jusline®
»» Recht. Schnell

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

TE OGH 2018/1/24 7Ob139/17t

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 24.01.2018

Kopf

Der Oberste Gerichtshof hat als Revisionsgericht durch die Senatspräsidentin Dr. Kalivoda als Vorsitzende sowie die Hofrätinnen und Hofräte Dr. Höllwerth, Dr. E. Solé, Mag. Malesich und MMag. Matzka als weitere Richter in der Rechtssache der klagenden Partei M***** P*****, vertreten durch Dr. Paul Bauer und andere Rechtsanwälte in Innsbruck, gegen die beklagte Partei M***** Aktiengesellschaft, *****, vertreten durch Dr. Edwin A. Payr, Rechtsanwalt in Graz, wegen 14.414,40 EUR sA, über die Revision der klagenden Partei gegen das Urteil des Landesgerichts Innsbruck als Berufungsgericht vom 23. März 2017, GZ 4 R 2/17y-25, womit das Urteil des Bezirksgerichts Innsbruck vom 8. November 2016, GZ 12 C 1435/14z-21, abgeändert wurde, den

Beschluss

gefasst:

Spruch

Die Revision wird zurückgewiesen.

Die klagende Partei ist schuldig, der beklagten Partei die mit 1.017,90 EUR (darin 169,65 EUR USt) bestimmten Kosten der Revisionsbeantwortung binnen 14 Tagen zu ersetzen.

Text

Begründung:

Das Berufungsgericht sprach nachträglich aus, dass die ordentliche Revision an den Obersten Gerichtshof zuzulassen sei, weil ein anderer „federführender" Unfallversicherer dem hier beklagten Versicherer mitgeteilt habe, dass er ein medizinisches Gutachten zur Frage dauernder Invalidität einhole, und die Frage, welchen Einfluss dies auf eine allfällige Geltendmachung von Ansprüchen iSd Art 7.1 AUVB 2010 habe, „im Hinblick auf die übliche Kooperation zwischen Versicherungen" von den Einzelfall übersteigender Bedeutung sei.

Rechtliche Beurteilung

Entgegen dem – den Obersten Gerichtshof nicht bindenden (§ 508a Abs 1 ZPO) – Ausspruch des Berufungsgerichts ist die Revision mangels Vorliegens einer erheblichen Rechtsfrage unzulässig. Die Zurückweisung der Revision kann sich auf die Ausführung der Zurückweisungsgründe beschränken (§ 510 Abs 3 ZPO).

1. Nach Art 7.1 der vereinbarten Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung – AUVB 2010 ist „ein Anspruch auf Leistung für dauernde Invalidität […] innerhalb einer Frist von fünfzehn Monaten vom Unfalltag an geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit dauernden Invalidität hervorgeht, zu begründen".

2. Mit dieser Bestimmung vergleichbare Klauseln waren bereits Gegenstand zahlreicher oberstgerichtlicher

Entscheidungen (vgl 7 Ob 222/15w mwN). Zur 15-Monatsfrist wird in ständiger Rechtsprechung die Auffassung vertreten, dass es sich dabei um eine Ausschlussfrist handelt, bei deren – auch unverschuldeter (vgl RIS-Justiz RS0034591) – Versäumung der Entschädigungsanspruch des Unfallversicherten erlischt (RIS-JustizRS0082292). Die Zweckrichtung der Regelung liegt in der Herstellung von möglichst rascher Rechtssicherheit und Rechtsfrieden. Es soll der später in Anspruch genommene Versicherer vor Beweisschwierigkeiten infolge Zeitablaufs geschützt und eine alsbaldige Klärung der Ansprüche herbeigeführt werden. Die durch Setzung einer Ausschlussfrist vorgenommene Risikobegrenzung soll damit im Versicherungsrecht (in aller Regel) eine Ab- und Ausgrenzung schwer aufklärbarer und unübersehbarer (Spät-)Schäden bewirken (RIS-Justiz RS0082216 [T1]).

3. Die Geltendmachung der Invalidität setzt nach der Bedingungslage weder die Nennung eines Invaliditätsgrades noch eines bestimmten Anspruchs voraus; erforderlich ist die Behauptung, es sei Invalidität dem Grunde nach eingetreten. Bei der Geltendmachung der Invalidität handelt es sich um eine Willenserklärung, auf die die allgemeinen Grundsätze des ABGB (§§ 859 ff ABGB) anwendbar sind. Das heißt, sowohl für die Frage, ob überhaupt eine Willenserklärung vorliegt, als auch für die Bestimmung ihres Inhalts ist nicht der wahre Wille des Erklärenden, sondern aufgrund der Vertrauenstheorie der Empfängerhorizont maßgeblich. Die Erklärung gilt so, wie sie ein redlicher Empfänger verstehen durfte (vgl RIS-Justiz RS0014160; RS0113932).

4. Die bloße Mitteilung des Unfalls und der unmittelbaren Verletzungsfolge genügt grundsätzlich noch nicht für die Geltendmachung des Ersatzanspruchs für Dauerfolgen; die Schadensmeldung kann für sich allein noch nicht als Geltendmachung der Leistung für dauernde Invalidität gewertet werden (RIS-Justiz RS0082222 [T1]).

5. Vom Obersten Gerichtshof wurde mehrfach betont, dass auch ein Versicherungsverhältnis in besonderem Maße von Treu und Glauben beherrscht wird (RIS-Justiz RS0018055), welchen Grundsatz der Versicherungsnehmer ebenso gegen sich gelten lassen muss wie der Versicherer. Diese starke Betonung von Treu und Glauben soll der Tatsache Rechnung tragen, dass jeder der beiden Vertragspartner auf die Unterstützung durch den jeweils anderen angewiesen ist, weil er dem jeweils anderen in der einen oder anderen Weise unterlegen ist: Der Versicherungsnehmer verfügt zB allein über die Kenntnis wesentlicher Umstände für den Vertragsschluss und die Schadensabwicklung; der Versicherer ist dem Versicherungsnehmer überlegen durch die Beherrschung der Versicherungstechnik, seine Geschäftskunde, seine umfangreichen Erfahrungen und wegen der Sachverständigen, deren er sich bedienen kann. Treu und Glauben beeinflussen daher das Versicherungsverhältnis in vielfacher Weise und können nach herrschender Meinung ergänzende Leistungs- oder Verhaltenspflichten schaffen (7 Ob 161/15z mwN).

Eine gegen Treu und Glauben verstoßende Berufung auf den Ablauf einer Ausschlussfrist liegt nicht schon dann vor, wenn die Frist unverschuldet versäumt wurde. Erforderlich ist vielmehr ein solches Verhalten des Anspruchsgegners, durch das der Anspruchsberechtigte veranlasst wurde, seine Forderung nicht fristgerecht geltend zu machen (RIS-Justiz RS0016824). So judizierte der Oberste Gerichtshof auch schon zu Art 7.1 AUVB 2010 vergleichbaren Klauseln, dass ohne den Hinweis, dass der Versicherer in der erstatteten Schadensmeldung weder die Geltendmachung eines Anspruchs auf Leistung für dauernde Invalidität noch einen ärztlichen Befundbericht erblickt und die Geltendmachung des Anspruchs und die Vorlage eines Befundberichts innerhalb von 15 Monaten vom Unfalltag an zu erfolgen hat, die Berufung des Versicherers auf den Fristablauf gegen Treu und Glauben verstößt (RIS-Justiz RS0082222).

6. Im vorliegenden Fall erstattete der Kläger acht Tage nach seinem Unfall eine Schadensmeldung über einen Sturz, bei dem seine rechte Hand und sein rechter Arm verletzt worden seien. In der Meldung verwies er auf ein angeschlossenes Karteiblatt einer Universitätsklinik für Unfallchirurgie, in der auf Bruchverletzungen hingewiesen wurde.

Die Beklagte antwortete darauf, sie leiste die vereinbarte Pauschale aufgrund eines Knochenbruches. Sie wies überdies ausdrücklich darauf hin, dass Leistungsansprüche aus dem Titel der bleibenden Invalidität bedingungsgemäß mittels Vorlage eines ärztlichen Befundberichts innerhalb von 15 Monaten zu stellen seien, und in diesem Zusammenhang alle Ansprüche erlöschen würden, wenn diese Leistungsansprüche nicht innerhalb dieser ab Unfallstag gerechneten Frist bei ihr geltend gemacht würden. Nach Übersendung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen kam es zur Abrechnung des Taggeldes.

Mehr als zwölf Monate nach dem Unfall sprach der Kläger Dauerinvaliditätsleistungen bei einem anderen Unfallversicherer an, der ein ärztliches Gutachten zum Vorliegen von Dauerinvalidität beauftragte und von sich aus der Beklagten anbot, auch ihr dieses Gutachten nach Einlangen zu übermitteln. Die Beklagte lehnte dies unter Hinweis

darauf ab, dass der Kläger ihr gegenüber keinen Antrag hinsichtlich dauernder Invalidität gestellt habe.

Mehr als 16 Monate nach dem Unfall wurden namens des Klägers ausdrücklich Ansprüche aus Dauerinvalidität an die Beklagte gerichtet, welche die Beklagte unter Berufung auf die Ausschlussfrist verweigerte.

7. Es wurde weder vorgebracht noch festgestellt, dass zwischen den beteiligten Unfallversicherern und dem Kläger eine Führungsklausel in dem Sinne vereinbart worden wäre, dass Anzeigen gegenüber einem „führenden" auch gegenüber dem anderen Versicherer gelten, oder dass ein Versicherer auch namens des anderen zur Abwicklung des Versicherungsfalls dem Kläger gegenüber bevollmächtigt sein sollte. Weder behauptet noch festgestellt wurde auch, dass ein Mitarbeiter der „führenden" Versicherung vor Ablauf der Frist des Art 7.1 AUVB 2010 namens und auftrags des Klägers mit der Beklagten zur Abwicklung des Versicherungsfalls in Kontakt getreten wäre. Dass der Kläger gegen einen anderen Unfallversicherer einen auf einen anderen Unfallversicherungsvertrag gegründeten Anspruch wegen Dauerinvalidität geltend machte, lässt nicht den Schluss zu, dass damit ein solcher Anspruch aus dem Vertrag mit der Beklagten erhoben wurde oder werden soll. Die vom Berufungsgericht zur Begründung der Zulassung herangezogene Frage stellt sich daher nicht.

8. Im Übrigen hält sich die Beurteilung des Berufungsgerichts im Rahmen der Judikatur, dass nämlich die Beklagte mit ihrer Antwort auf die Schadensmeldung klar zum Ausdruck gebracht habe, dass ihrer Meinung nach bis dahin keine Ansprüche aus Dauerinvalidität geltend gemacht worden seien, und dass aus einer bloßen Mitteilung des Unfalls und der unmittelbaren Verletzungsfolge eine ärztlich begründete Wahrscheinlichkeit dauernder Invalidität nicht ableitbar sei. Die Beurteilung des Berufungsgerichts, dass aus der Regulierung der vom Kläger in der Folge – mit den innerhalb der Frist übermittelten Unterlagen – geltend gemachten anderen Ansprüche nicht geschlossen werden könne, die Beklagte habe den Kläger über die Frage der Geltendmachung von Ansprüchen aus der Unfallversicherung gegen Treu und Glauben im Unklaren gelassen, ist im Hinblick auf die deutliche Aufklärung durch ihr Schreiben nicht zu beanstanden.

9 . Die Beklagte hat auf die Unzulässigkeit der Revision hingewiesen. Sie hat daher die Kosten der Revisionsbeantwortung ersetzt zu erhalten (§§ 50, 41 ZPO).

Textnummer

E120772

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:OGH0002:2018:0070OB00139.17T.0124.000

Im RIS seit

05.03.2018

Zuletzt aktualisiert am

18.12.2018

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