bestreitet. Daß grundsätzlich nach Bekanntgabe der Verpfändung entstandene Gegenforderungen dem Pfandgläubiger gegenüber nicht geltend gemacht werden können, hat das Berufungsgericht richtig erkannt und wird auch von der Beklagten nicht in Frage gestellt. Die Beklagte könnte daher mit ihrer Gegenforderung nur dann durchdringen, wenn gegenüber der Klägerin § 35 b VersVG anwendbar wäre. Nach dieser

Bestimmung kann der Versicherer den Betrag einer fälligen Prämienforderung oder einer anderen ihm aus dem Vertrag zustehenden Forderung von der ihm nach diesem Vertrag obliegenden Leistung abziehen, auch wenn er die Leistung nicht dem Versicherungsnehmer, sondern einem Dritten schuldet. Die Vorinstanzen vertreten die Rechtsansicht, der Pfandgläubiger sei nicht "Dritter" im Sinne dieser gesetzlichen Bestimmung. Tatsächlich konnte weder in der deutschen Judikatur noch in der Literatur eine gegenteilige Rechtsansicht festgestellt werden. Selbst die vom Berufungsgericht für die gegenteilige Meinung zitierte Stelle bei Bruck-Möller (VVG8 I 480), spricht das Gegenteil nicht aus, weil sie (ebenso wie Schulz in VersR 1957, 767) nicht auf den Pfandgläubiger schlechthin, sondern nur auf den Hypothekargläubiger in den Fällen der §§ 102 ff. VersVG, den Schiffshypothekar in den Fällen der §§ 34, 36 SchiffrechtG und den Gläubiger einer Luftfahrzeughypothek verweist. In dieser Hinsicht entspricht die von Bruck-Möller geäußerte Rechtsansicht der im Berufungsurteil zitierten Rechtsansicht von Prölss-Martin (VVG23, 215).

Geht man von dem Sinn der Bestimmung des § 35 b VersVG aus, muß der Rechtsansicht des Berufungsgerichtes beigepflichtet werden. Diese Bestimmung trägt den Besonderheiten des Versicherungsvertragsrechtes Rechnung. Versicherungsverträge werden häufig mit einem Inhalt abgeschlossen, der nicht nur dem Versicherungsnehmer Leistungsansprüche gegen den Versicherer einräumt, sondern auch Personen, die im Vertrag genannt sind oder auf die sich der Vertrag bezieht. Im Hinblick auf den Umstand, daß die Kompensation in der Regel Gegenseitigkeit der beiderseitigen Forderungen voraussetzt, hätte der Versicherer, falls ihm eine Prämienforderung nach dem Vertrag nur gegen den Versicherungsnehmer zusteht, keine Möglichkeit, seinen Prämienanspruch mit aus dem Versicherungsvertrag entstehenden Forderungen Dritter aufzurechnen. Das besondere Spezifikum des Versicherungsvertrages mit erkennbarer Begünstigung eines Dritten würde demnach den Versicherer im Vergleich zu anderen Gläubigern wesentlich schlechter stellen. Obwohl der Versicherer von vorneherein damit rechnen muß, daß er die Leistung nicht seinem Vertragspartner, sondern einem Dritten zu erbringen haben wird, wird ihm die zur Befriedigung seines Prämienanspruches wirksamste Möglichkeit der Kompensation gegenüber demjenigen, dem er Leistungen zu erbringen hat, genommen. Diesen Nachteil des Versicherers wollte der Gesetzgeber durch § 35 b VersVG ausgleichen. Demnach kann sich diese Gesetzesbestimmung nur auf Personen beziehen, deren Ansprüche sich entweder aus dem Versicherungsvertrag direkt ergeben oder mit deren Ansprüchen der Versicherer bei Abschluß des Vertrages rechnen mußte. Die oben dargestellten Literaturstellen beziehen sich auch ausschließlich auf derartige Personen. Selbstverständlich kann der Versicherer auch von den allgemeinen Kompensationsmöglichkeiten Gebrauch machen. § 35 b VersVG stellt keine Abänderung, sondern nur eine Erweiterung der bürgerlich-rechtlichen Bestimmungen über die Kompensation dar. Soweit dagegen eine Kompensation nach den bürgerlich-rechtlichen Bestimmungen nicht möglich wäre, tritt eine Erweiterung durch § 35 b VersVG nur zugunsten der oben aufgezeigten Personen ein. Daß gegenüber dem Pfandgläubiger mit nach der Verpfändung entstandenen Forderungen nach den allgemeinen bürgerlich-rechtlichen Bestimmungen nicht aufgerechnet werden kann, hat das Berufungsgericht zutreffend dargelegt. Ansprüche des Pfandgläubigers gegenüber dem Versicherer ergeben sich weder aus dem Versicherungsvertrag noch ist auf Grund eines solchen Vertrages mit solchen Ansprüchen zu rechnen. Dies führt aber zu dem Ergebnis, daß § 35 b VersVG den Pfandgläubiger mit der Bezeichnung "Dritter" nicht im Auge hat.

Die Revision erweist sich sohin auch in diesem Punkte als nicht gerechtfertigt.

Die Kostenentscheidung gründet sich auf die §§ 41 und 50 ZPO.

Anmerkung

E12600

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:OGH0002:1987:0070OB00052.87.1112.000

Dokumentnummer

JJT_19871112_OGH0002_0070OB00052_8700000_000

Quelle: Oberster Gerichtshof (und OLG, LG, BG) OGH, <http://www.ogh.gv.at>

© 2024 JUSLINE

JUSLINE® ist eine Marke der ADVOKAT Unternehmensberatung Greiter & Greiter GmbH.

www.jusline.at