jusline®
»» Recht. Schnell

Sie können die QR Codes nützen um später wieder auf die neuste Version eines Gesetzestexts zu gelangen.

TE OGH 2010/5/5 7Ob222/09m

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 05.05.2010

Kopf

Der Oberste Gerichtshof hat als Revisionsgericht durch die Senatspräsidentin des Obersten Gerichtshofs Dr. Huber als Vorsitzende und die Hofräte des Obersten Gerichtshofs Dr. Schaumüller, Dr. Hoch, Dr. Kalivoda und Dr. Roch als weitere Richter in der Rechtssache der klagenden Partei M***** S*****, vertreten durch Vogl Rechtsanwalt GmbH in Feldkirch, gegen die beklagte Partei ***** Versicherung AG, *****, vertreten durch Dr. Wolfgang Dartmann und andere Rechtsanwälte in Linz, wegen 25.602,75 EUR, über die Revision der beklagten Partei gegen das Urteil des Oberlandesgerichts Linz als Berufungsgericht vom 24. Juli 2009, GZ 3 R 58/09h-13, mit dem der Berufung des Klägers gegen das Urteil des Landesgerichts Ried im Innkreis vom 20. Jänner 2009, GZ 40 Cg 21/08k-9, nicht Folge gegeben wurde, in nichtöffentlicher Sitzung den

Beschluss

gefasst:

Spruch

Der Revision wird Folge gegeben.

Die Entscheidungen der Vorinstanzen werden aufgehoben. Die Rechtssache wird an das Erstgericht zur neuerlichen Verhandlung und Entscheidung zurückverwiesen.

Die Kosten des Rechtsmittelverfahrens sind weitere Verfahrenskosten.

Text

Begründung:

Dem zwischen den Parteien abgeschlossenen Unfallversicherungsvertrag mit einer Versicherungssumme von 512.055 EUR liegen die Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUVB) 2003 zugrunde. Der Kläger erlitt am 28. Mai 2006 einen Unfall im Sinn der AUVB 2003, bei dem er sich einen Teilkompressionsbruch des zwölften Brustwirbelkörpers sowie des ersten Lendenwirbelkörpers, einen Deckplattenimpressionsbruch des ersten Lendenwirbelkörpers, multiple Prellungen und Rissquetschwunden rechts an der Scheitelregion zuzog.

Die AUVB 2003 haben unter anderem folgenden Inhalt:

„Artikel 15

Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommission)

1. Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheiten oder Gebrechen sowie im Fall des Artikel 7, Punkt 6., entscheidet die Ärztekommission.

2. In den nach Punkt 1. der Ärztekommission zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten kann der

Anspruchsberechtigte innerhalb von 6 Monaten nach Zugang unserer Erklärung Widerspruch erheben und mit Vorlage eines medizinischen Gutachtens unter Bekanntgabe seiner Forderungen gemäß Artikel 14, Punkt 1. die Entscheidung der Ärztekommission beantragen.

3. Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommission zu beantragen, steht auch uns zu.

4. Für die Ärztekommission bestimmen wir und der Anspruchsberechtigte je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi (Recht zur Berufsausübung). Wenn einer der beiden Parteien innerhalb zweier Wochen nach schriftlicher Aufforderung keinen Arzt benennt, wird dieser von der österreichischen Ärztekammer bestellt. ...”

Nach Einholung von zwei medizinischen Sachverständigengutachten vom 9. August 2007 und 6. Mai 2008, wonach die unfallkausale Invalidität des Klägers jeweils mit 10 % eingeschätzt wurde, übermittelte die Beklagte folgendes Schreiben vom 7. Mai 2008 an die Versicherungsvertretung des Klägers:

„Sehr geehrte Damen und Herren!

Als Entschädigung für diesen Unfall unterbreitet Ihnen die [Beklagte] für [den Kläger] folgende Abrechnung:

Die Versicherungssumme für die Unfallinvalidität beträgt EUR 512.055,00.

Laut Gliedertaxe der AUVB 2003 (Allgemeine Bedingungen für die Unfallversicherung) beträgt der Invaliditätsgrad bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit 100% der Versicherungssumme, das sind EUR 512.055,00. Der medizinische Sachverständige [...] bewertet in seinem Gutachten den Grad der Dauerinvalidität mit 10% von 100.

Die Entschädigung für dauernde Invalidität beträgt daher EUR 51.205,50.

Diesen Betrag überweisen wir gleichzeitig.

Sollte unser Versicherungsnehmer mit der Dauerinvaliditätsabrechnung nicht einverstanden sein, werden wir gemäß Artikel 15 der AUVB 2003 von unserem Recht Gebrauch machen, eine Ärztekommission einzuleiten. Wir ersuchen Sie uns die Entscheidung unseres Versicherungsnehmers innerhalb einer Präklusivfrist von 6 Monaten bekannt zu geben. ..."

Die Beklagte hat dem Kläger für diesen Versicherungsfall 51.205,50 EUR auf Basis einer 10%igen Invalidität bezahlt.

Der Kläger hatte seinerseits die Einholung eines unfallchirurgischen Gutachtens veranlasst. In diesem Gutachten vom 13. Oktober 2007 wurde seine unfallskausale Invalidität mit 15 % bewertet. Er antwortete der Beklagten mit Schreiben vom 9. Juni 2008:

„... [Der Kläger] hat am 28.5.06 einen Unfall erlitten. Der Unfallshergang darf als bekannt vorausgesetzt werden. Die Qualifikation des Ereignisses als Unfall im Sinne der AUVB ist unstrittig.

Die [Beklagte] hat den Schaden gemäß dem Gutachten [...] auf Basis von 10% abgerechnet. Herr [...] hat aber die Invalidität mit 15% eingeschätzt. ...

Es ergibt sich folgende Abrechnung der Invalidität:

Versicherungssumme EUR 512.055,00, 15% EUR 76.808,25, davon geleistet 10% EUR 51.205,50, restlich EUR 25.602,75.

Ich fordere Sie daher auf, diesen Betrag zuzüglich der Kosten meines notwendig gewordenen Einschreitens von pauschal EUR 720,-- (darin enthalten 20% USt), in Summe daher EUR 26.322,75 bis spätestens 20. Juni 2008 auf mein Konto [...] zu überweisen. ...“

Darauf übermittelte die Beklagte das vom Klagevertreter vorgelegte Gutachten an einen der beiden von ihr beigezogenen Sachverständigen zur Stellungnahme und nochmaligen Einschätzung der Invalidität.

Der Kläger geht in seiner am 4. Juli 2008 eingebrachten Klage, von einer verbliebenen Invalidität von 15 % aus und begehrt eine weitere Versicherungsleistung von 25.602,75 EUR. Das Schreiben der Beklagten vom 7. Mai 2008 komme einer endgültigen Ablehnung einer weiteren Versicherungsleistung gleich. Die Beklagte habe daher kein rechtliches Interesse an der Einleitung des Ärztekommissionsverfahrens gemäß Art 15 AUVB 2003, weil sie keine Forderung behaupten könne; eine Rechtsausübung ohne rechtliches Interesse sei schikanös. Der Kläger sei daher zur sofortigen

Erhebung der Leistungsklage berechtigt. Im Art 15 AUVB 2003 sei ein Schiedsverfahren vereinbart worden, es sei jedoch nicht im Einzelnen ausgehandelt worden. Insoweit seien die Versicherungsbedingungen daher gemäß § 6 Abs 2 Z 7 KSchG ungültig.

Die Beklagte wendete primär ein, der geltend gemachte Anspruch sei nicht fällig, weil sie dem Kläger mit Schreiben vom 7. Mai 2008 auch mitgeteilt habe, dass bei Nichteinigung über das Ausmaß der Invalidität eine Ärztekommission einzuleiten sein werde. Eine Entscheidung des Klägers sei bei der Beklagten trotz entsprechenden Verlangens nie eingelangt. Im Übrigen sei die Einschätzung des Invaliditätsgrads mit 15 % wegen bestandener Vorschädigungen und der objektivierbaren Beweglichkeit diverser Gelenke des Klägers überhöht.

Das Erstgericht wies das Klagebegehren ab. Das Schreiben der Beklagten vom 7. Mai 2008 stelle weder eine endgültige Ablehnung der geltend gemachten Ansprüche (unter Verzicht auf Durchführung eines Ärztekommissionsverfahrens) noch ein schikanöses oder rechtsmissbräuchliches Verhalten der Beklagten dar. Daher stehe nach wie vor das Recht der Beklagten auf Durchführung eines Ärztekommissionsverfahrens der Fälligkeit der Klagsforderung entgegen. Der fallbezogene Geschehensablauf führe auch nicht zu einer Unwirksamkeit, Sittenwidrigkeit, Ungültigkeit oder Unverbindlichkeit des Art 15 AUVB 2003.

Das Berufungsgericht schloss sich der Rechtsansicht des Erstgerichts zur mangelnden Fälligkeit an und bestätigte dessen Entscheidung. Die Beklagte habe den Kläger in ihrer Dauerinvaliditätsabrechnung vom 7. Mai 2008 ausdrücklich darauf hingewiesen, dass sie, falls der Kläger damit nicht einverstanden sein sollte, von ihrem Recht auf Durchführung eines Ärztekommissionsverfahrens Gebrauch mache. Die Erörterung der Frage, ob zusätzlich zum Einwand des Versicherers, die Ärztekommission anrufen zu wollen, erforderlich sei, dass er innerhalb der sechsmonatigen Frist tatsächlich die Entscheidung der Ärztekommission beantrage, könne auf sich beruhen. Denn hier sei zum Zeitpunkt des Schlusses der mündlichen Verhandlung (4. November 2008) die der Beklagten seit Zustellung ihres Schreibens vom 7. Mai 2008 offen gestandene sechsmonatige Frist noch nicht abgelaufen gewesen. § 6 Abs 2 Z 7 KSchG sei auf den vorliegenden Schiedsgutachtervertrag nicht anzuwenden.

Die ordentliche Revision sei zulässig, weil der Oberste Gerichtshof noch nicht mit der Frage befasst gewesen sei, ob § 6 Abs 2 Z 7 KSchG auch auf Schiedsgutachterverträge anzuwenden sei.

Dagegen richtet sich die Revision des Klägers mit dem Antrag auf Abänderung, hilfsweise Aufhebung und Zurückverweisung.

Dem tritt die Beklagte in ihrer Revisionsbeantwortung entgegen.

Rechtliche Beurteilung

Die Revision ist zulässig und berechtigt, weil zur Frage der Fälligkeit der begehrten Versicherungsleistung eine im Rahmen der allseitigen Prüfpflicht wahrzunehmende Fehlbeurteilung durch die Vorinstanzen vorliegt.

Der Kläger hat sich unter anderem darauf berufen, die Beklagte habe mit ihrem Schreiben vom 7. Mai 2008 eine weitere Versicherungsleistung endgültig abgelehnt und damit (erkennbar) schlüssig auf das Verfahren vor der Ärztekommission verzichtet.

Ein solcher Verzicht auf ein - wie auch hier - nur fakultativ vorgesehenes Sachverständigenverfahren wird von der Judikatur unter bestimmten Umständen anerkannt (vgl RIS-Justiz RS0081393; RS0080481; RS0116382), verwehrt dem Versicherer den Einwand der mangelnden Fälligkeit (RIS-Justiz RS0080481; RS0081369) und ermöglicht die Erhebung einer Leistungsklage durch den Versicherungsnehmer (RIS-Justiz RS0081371 [T6] = RS0116382 [T3] = RS0080481 [T5] = RS0082250 [T10] = RS0081393 [T5] = RS0080471 [T3]).

Der erkennende Senat hat auch schon ausgesprochen, dass eine Klage des Versicherungsnehmers vor Ablauf der in den AUVB vorgesehenen Sechsmonatsfrist möglich ist, es sei denn, der Versicherer würde innerhalb der Frist auf seinem Recht der Anrufung der Ärztekommission bestehen; mit Rücksicht auf den Zweck der Einrichtung der Ärztekommission, Meinungsverschiedenheiten rasch beizulegen, ist von einem Versicherer, der noch vor Ablauf der in den AUVB vorgesehenen Sechsmonatsfrist vom Versicherungsnehmer klagsweise in Anspruch genommen wird, zur Vermeidung von Verzögerungen zu verlangen, dass er den Einwand, seinerseits die Ärztekommission anrufen zu wollen, ungesäumt erhebt; widrigenfalls ist ein Verzicht der Beklagten, ihrerseits die Ärztekommission zu beantragen, anzunehmen (7 Ob 56/02i; RIS-Justiz RS0116382).

Daran ist festzuhalten, weil schon der das Versicherungsverhältnis in besonderem Maß beherrschende Grundsatz von Treu und Glauben (RIS-Justiz RS0018055) den Versicherer zur raschen Klarstellung und Offenlegung seiner weiteren Vorgangsweise verpflichtet.

Nach dem hier zu beurteilenden Sachverhalt kündigte die Beklagte mit ihrem Schreiben vom 7. Mai 2008 bloß an, von ihrem Recht, die Entscheidung der Ärztekommission zu beantragen, Gebrauch zu machen („werden wir ... Gebrauch machen"). Das Forderungsschreiben des Klägers vom 9. Juni 2008, mit dem er die Berechnung der Dauerinvalidität durch die Beklagte unmissverständlich ablehnte, legte die Meinungsverschiedenheit der Streitteile über das Ausmaß seiner Invalidität offen. Dennoch (und im Widerspruch zu ihrer Ankündigung) stellte die Beklagte keinen Antrag auf Entscheidung durch die Ärztekommission, sondern befasste neuerlich einen der bereits für sie tätig gewordenen Sachverständigen mit dem vom Kläger vorgelegten Gutachten.

Sie behauptete auch im Prozess nicht, den Antrag auf Entscheidung durch die Ärztekommission (nunmehr doch) stellen zu wollen oder bereits gestellt zu haben. Vielmehr beschränkte sie sich auf den Einwand der mangelnden Fälligkeit, den sie auf den Inhalt des Schreibens vom 7. Mai 2008 stützte, der jedoch diesen Einwand als bloße Ankündigung nicht trägt.

Es ist daher von ihrem Verzicht, die Entscheidung der Ärztekommission zu beantragen, auszugehen. Da sie ihr Verlangen nach einem Verfahren vor der Ärztekommission keinesfalls ungesäumt bekannt gab, kommt es nicht darauf an, ob eine der Beklagten offenstehende Sechsmonatsfrist bei Schluss der Verhandlung schon oder noch nicht abgelaufen war.

Eine Auseinandersetzung mit den Argumenten der Revision gegen die Geltung des Art 15 AUVB 2003 erübrigt sich, weil auch auf der Grundlage dieser Bestimmung der von den Vorinstanzen herangezogene Abweisungsgrund der mangelnden Fälligkeit nicht gegeben ist; die betreffenden Rechtsfragen sind daher nicht präjudiziell.

Da der Einwand der mangelnden Fälligkeit entgegen der Ansicht der Vorinstanzen unberechtigt ist, ist eine inhaltliche Prüfung des nicht nur mangels Fälligkeit bestrittenen Klagebegehrens erforderlich, weshalb es der Aufhebung der Entscheidungen der Vorinstanzen und der Zurückverweisung an das Erstgericht bedarf.

Der Kostenvorbehalt gründet sich auf § 52 Abs 1 ZPO.

Schlagworte

9 Vertragsversicherungsrecht,

Textnummer

E94042

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:OGH0002:2010:0070OB00222.09M.0505.000

Im RIS seit

01.07.2010

Zuletzt aktualisiert am

13.01.2014

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

© 2025 JUSLINE

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

www.jusline.at