



RSS



Rechtsservice- und Schlichtungsstelle
des Fachverbandes der Versicherungsmakler und
Berater in Versicherungsangelegenheiten

Johannesgasse 2, Stiege 1, 2. Stock, Tür 28
1010 Wien
Tel: 01- 955 12 00 – 42 (Fax DW 70)
schlichtungsstelle@ivo.or.at

RSS-0001-16-12

= RSS-E 14/16

Die Schlichtungskommission des Fachverbandes der Versicherungsmakler und Berater in Versicherungsangelegenheiten Österreichs hat durch seinen Vorsitzenden Hofrat Dr. Gerhard Hellwagner unter Beiziehung der beratenden Mitglieder Oliver Fichta, Helmut Mojescick und Dr. Hans Peer sowie unter Anwesenheit des Schriftführers Mag. Christian Wetzberger in seiner nichtöffentlichen Sitzung vom 7. April 2016 in der Schlichtungssache [REDACTED] [REDACTED] vertreten durch [REDACTED] [REDACTED], gegen [REDACTED] [REDACTED], beschlossen:

Der antragsgegnerischen Versicherung wird die Zahlung von € 5.596,-- aus der Unfallversicherung zur Polizzennr. [REDACTED] [REDACTED] empfohlen.

Begründung:

Der Antragsteller hat bei der antragsgegnerischen Versicherung eine Unfallversicherung zur Polizzennr. [REDACTED] mit einer Versicherungssumme von € 145.346,-- abgeschlossen. Vereinbart sind die AUVB 1988, welche auszugsweise lauten:

„Artikel 7

Dauernde Invalidität

(...)

6. Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl der Versicherte als auch der Versicherer berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen, und zwar ab

zwei Jahren nach dem Unfalltag auch durch die Ärztekommision. (...) "

Der Antragsteller stürzte im Zuge einer Jagd am 20.7.2011 und verletzte sich dabei am linken Knie. In der Folge wurde in einem Gutachten des Sachverständigen [REDACTED] [REDACTED] eine vorläufige Invalidität von 3/20 des vollen Beinwertes (70%) festgestellt, wovon eine Mitwirkung von 30% abzuziehen sei.

Daraufhin wurde mit Schreiben vom 3.6.2013 von der Antragsgegnerin eine Akontozahlung von € 5.087,11 angeboten, welche vom Antragsteller angenommen wurde.

Mit Schreiben vom 3.6.2015 teilte die Antragsgegnerin den Antragsteller wie folgt mit:

„ (...) um uns über die Höhe der unfallbedingten Dauerfolgen unter Berücksichtigung der Bestimmungen der Allgemeinen [REDACTED] Unfallversicherungsbedingungen zu informieren, haben wir jetzt eine Nachbegutachtung durch [REDACTED] in Salzburg veranlasst.

Der Gutachter wird den Zeitpunkt der Untersuchung mitteilen. Nach Erhalt und Auswertung des Gutachtens kommen wir auf den Vorgang zurück.

Die Erstellung eines Gutachtens nimmt häufig längere Zeit in Anspruch. Es kann deshalb zweckmäßig sein und den Vorgang beschleunigen, wenn der Versicherte einige Zeit nach dem Untersuchungstag beim Gutachter nachfragt, ob und ggf. wann das Gutachten an uns versandt wurde. Auch wir werden selbstverständlich nach längerem Zuwarten den Gutachter an die Erledigung erinnern. (...) "

Der Antragsteller hat daraufhin die Antragsgegnerin um Abrechnung des Schadenfalles ohne Nachuntersuchung ersucht sowie nach Aufforderung durch [REDACTED] einen Untersuchungstermin mit ihm für den 10.8.2015 vereinbart, ein früherer Termin sei von Seiten [REDACTED] nicht möglich gewesen, zumal auch noch eine von [REDACTED] angeordnete Röntgenuntersuchung des betroffenen Knies durchgeführt werden musste.

Im Gutachten vom 22.8.2015 hielt [REDACTED] Folgendes fest:

„ (...) Da konkrete Verletzungsfolgen, im Zusammenhang mit dem beklagten Ereignis, medizinisch nicht nachweisbar sind (...) wird diese Invalidität in der Höhe von 5% vom Beinwert zur Gänze nicht im unfallkausalen Zusammenhang mit dem beklagten Ereignis eingeschätzt sondern im Rahmen der Mitwirkung früherer Erkrankungen und Gebrechen.

Eine bleibende Invalidität im Sinne der privaten Unfallversicherung, im Kausalzusammenhang mit dem beklagten Ereignis, ist aufgrund der vorhandenen Behandlungsunterlagen und der klinischen Untersuchung nicht mit der notwendigen hohen Wahrscheinlichkeit medizinisch unfallchirurgisch nachweisbar.“

Die Antragsgegnerin teilte mit Schreiben vom 23.9.2015 Folgendes mit:

„ (...) Zusammenfassend ist festzustellen, dass der Unfall vom 20.07.2011 nicht zu einer dauernden Invalidität gemäß Artikel 7 Ziffer 2.1 bis 2.6 der dem Vertrag zugrunde liegenden Unfallversicherungsbedingungen AUVB 1988 geführt hat. Eine Invaliditätsleistung kann daher nicht erbracht werden. Entgegenkommenderweise erklären wir uns aber bereit auf die Rückforderung der bereits geleisteten Akontierung in der Höhe von EUR 5.087,11 am 10.06.2013 zu verzichten. (...)“

Dagegen richtete sich der Schlichtungsantrag des Antragstellers vom 7.1.2016. Die Antragsgegnerin sei zur Abrechnung der Invalidität laut dem Gutachten des [REDACTED] verpflichtet, das Gutachten des [REDACTED] sei vom Versicherer auch unter Berücksichtigung der Entscheidung des OGH vom 26.11.2014, 7 Ob 195/14y, verspätet verlangt worden.

Die Antragsgegnerin nahm dazu mit Schreiben vom 11.3.2016 wie folgt Stellung:

„(...)Dieses Urteil ist auf den vorliegenden Fall nicht anzuwenden, da die Gutachtenbeauftragung rechtzeitig vor Ablauf der 4-Jahresfrist erfolgte und nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge eine ärztliche Untersuchung vor Ablauf der Frist möglich gewesen wäre. Demnach ist und war das Gutachten von [REDACTED] zu berücksichtigen.“

In einer ergänzenden Stellungnahme vom 16.3.2016 teilte die Antragsgegnerin Folgendes mit:

„(...)zunächst möchten wir klarstellen, dass wir keinen Vorwurf geäußert haben, dass Herr [REDACTED] den Untersuchungstermin verzögert habe. (...) Zusammenfassend halten wir fest, dass bei einem sechs-wöchigen Vorlauf nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge eine ärztliche Begutachtung zu erwarten ist, weshalb das Gutachten zu verwerten ist. (...)“

In rechtlicher Hinsicht folgt:

Der Versicherungsvertrag ist ein Konsensualvertrag, der formfrei geschlossen werden kann. (vgl E des OGH vom 21.4.2004, 7 Ob 315/03d; RS0117649; RSS-0019-12=RSS-E 1/13).

Wie alle Geschäftsbedingungen werden auch die Allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Umfang Vertragsbestandteil, in dem sie vereinbart sind (vgl RS0117649, RSS-E 1/13 ua.). Diese

sind im gegenständlichen Schlichtungsfall nach dem der Empfehlung zugrunde zu legenden Sachverhalt die AUVB 1988.

Allgemeine Versicherungsbedingungen sind nach Vertragsauslegungsgrundsätzen auszulegen. Die Auslegung hat sich daher im Maßstab des durchschnittlich verständigen Versicherungsnehmers zu orientieren. Es ist der einem objektiven Betrachter erkennbare Zweck einer Bestimmung zu berücksichtigen (vgl. RS0008901; so auch RSS-0048-15-9=RSS-E 38/15). Klauseln sind, wenn sie nicht auch Gegenstand und Ergebnis von Vertragsverhandlungen waren, objektiv unter Beschränkung auf den Wortlaut auszulegen, wobei Unklarheiten zu Lasten des Versicherers gehen.

Art 7.6. AUVB 1988 legt fest, dass in dem Fall, in dem der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig feststeht, sowohl der Versicherte als auch der Versicherer berechtigt sind, den Invaliditätsgrad bis vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen. Wie der Oberste Gerichtshof zu einem vergleichbaren Fall ausgesprochen hat (vgl. 7 Ob 195/14y), stellt sie Formulierung „ärztlich neu bemessen zu lassen“ auf die tatsächliche Durchführung und nicht auf das darauf gerichtete Begehren ab.

Der Zweck der Regelung liegt in der möglichst raschen Herstellung von Rechtssicherheit und Rechtsfrieden. Beide Parteien sollen innerhalb eines überblickbaren Zeitraums Klarheit über den Grad der Invalidität erlangen können, um letztlich Beweisschwierigkeiten zu vermeiden und eine alsbaldige Klärung der Ansprüche herbeizuführen. Die durch Setzung der Ausschlussfrist vorgenommene Risikobegrenzung soll also im Versicherungsrecht eine Ab- und Ausgrenzung schwer aufklärbarer und unübersehbarer (Spät-)Schäden herbeiführen. Maßgeblich ist der Invaliditätsgrad bis maximal zum Ablauf der (Vierjahres-)Frist.

Wendet man diese Kriterien auf den der Empfehlung zugrunde liegenden Sachverhalt an, dann hat die Antragsgegnerin zwar innerhalb der vereinbarten 4-Jahres-Frist den Antrag auf Neubemessung der Invalidität gestellt, es steht jedoch unstrittig fest, dass die Untersuchung nach Ablauf der Frist erfolgte. Es ist zwar richtig, dass der Antragsteller noch innerhalb der Frist versucht hat, eine vergleichsweise Regelung herbeizuführen, doch wendet die Antragsgegnerin nicht ein, dass der Antragsteller die Untersuchung verzögert habe.

Die Antragsgegnerin hat zwar innerhalb offener Frist den Antrag auf Neubemessung gestellt, der Umstand, dass der mit der Untersuchung beauftragte Arzt infolge Urlaubs die Untersuchung erst nach Ablauf der Frist vorgenommen hat, ist der Antragsgegnerin, die den Arzt beauftragt hat, zuzurechnen. Die Frage des „gewöhnlichen Laufes der Dinge“ ist daher dahingehend zu verstehen, dass die Unfallversicherung dafür zu sorgen hat, dass die Begutachtung der verbleibenden Unfallfolgen samt der darauf gestützten Invaliditätsfeststellungen noch innerhalb der Frist möglich ist.

Da die Neubemessung von der Antragsgegnerin somit nicht aus vom Antragsteller zu vertretenden Gründen innerhalb von 4 Jahren erfolgt ist, muss es daher bei der bisherigen Bemessung des Invaliditätsgrades verbleiben und ist auf das verspätet erstellte Gutachten nicht mehr Bedacht zu nehmen (vgl 7 Ob 195/14y).

Es war daher spruchgemäß zu entscheiden.

Für die Schlichtungskommission:

Dr. Hellwagner eh.

Wien, am 7. April 2016