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 7Ob169/17d

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 24.01.2018

Kopf

Der Oberste Gerichtshof hat als Revisionsgericht durch die Senatspräsidentin Dr. Kalivoda als Vorsitzende und die Hofrätinnen und Hofräte Dr. Höllwerth, Dr. E. Solé, Mag. Malesich und MMag. Matzka als weitere Richter in der Rechtssache der klagenden Partei P***** S*****, vertreten durch Dr. Gernot Amoser, Rechtsanwalt in Innsbruck, gegen die beklagte Partei A***** Limited - *****, vertreten durch Musey Rechtsanwalt GmbH in Salzburg, wegen 10.500 EUR sA, über die Revision der klagenden Partei gegen das Urteil des Landesgerichts Innsbruck als Berufungsgericht vom 16. Mai 2017, GZ 1 R 384/16a-11, womit das Urteil des Bezirksgerichts Innsbruck vom 25. Oktober 2016, GZ 30 C 289/16f-7, bestätigt wurde, zu Recht erkannt:

Spruch

Der Revision wird nicht Folge gegeben.

Die klagende Partei ist schuldig, der beklagten Partei die mit 860,58 EUR (darin enthalten 143,43 EUR USt) bestimmten Kosten der Revisionsbeantwortung binnen 14 Tagen zu ersetzen.

Text

Entscheidungsgründe:

Der Kläger hat am 16. 8. 2012 bei der Beklagten einen privaten Unfallversicherungsvertrag abgeschlossen, dem die AUVB (A***** Mastercover Einzel-/Familien-Unfallversicherungsbedingungen 2010) zu Grunde gelegt wurden. Diese enthalten folgende Bestimmung:

„7. Dauernde Invalidität.

7.1. Voraussetzung für die Leistung:

7.1.1. Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als 3 Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann. Die Invalidität ist innerhalb 1 Jahres nach dem Unfall eingetreten. Sie ist unter Vorlage eines schriftlichen ärztlichen Befundberichtes, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit dauernden Invalidität hervorgeht, innerhalb 1 Jahres nach dem Unfall bei uns geltend zu machen."

Bei einem Unfall am 14. 2. 2014 erlitt der Kläger eine Verletzung am linken Sprunggelenk, aus der unstrittig eine Dauerinvalidität verblieb. Der Kläger hatte noch weitere Unfallversicherungen – insbesondere bei der A***** AG – abgeschlossen, welcher er den Unfall auch (im Wege des dafür zuständigen Versicherungsvertreters) meldete; eine direkte Unfallmeldung an die Beklagte erfolgte erst am 18. 3. 2015.

Die Beklagte teilte mit Schreiben vom 26. 6. 2015 mit, dass der Anspruch erloschen sei, weil er nicht innerhalb der 1-Jahresfrist des Art 7.11. AUVB 2010 geltend gemacht worden sei.

Der Kläger begehrt 10.500 EUR und brachte
– soweit für das Revisionsverfahren noch von Relevanz – vor, die Ablehnung der Haftungsübernahme wegen seiner verspäteten Meldung sei zu Unrecht erfolgt, weil das Versäumen der 1-Jahresfrist lediglich eine Obliegenheitsverletzung (iSd Pkt 25 Abs 2 der AUVB) sei. Überdies sei die Bestimmung sittenwidrig und daher nichtig, weil die Beklagte die ansonsten übliche 15-monatige Frist (für Vorlage von Befundbericht und Meldung) bei der Geltendmachung einer Dauerinvalidität auf 1 Jahr verkürzt und zudem mit der Frist für den Eintritt der Invalidität gleichgesetzt habe, was auch unklar, grob benachteiligend und versteckt formuliert sei.

Die Beklagte wandte ein, der Kläger habe seine Ansprüche weder mit ärztlichem Attest begründet noch innerhalb der vertraglichen Jahresfrist geltend gemacht, was zum Anspruchsverlust führe, ohne dass es auf ein Verschulden des Versicherungsnehmers (etwa, weil dieser angenommen habe, andere Versicherungen würden den Unfall weitermelden) ankäme. Die von der Rechtsprechung bereits für rechtmäßig erachtete Frist von 15 Monaten für die Geltendmachung der Invalidität sei keineswegs zwingend und ein Abweichen davon nicht gröblich benachteiligend.

Das Erstgericht wies das Klagebegehren ab. Die Vereinbarung einer (1-jährigen) Geltendmachungsfrist auf Basis der Versicherungsbedingungen sei weder gesetzwidrig noch gröblich benachteiligend iSd § 879 Abs 3 ABGB. Die Frist sei zudem eindeutig eine Ausschlussfrist, wobei die Verkürzung der in anderen AUVB enthaltenen 15-Monatsfrist weder bedeutend noch objektiv ungewöhnlich sei, zumal von einem Versicherungsnehmer zu erwarten sei, dass er die klar formulierten Versicherungsbedingungen durchlese. Die Beklagte sei daher für den Versicherungsfall nicht leistungspflichtig.

Das Berufungsgericht bestätigte diese Entscheidung. Die Einhaltung der Ausschlussfrist stelle keine bloße Verhaltensanforderung an den Versicherten zur Fallklärung dar, sondern diene der raschen Herstellung von Rechtssicherheit und -frieden. Die vom Versicherer in seinen Bedingungen – wie hier – festgelegte Klausel, der Anspruch auf Leistung wegen dauernder Invalidität sei unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichts binnen einer gewissen Frist nach dem Unfalldatum geltend zu machen, sei daher eine Ausschlussfrist. Für den Berufungswerber (als Konsumenten) sei das Bestehen einer solchen Frist – eben wegen der ständigen Versicherungspraxis – nicht objektiv ungewöhnlich gewesen, er habe vernünftigerweise damit rechnen müssen; eine Erhöhung oder Verringerung der ihm für die Geltendmachung seiner Dauerinvalidität zur Verfügung stehenden Zeit gegenüber anderen Versicherungsbedingungen sei (noch) kein ungewöhnlicher Inhalt. Auch im Zusammenfallen dieser 12-monatigen Ausschlussfrist mit der Frist für den Eintritt der Dauerinvalidität sei keine gröbliche Benachteiligung oder Sittenwidrigkeit zu sehen.

Das Berufungsgericht ließ die Revision nachträglich zur Frage zu, inwieweit der 15-monatigen Dauer der „Meldefrist" ausschlaggebende Bedeutung für die Qualifikation als Ausschlussfrist zukomme.

Dagegen wendet sich die Revision des Klägers mit einem Abänderungsantrag, hilfsweise wird ein Aufhebungsantrag gestellt. In der Judikatur werde die Frist zur Geltendmachung des Antrags ausdrücklich als „15-Monate-Frist" bezeichnet. Hier dagegen sei versteckt und einseitig von diesem System abgegangen worden, indem sie auf ein Jahr verkürzt und mit der Eintrittsfrist für die Invalidität gleichgesetzt worden sei, sodass die Judikatur zur 15-Monate-Frist nicht mehr angewandt werden könne. Mit dieser Vorgangsweise sei faktisch die Leistungsfrist des Versicherers zu Lasten des Versicherungsnehmers verkürzt worden. Die Verpflichtung zur fristgerechten Meldung sei überdies intransparent und unverständlich, weil sie „grammatikalisch derart passiv formuliert" sei, ,,dass eine explizite Verpflichtung des Versicherungsnehmers daraus gar nicht eindeutig erkennbar" sei.

Die Beklagte strebt in ihrer Revisionsbeantwortung die Zurückweisung der Revision an und beantragt hilfsweise, ihr nicht Folge zu geben.

Rechtliche Beurteilung

Die Revision ist zur Klarstellung der Rechtslage zulässig; sie ist aber nicht berechtigt.

1. Nach der der Inhaltskontrolle gemäß § 879 ABGB vorgehenden Geltungskontrolle gemäß § 864a ABGB (RIS-Justiz RS0037089) ist nur eine Klausel objektiv ungewöhnlich, die von den Erwartungen des Vertragspartners deutlich abweicht, mit der er also nach den Umständen vernünftigerweise nicht zu rechnen braucht; der Klausel muss somit

ein Überrumpelungseffekt oder Übertölpelungseffekt innewohnen (RIS-Justiz RS0014646). Die Ungewöhnlichkeit eines Inhalts ist nach dem Gesetzestext objektiv zu verstehen. Die Subsumtion hat sich an der Verkehrsüblichkeit beim betreffenden Geschäftstyp zu orientieren (RIS-Justiz RS0014627).

Gemäß § 879 Abs 3 ABGB ist eine in Allgemeinen Geschäftsbedingungen oder Vertragsformblättern enthaltene Vertragsbestimmung, die nicht eine der beiderseitigen Hauptleistungen festlegt, nichtig, wenn sie unter Berücksichtigung aller Umstände des Falls einen Teil gröblich benachteiligt. Das dadurch geschaffene bewegliche System berücksichtigt einerseits die objektive Äquivalenzstörung und andererseits die „verdünnte Willensfreiheit" (RIS-Justiz RS0016914) . § 879 Abs 3 ABGB will vor allem den Missbrauch der Privatautonomie durch Aufdrängen benachteiligender vertraglicher Nebenbestimmungen seitens eines typischerweise überlegenen Vertragspartners, vor allem bei Verwendung von Allgemeinen Geschäftsbedingungen, bekämpfen (RIS-Justiz RS0016914 [T50]). Eine gröbliche Benachteiligung ist jedenfalls stets dann anzunehmen, wenn die dem Vertragspartner zugedachte Rechtsposition in auffallendem Missverhältnis zur vergleichbaren Rechtsposition des anderen steht (RIS-Justiz RS0016914 [T4, T32]).

2. Maßstab für das Transparenzgebot des § 6 Abs 3 KSchG ist das Verständnis des für die jeweilige Vertragsart typischen Durchschnittskunden. Es soll verhindert werden, dass der Verbraucher durch ein unzutreffendes oder auch nur unklares Bild seiner vertraglichen Position von der Durchsetzung seiner Rechte abgehalten wird (RIS-Justiz RS0037107 [T6], RS0115219).

3. Der erkennende Senat hat bereits wiederholt ausgesprochen, dass jedem Versicherungsnehmer das Wissen zugemutet werden muss, dass einem (Unfall-)Versicherungsvertrag gewisse Begrenzungsnormen zugrunde liegen. Der durchschnittliche Versicherungsnehmer hat daher grundsätzlich mit Risikoausschlüssen und -einschränkungen zu rechnen (7 Ob 63/07a; 7 Ob 86/17y; vgl RIS-Justiz RS0016777). Sie sind insoweit grundsätzlich weder ungewöhnlich noch iSd § 879 Abs 3 ABGB gröblich benachteiligend (7 Ob 22/10a).

4. Bei der Geltendmachung der Invalidität entspricht es allgemein gängiger und langjähriger Versicherungspraxis in Österreich und Deutschland, dass drei Fristen, die in den verschiedenen Bedingungen vom Regelungszweck her gleich konstruiert sind, von Bedeutung sind (7 Ob 63/07a). So hatte der Oberste Gerichtshof in der Regel Fälle österreichischer Versicherungsbedingungen zu beurteilen, nach denen innerhalb eines Jahres nach dem Unfall dauernde Invalidität eintreten und binnen 15 Monaten unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichts geltend gemacht werden musste (vgl 7 Ob 222/15w, 7 Ob 161/15z; 7 Ob 102/15y; 7 Ob 225/14k; RIS-Justiz RS0082292), während die dritte Frist von 4 Jahren die Neubemessung betraf (7 Ob 47/16m; 7 Ob 195/14y; 7 Ob 153/12v). Alle diese Fristen sind Ausschlussfristen (7 Ob 63/07a; RIS-Justiz RS0109447 [Eintritt der Invalidität]; RS0082292, RS0082222 [Geltendmachung]; RS0122119 [Neubemessung]), mit dem Zweck, zweifelhafte Spätschäden vom Versicherungsschutz auszunehmen, möglichst rasch Rechtssicherheit zu schaffen und eine alsbaldige Klärung der Ansprüche herbeizuführen (7 Ob 63/07a; 7 Ob 222/15w ua; vgl RIS-Justiz RS0082216).

5. Dass der Oberste Gerichtshof auf die zweite dieser Fristen auch unter der Bezeichnung „15-Monate-Frist" Bezug nahm (7 Ob 222/15w, 7 Ob 161/15z; 7 Ob 225/14k; RIS-Justiz RS0106013), liegt daran, dass nach den dort jeweils relevanten Versicherungsbedingungen die Frist diese Länge hatte. Daraus kann aber nicht der Schluss gezogen werden, dass nur eine Frist in dieser Länge für die Geltendmachung der Invalidität zulässig wäre.

Sowohl die derzeit vom Versicherungsverband Österreich veröffentlichten unverbindlichen Mustervertragsbedingungen – Unfallversicherung (www.vvo.at) als auch die in Fenyves/Koban Österreichisches Versicherungsrecht5, 481 [483] enthaltenen AUVB 2008 in der Version 01/2013 sehen jeweils in ihrem Art 7.1. keine 15-Monatsfrist für die Geltendmachung der (binnen eines Jahrs) eingetretenen Invalidität vor. Dies war auch bereits vor dem Versicherungsabschluss des Klägers der Fall (vgl Fenyves/Koban Österreichisches Versicherungsrecht4, 647 [650] zu den AUVB 2008).

6. In Deutschland war in den Versicherungsbedingungen eine mit Pkt 4 vergleichbare Fristengestaltung (1 Jahr für den Eintritt der Invalidität und weitere 3 Monate für deren Geltendmachung) vorgesehen (vgl zB Grimm Unfallversicherung5 [2013] Art 8 AUB 61 sowie § 7 AUB 88; Prölss/Martin Versicherungsvertragsgesetz2 7 [2004] § 7 AUB 94). Nunmehr ist in Pkt 2.1.1.2 AUB 2014 für den Eintritt und die Feststellung der Invalidität jeweils eine Frist von 15 Monaten vorgesehen, wodurch nach Dörner in Langheid/Wandt Münchener Kommentar zum VVG² [2017] Rn 214 mehr Flexibilität des Versicherungsnehmers gewonnen werde. Der BGH hatte zu IV ZR 273/03 einen Fall zu beurteilen,

in dem Eintrittsfrist und Geltendmachungsfrist gleich lange 15 Monate betrugen. Er hielt die Fristengleichheit für unbedenklich und meinte, dass dem Versicherungsnehmer zugesonnen werden könne, diese Anspruchsvoraussetzungen zu verstehen.

7. Die hier zu beurteilende Bestimmung des Art 7.1.1. AUVB 2010 ist klar und eindeutig und lässt beim durchschnittlichen Versicherungsnehmer keinen Zweifel über ihren Inhalt aufkommen. Voraussetzung für die Leistung ist unter anderem, dass die Invalidität innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten ist und unter Vorlage eines Befundberichts, aus dem sich Art und Umfang der Gesundheitsschädigung sowie die Möglichkeit einer auf Lebenszeit dauernden Invalidität ergeben, ebenfalls innerhalb eines Jahrs geltend gemacht werden muss.

8. Da mit den Fristen klar erkennbar der gleiche bereits oben in Pkt 5. dargestellte Zweck verfolgt wird, ändert die Verkürzung einer Frist nichts an ihrem Charakter als Ausschlussfrist und auch nicht daran, dass der Versicherungsnehmer mit einer derartigen Frist rechnen muss.

9. Im Gegensatz zur Rechtsmeinung des Klägers liegt darin keine Verkürzung der Schadeneintrittsfrist von ebenfalls einem Jahr, ist doch hier nicht – wie von ihm vermutet – die Judikatur zur Frist für den Antrag auf Neubemessung anwendbar.

Nach der Bedingungslage, die der Judikatur zur 4-Jahresfrist, also jener für die Neubemessung, zugrundeliegt, muss der Invaliditätsgrad innerhalb der Frist ärztlich neu bemessen werden. Dies wird so ausgelegt, dass ein von der Erstbemessung abweichender Invaliditätsgrad nicht nur eingetreten, sondern der Antrag so rechtzeitig gestellt werden muss, dass der Invaliditätsgrad innerhalb der gleichen Frist zumindest nach dem gewöhnlichen Verlauf der Dinge auch durch ärztliche Untersuchung abgeklärt werden kann (vgl 7 Ob 195/14y; 7 Ob 47/16m).

Dagegen ist auch nach Art 7.1.1. AUVB 2010 für die Geltendmachung der Invalidität weder die Nennung des Invaliditätsgrads noch eines bestimmten Anspruchs vorausgesetzt, sondern nur die Behauptung, sie sei dem Grunde nach eingetreten (7 Ob 222/15w; 7 Ob 161/15z). Es werden auch keine besonderen Anforderungen an den Nachweis der Invalidität gestellt. Es genügt vielmehr ein ärztlicher Befundbericht, der dem Versicherer die ärztlich begründete Wahrscheinlichkeit einer dauernden Invalidität mitteilt (RIS-Justiz RS0106013).

Im Gegensatz zur Frist für die Neubemessung des Invaliditätsgrads bedarf es daher keines Gutachtens und keiner Überprüfung innerhalb der Frist. Es genügt die bloße ärztliche Prognose für das Ende des Jahres, die ohne besonderen Aufwand innerhalb der einjährigen Frist erlangt und bis zum letzten Tag eingereicht werden kann. Damit wird die Frist für den Eintritt der Invalidität nicht verkürzt. Die Gleichschaltung der Fristen führt daher insoweit zu keiner Benachteiligung des Versicherungsnehmers.

10. Im Gegensatz zu den deutschen Bedingungen werden allerdings die gleichlangen Fristen nicht zugunsten des Versicherungsnehmers beide mit 15 Monaten festgesetzt, sondern beide mit einem Jahr.

Es gibt – wie dargelegt – in Österreich nicht zwingend eine bestimmte Frist für die Geltendmachung eines Anspruchs aus dauernder Invalidität, weshalb nicht jedes Abgehen von der zwar bisher durchaus weit verbreiteten 15-Monatsfrist überraschend oder sittenwidrig ist. Vielmehr herrscht Vertragsfreiheit, soweit nicht eine Vertragsgestaltung gewählt wird, die den berechtigten Deckungserwartungen des durchschnittlichen Versicherungsnehmers hinsichtlich Verträgen (Vertragsvarianten) aus einer konkreten Versicherungssparte zuwiderläuft.

Bei einer Verkürzung der Geltendmachungsfrist für die Invalidität, wie hier, kann dies noch nicht erkannt werden:

Der durchschnittliche Versicherungsnehmer muss mit Befristungen rechnen und sich daher ohnehin durch Einsicht in die Bedingungen über die konkreten Anspruchsvoraussetzungen und Ausschlussfristen informieren. Die Frist ist auch nicht, weil sie mit der einjährigen Frist für den Eintritt der Invalidität zusammenfällt, bereits so verkürzt, dass sie den allgemein von einem durchschnittlichen Versicherungsnehmer erwarteten Zweck einer Unfallversicherung aushöhlen würde.

Die vorliegende Klausel verstößt weder gegen §§ 864a noch 879 Abs 3 ABGB, was bereits die Vorinstanzen zutreffend erkannt haben.

11. Die Kostenentscheidung beruht auf § 41 Abs 1, § 50 Abs 1 ZPO.

Textnummer

E120759

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:OGH0002:2018:0070OB00169.17D.0124.000

Im RIS seit

05.03.2018

Zuletzt aktualisiert am

24.02.2020

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