

TE OGH 1985/3/28 70b9/85

JUSLINE Entscheidung

🕒 Veröffentlicht am 28.03.1985

Kopf

Der Oberste Gerichtshof hat als Revisionsgericht durch den Senatspräsidenten des Obersten Gerichtshofes Dr. Flick als Vorsitzenden und durch den Senatspräsidenten des Obersten Gerichtshofes Hon.Prof. Dr. Petrasch und die Hofräte des Obersten Gerichtshofes Dr. Wurz, Dr. Warta und Dr. Egermann als Richter in der Rechtssache der klagenden Partei Franz A, Schankgehilfe, Wien 19., Poschstraße 19/84/2/11, vertreten durch Dr. Inge Fucik, Rechtsanwalt in Wien, wider die beklagte Partei B C D E Versicherungs AG, Wien 2., Praterstraße 1-7, vertreten durch Dr. Ferdinand Neundlinger, Rechtsanwalt in Wien, wegen Feststellung (Streitwert S 60.000), infolge Revision der klagenden Partei gegen das Urteil des Oberlandesgerichtes Wien als Berufungsgerichtes vom 6. Dezember 1984, GZ. 1 R 239/84-11, womit infolge Berufung der beklagten Partei das Urteil des Handelsgerichtes Wien vom 8. August 1984, GZ. 28 Cg 970/83-6, abgeändert wurde, in nichtöffentlicher Sitzung zu Recht erkannt:

Spruch

Der Revision wird nicht Folge gegeben.

Der Antrag des Klägers auf Zuspruch von Kosten für das Revisionsverfahren wird abgewiesen.

Text

Entscheidungsgründe:

Der Kläger war am 20. September 1981 als Motorradlenker Opfer eines Verkehrsunfalles, der bei ihm zu schweren Verletzungen und, wie sich in der Folge herausstellte, zu einer teilweisen Dauerinvalidität geführt hat. Zum Unfallszeitpunkt bestand zwischen dem Kläger und der Beklagten eine Unfallversicherung, der die AUVB 1976 zugrundelagen. Nach Art. 8 II, 2 AUVB 1976 ist ein Anspruch auf Leistung für dauernde Invalidität innerhalb von 15 Monaten vom Unfallstage an geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes zu begründen. Nach Art. 19 AUVB 1976 sind sämtliche für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen schriftlich an die Direktion des Versicherers zu erstatten. Die Agenten sind zu deren Entgegennahme nicht berechtigt.

Am 29. Oktober 1981 erstattete der Kläger an die Beklagte eine Unfallsmeldung, in der er bezüglich der Art und des Ausmaßes der Verletzung von seinem damaligen Wissensstand ausging. Dementsprechend füllte er die dafür vorgesehene Spalte wie folgt aus: 'Brustwirbelprellung, Zähne, Genickprellung, Rückenmuskel-Brustkorbprellung'. Der im Schadensmeldungsformular vorgesehene ärztliche Anfangsbericht wurde nicht ausgefüllt.

Die Beklagte bezahlte am 14. Jänner und 6. April 1982 anlässlich persönlicher Vorsprachen des Klägers in Begleitung des bei der Beklagten angestellten Versicherungsvertreters Heinz F Taggeld. Dabei legte der Kläger jeweils Bestätigungen der G H darüber vor, in welchen Zeiträumen er arbeitsunfähig war, aber keine ärztlichen Befunde. Bei der Auszahlung des Taggeldes durch den Versicherungsangestellten Karl P*** und der Unterfertigung einer Quittung durch den Kläger am 6. April 1982 wies Letzterer darauf hin, daß Dauerfolgen eingetreten seien. Er befragte P***, ob er mit der Unterfertigung der Quittung auf alle weitergehenden Ansprüche aus Dauerfolgen verzichte. Sowohl I als

auch Heinz F verneint dies.

Im Zuge der vergleichweisen Bereinigung der Ansprüche des Klägers gegen den Haftpflichtversicherer seines Unfallsgegners wurde das am 20. Dezember 1982 erstattete ärztliche Gutachten eingeholt. Dieses Gutachten bestätigte die bleibenden Unfallsfolgen, die im Zeitraum eines Jahres nach dem Unfall eingetreten waren. Das Gutachten kam dem Kläger am 30. Dezember 1982

zu. Es wurde der Beklagten mit Schreiben vom 31. Mai 1983 vorgelegt. Der Kläger selbst hatte vorher der Beklagten kein ärztliches Gutachten und keine Befunde oder Krankengeschichten übermittelt. Die Beklagte verweigert den Versicherungsschutz für die Dauerfolgen unter Hinweis auf die Fristversäumnis.

Während das Erstgericht die Deckungspflicht der Beklagten für die Dauerfolgen beim Kläger festgestellt hat, wurde das diesbezügliche Klagebegehren vom Berufungsgericht abgewiesen. Das Berufungsgericht hat hiebei ausgesprochen, daß der Wert des Streitgegenstandes S 15.000 übersteigt, nicht aber S 300.000.

Rechtlich vertrat das Berufungsgericht den Standpunkt, die Bestimmung des Art. 8 II 2 der AUVB 1975 enthalte eine Präklusionsfrist, innerhalb der nicht nur der Anspruch auf Grund einer bleibenden Invalidität geltend zu machen sei, sondern auch der ärztliche Befundbericht vorgelegt werden müsse. Eine Heranziehung der deutschen Lehre zu diesem Punkt sei nicht möglich, weil die diesbezügliche deutsche Bestimmung ihrem Wortlaut nach von der österreichischen Bestimmung abweiche. Schon aus diesem Grunde sei der geltend gemachte Anspruch nicht gegeben. Ein Anerkenntnis der Beklagten liege nicht vor. Im übrigen habe der Kläger weder ein solches Anerkenntnis, noch eine Haftung der Beklagten gemäß § 1313 a ABGB geltend gemacht.

Rechtliche Beurteilung

Die vom Kläger gegen die Entscheidung des Berufungsgerichtes wegen § 503 Abs 1 Z 2 bis 4 ZPO erhobene Revision ist nicht gerechtfertigt. Da im vorliegenden Fall lediglich eine nach § 502 Abs. 4 Z 1 ZPO zulässige Revision vorliegt, kommt eine Anfechtung wegen einfacher Mangelhaftigkeit des Berufungsverfahrens und Aktenwidrigkeit gemäß § 503 Abs. 2 ZPO nicht in Frage. Demnach war auf bloße Verfahrensmängel und die behauptete Aktenwidrigkeit nicht einzugehen. Zu den Ausführungen der Revision über das Vorliegen eines angeblichen Anerkenntnisses der Beklagten muß nicht weiter Stellung genommen werden, weil der Kläger einerseits sein Klagebegehren nicht auf ein solches Anerkenntnis gestützt hat und andererseits die getroffenen Feststellungen keinerlei Handhabe für die Annahme eines Anerkenntnisses bieten.

Welches Ziel die im Rechtsmittelverfahren erstmals erfolgten Hinweise auf § 1313 a ABGB haben sollen, ist unverständlich, weil kein Schadenersatzanspruch geltend gemacht wird. Daß aber die Beklagte unter Umständen für ein Verhalten ihres Schadensreferenten einzutreten hätte, ist ohnedies nicht strittig. Auf eine Handlung des Versicherungsvertreter F hat hingegen der Kläger sein Begehren nie gestützt. In der Klage (S 3 d.A.) wurde dieser Versicherungsagent nur als Zeuge für die Geltendmachung des Anspruches gegenüber dem Schadensreferenten geführt, nicht aber ein Verhalten des Agenten als anspruchsbegründende Tatsache gewertet. Im übrigen sind nach Art. 19 AUVB 1976 Agenten zu der Entgegennahme von Anzeigen an den Versicherer nicht berechtigt. Aus diesem Grunde muß auf die Ausführungen betreffend den Zeugen F nicht eingegangen werden.

Richtig hat das Berufungsgericht erkannt, daß zwischen dem Wortlaut der österreichischen AUVB 1976 einerseits und der deutschen J andererseits ein Unterschied besteht. Ob dieser so groß ist, daß nach den österreichischen Bestimmungen ein ärztlicher Befundbericht unter allen Umständen ebenfalls innerhalb der 15-monatigen Frist vorgelegt werden muß, kann hier dahingestellt bleiben. Der wesentliche Unterschied der beiden Bestimmungen (§ 8 II Abs. 1 J einerseits und Art. 8 II 2 AUVB 1976 andererseits) besteht darin, daß nach der deutschen Bestimmung die Invalidität innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet eingetreten sein muß. Sie muß spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren 3 Monaten nach dem Unfallsjahr ärztlich festgestellt und geltend gemacht sein. Es vermengt sohin diese Bestimmung die ärztliche Feststellung der Invalidität nicht notwendig mit deren Geltendmachung. Die ärztliche Feststellung ist also nicht ein Teil der Geltendmachung. Demgegenüber schreibt Art. 8 II 2 AUVB 1976 vor, daß der Anspruch auf Leistung für dauernde Invalidität innerhalb von 15 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. Während also die deutsche Bestimmung lediglich das objektive Vorliegen einer ärztlichen Feststellung verlangt, nicht aber dem Versicherungsnehmer eine aktive Vorlage dieser ärztlichen Feststellung aufträgt, ist letzteres in der österreichischen Bestimmung ausdrücklich

vorgeschrieben. Diese Bestimmung kann nur dahin ausgelegt werden, daß der Versicherungsnehmer auch bezüglich des ärztlichen Befundberichtes aktiv insoweit vorzugehen hat, als er diesen dem Versicherer übermitteln muß. Die vom Erstgericht für den deutschen Bereich zitierte Lehrmeinung Wussows, derzufolge es nicht Sache des Versicherungsnehmers ist, von sich aus den ärztlichen Befund vorzulegen, sondern der Versicherer diesen abzufordern hat, kann sohin für den österreichischen Bereich nicht geteilt werden. Vielmehr hat nach den österreichischen Versicherungsbedingungen der Versicherungsnehmer den Befund von sich aus vorzulegen. Die in der genannten Bestimmung erwähnten 15 Monate beziehen sich auch auf die Vorlage des ärztlichen Befundberichtes.

Zu prüfen war daher nur, ob in Ausnahmefällen auch eine verspätete Vorlage dieses Befundberichtes dann ausreicht, wenn die sonstige Geltendmachung des Anspruches wegen dauernder Invalidität bereits innerhalb der vorerwähnten 15 Monate erfolgt ist.

Richtig hat das Berufungsgericht erkannt, daß es sich bei der 15- monatigen Frist des Art. 8 II 2 AUVB 1976 um eine Ausschußfrist handelt (Prölss-Martin VVG 23 , 1263, Wussow J 4 , 160; 7 Ob 48/81). Im allgemeinen spielt das Verhalten des Versicherungsnehmers bei der Versäumung von Ausschußfristen keine Rolle. Handelt es sich jedoch um vertraglich vereinbarte Ausschußfristen, 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 begründet worden ist (Prölss-Martin VVG 23 , 1263, Wussow aaO, 161). Die Möglichkeit der Entschuldigung hat jedoch die Folge, daß der Versicherungsnehmer unverzüglich nach Beseitigung der Entschuldigungsgründe die Geltendmachung vornehmen muß (Wussow aaO, 161).

Die Versicherungsmeldung (Beilage 3) kann, entgegen der Auffassung des Klägers, keinesfalls als Geltendmachung eines Anspruches wegen Dauerfolgen gewertet werden. Diese Meldung enthält nicht den geringsten Hinweis, aus dem ein Schluß auf Dauerfolgen gerechtfertigt gewesen wäre.

Fest steht, daß über die ursprüngliche Versicherungsmeldung (Beilage 3) hinaus innerhalb der ersten 15 Monate nach dem Unfall keinerlei schriftliche Geltendmachung von Ansprüchen wegen dauernder Invalidität erfolgte. Das Verhalten des Klägers hat daher gegen Art. 19 AUVB 1976 verstoßen, weil nach dieser Bestimmung sämtliche für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen schriftlich an die Direktion des Versicherers erfolgen müssen.

Dies kann allerdings dem Kläger hier nicht schaden. Soweit nämlich die Erklärung des Versicherungsnehmers der Form des Art. 19 AUVB 1976 nicht genügt, wird sie dennoch als ausreichend angesehen, wenn der Versicherungsnehmer einen Entschuldigungsgrund hat. Dieser kann sich unter anderem aus dem Verhalten des Versicherers ergeben. Insbesondere wird der Formfehler dann unerheblich sein, wenn der Versicherer durch eine formwidrige mündliche Mitteilung des Versicherungsnehmers von den in Betracht kommenden Tatsachen Kenntnis erlangt hat. Es bedarf in diesem Falle jedenfalls einer ausdrücklichen Zurückweisung der Erklärung und eines Hinweises auf die Schriftform, wenn sich der Versicherer später auf den Formmangel berufen will (Wussow aaO, 286 zu dem inhaltlich gleichen § 18 J). Inhaltlich werden keine besonderen Voraussetzungen an das Schreiben des Versicherten gestellt.

Es genügt daher, wenn sich für den Versicherer erkennbar aus dem Schreiben des Versicherten ergibt, daß er Ansprüche auf Invaliditätsentschädigung erheben will (Wussow aaO, 163, vgl. auch VersR 1969, 624). Hierbei bedarf es keiner Angabe über die Höhe des geltend gemachten Anspruches (Bruck-Möller, VVG 8 I, Anm. 24 zu § 12; Prölss-Martin, VVG 23 , 122).

Anläßlich seiner persönlichen Vorsprache am 6. April 1982 hat der Kläger gegenüber dem Sachbearbeiter der Beklagten ausdrücklich darauf verwiesen, daß bei ihm Dauerfolgen eingetreten sind, und gefragt, ob er durch Unterfertigung der Quittung für das Taggeld auf seine Ansprüche wegen Dauerfolgen verzichte.

Dies wurde vom Sachbearbeiter der Beklagten verneint. Die Beklagte hat also die mündliche Mitteilung des Klägers zur Kenntnis genommen und sie nicht etwa unter Hinweis auf das Erfordernis der Schriftlichkeit zurückgewiesen. Diese Mitteilung ließ klar erkennen, daß der Kläger Dauerfolgen behauptet und die Absicht hat, wegen dieser Folgen die Versicherung in Anspruch zu nehmen. Mangels Zurückweisung dieser Erklärung durch den Sachbearbeiter der Beklagten könnte in diesem Verhalten eine Geltendmachung des Anspruches innerhalb der 15-monatigen Frist erblickt werden. (Ob die fehlende Angabe über die Art der Dauerfolgen wegen der Anführung der Verletzungen in der Unfallmeldung nicht schadete, muß hier nicht geprüft werden). Die Bestimmung des Art. 8 II 2 AUVB 1976 macht den Anspruch auf Leistung für dauernde Invalidität jedoch nicht nur von der bloßen Geltendmachung des Anspruches an sich innerhalb von 15 Monaten abhängig, sondern auch von der Begründung und der Vorlage eines ärztlichen

Befundberichtes innerhalb desselben Zeitraumes. Diese Bestimmung bezieht sich also auch auf die Notwendigkeit der rechtzeitigen Vorlage des ärztlichen Befundberichtes. Möglicherweise kann ein Verstreichenlassen dieser Frist bezüglich der Vorlage des ärztlichen Befundberichtes dann entschuldbar sein, wenn der Befund dem Versicherungsnehmer verspätet zur Kenntnis gelangt ist und er daher ohne sein Verschulden nicht in der Lage war, ihn rechtzeitig vorzulegen. Falls man dies als ausreichende Entschuldigung für eine Versäumung der Fallfrist ansieht, wäre dann der Versicherungsnehmer nach den oben gemachten Ausführungen verpflichtet, den ärztlichen Befundbericht unverzüglich nach Beseitigung des entgegenstehenden Hindernisses vorzulegen. Nur in einem solchen Falle könnte von einer Wahrung der Frist die Rede sein.

Der Kläger war innerhalb der 15-monatigen Frist in den Besitz des Befundberichtes gelangt. Allerdings hat er diesen Bericht so knapp vor Ablauf der Frist bekommen, daß man ein Verstreichenlassen der Frist bezüglich der Vorlage dieses Berichtes als entschuldigt ansehen könnte. Diesfalls hätte der Kläger allerdings den Befundbericht unverzüglich nach Wegfall des Hindernisses vorlegen müssen. Tatsächlich hat er ihn erst 5 Monate nach seinem Erhalt und nach Ablauf der Frist vorgelegt. Umstände, die dieses lange Zuwarten rechtfertigen könnten, wurde vom Kläger nie behauptet. Sohin kann von einer unverzüglichen Vorlage keine Rede sein.

Der festgestellte Sachverhalt läßt kein Verhalten des Sachbearbeiters der Beklagten erkennen, aus dem der Kläger berechtigterweise hätte entnehmen können, daß er zur Vorlage des ärztlichen Befundberichtes innerhalb der sich aus den dem Vertrag zugrundeliegenden Versicherungsbedingungen ergebenden 15-monatigen Frist nicht verpflichtet wäre. Das Verhalten dieses Sachbearbeiters der Beklagten konnte vom Kläger nur dahin verstanden werden, daß die Beklagte seine grundsätzliche Geltendmachung von Ansprüchen wegen Dauerfolgen zur Kenntnis nehme, nicht aber, daß die zweite Voraussetzung für einen solchen Anspruch, nämlich dessen Begründung unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes, zu entfallen habe. Mit Recht ist das Berufungsgericht also von einer Versäumung der für Ansprüche auf Leistung für dauernde Invalidität vorgesehenen Frist ausgegangen.

Die Kostenentscheidung gründet sich auf die §§ 41 und 50 ZPO. Die Beklagte hat keine Revisionsbeantwortung erstattet.

Anmerkung

E05798

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:OGH0002:1985:0070OB00009.85.0328.000

Dokumentnummer

JJT_19850328_OGH0002_0070OB00009_8500000_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