



**Rechtsservice- und Schlichtungsstelle des Fachverbandes
der Versicherungsmakler**

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

RSS-0022-15-9

=RSS-E 22/15

Die Schlichtungskommission des Fachverbandes der Versicherungsmakler und Berater in Versicherungsangelegenheiten Österreichs hat durch seinen Vorsitzenden Hofrat Dr. Gerhard Hellwagner und die Beisitzer KR Mag. Kurt Stättner, Mag. Thomas Hajek und Dr. Roland Weinrauch LL.M. unter Anwesenheit des Schriftführers Mag. Christian Wetzelberger in seiner nichtöffentlichen Sitzung vom 30. Juni 2015 in der Schlichtungssache [REDACTED] [REDACTED] vertreten durch [REDACTED] [REDACTED] (Fachgruppe [REDACTED]), gegen [REDACTED] [REDACTED] beschlossen:

Der Antrag, der antragsgegnerischen Versicherung die Zahlung einer Invaliditätsabgeltung iHv € 3.650 aus der Unfallversicherung zur Polizzenummer [REDACTED] zu empfehlen, wird abgewiesen.

Begründung:

Die Antragstellerin hat bei der antragsgegnerischen Versicherung eine Unfallversicherung zur Polizzenummer [REDACTED] abgeschlossen. Vereinbart sind die AUVB 2008, deren Art 7 auszugsweise lautet:

„Artikel 7 - Dauernde Invalidität

1. Wann ergibt sich ein Anspruch auf Leistung für Dauernde Invalidität?

Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet, dass als Folge des Unfalles eine dauernde Invalidität

(Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit auf Lebenszeit) zurückbleibt, wird - unbeschadet der Bestimmungen des Artikel 7, Punkt 5 - aus der hierfür versicherten Summe der dem Grade der Invalidität entsprechende Betrag bezahlt.

Ein Anspruch auf Leistung für dauernde Invalidität ist innerhalb von 15 Monaten vom Unfalltag an schriftlich 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. (...)

Die Antragstellerin stürzte am 13.11.2012 bei einer Wanderung. Sie meldete den Unfall mit Schreiben vom 21.12.2012 wie folgt:

„Am 13.11.2012 Sturz (ausgerutscht) bei Wanderung vom [REDACTED] Uhrzeit 16.30

Laut MRT vom 19.12.2012

Fraktur der distalen Fibula

Partialruptur des Ligamentum talofibulare und calcaneofibulare“

Folgende ärztliche Unterlagen befinden sich im Akt:

1. [REDACTED], Facharzt für Radiologie, vom 19.12.2012:
*„Ergebnis: Nicht dislozierte Fraktur der distalen Fibula mit intensivem Knochenmarksödem und paraossalem Weichteilödem.
Geringes Knochenmarksödem in der distalen Tibia, im Talus und geringer ausgeprägt auch in sämtlichen übrigen Tarsalia - DD: postkontusionell/Überlastungsreaktion
Erosive Tarsometatarsalarthrose und Chondromalazie vor allem II und III.
Partialruptur des Ligamentum talofibulare anterius und calcaneofibulare.
Gelenkserguss sowie Synovitis im OSG.“*
2. Ambulanzkarte des [REDACTED] vom 13.11.2012:

„Diagnose Distorsio artic. Talocruralis sin.“

3. Honorarabrechnungen [REDACTED], Facharzt für Unfallchirurgie und Chirurgie:

- a. vom 29.11.2012: Diagnose „Distorsio artic. tc. sin.“
- b. vom 20.12.2012: Diagnose „KMÖ dist. Fibula und Tibia links; Fract. Fibulae dist. sin non rec.
- c. vom 3.1.2013, 10.1.2013, 21.1.2013: Diagnose „Fissura mall lat. sin invet.“

Mit Schreiben vom 3.1.2013 rechnete die Antragsgegnerin die (hier unstrittige) Leistung unter dem Titel „Knochenbruch“ mit € 500,-- ab.

Mit Schreiben vom 12.3.2013 erfolgte die Abrechnung der Heilkosten iHv € 313,09 (ebenfalls unstrittig).

In beiden Schreiben befindet sich folgender Hinweis:

„Leistungsansprüche aus dem Titel bleibende Invalidität sind bedingungsgemäß mittels Vorlage eines ärztlichen Befundberichts fristgerecht innerhalb von 15 Monaten zu stellen. Wir weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass alle Ansprüche erlöschen, wenn diese Leistungsansprüche nicht innerhalb von 15 Monaten - gerechnet ab dem Unfalltag - bei der Merkur Versicherung AG geltend gemacht werden.“

Weitere Korrespondenz bis zum 7.11.2014 ist nicht aktenkundig.

Am 7.11.2014 wandte sich der Antragstellervertreter, der zwischenzeitlich die Betreuung der Antragstellerin übernommen hatte, an die Antragsgegnerin und ersuchte um Beauftragung eines Gutachtens zur Feststellung der Dauerinvalidität.

Die Antragsgegnerin wies dieses Begehren mit Schreiben vom 10.11.2014 unter Berufung auf die in Artikel 7.1. AUVB 2008 enthaltene 15-Monats-Frist zurück.

Die Antragstellerin beantragte mit Schlichtungsantrag vom 28.4.2015, der Antragsgegnerin die Zahlung einer Invaliditätsabgeltung iHv € 3.650 (entspricht einer Dauerinvalidität von 5%) zu empfehlen.

Die Dauerinvalidität sei mit den eingereichten Unterlagen ausreichend geltend gemacht worden.

Die Antragsgegnerin teilte mit Email vom 22.5.2015 mit, sich am Schlichtungsverfahren nicht zu beteiligen.

Aufgrund der Weigerung der Antragsgegnerin, war daher gemäß Pkt. 2 der Verfahrensordnung der von der Antragstellerin geschilderte Sachverhalt der Empfehlung zugrunde zu legen. Die Schlichtungskommission ist aber in ihrer rechtlichen Beurteilung frei.

In rechtlicher Hinsicht folgt:

Der Versicherungsvertrag ist ein Konsensualvertrag, der formfrei geschlossen werden kann. Wie alle Geschäftsbedingungen werden auch die Allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Umfang Vertragsbestandteil, in dem sie vereinbart worden sind (vgl E des OGH vom 21.4.2004, 7 Ob 315/03d; RS0117649; vgl u.a. RSS-0015-14=RSS-E 20/14)

Nach ständiger Rechtsprechung (vgl zuletzt etwa E des OGH vom 18.2.2015, 7 Ob 5/15h) sind allgemeine Vertragsbedingungen so auszulegen, wie sie sich einem durchschnittlichen Angehörigen aus dem angesprochenen Adressatenkreis erschließen. Ihre Klauseln sind, wenn sie nicht auch Gegenstand und Ergebnis von Vertragsverhandlungen waren, objektiv unter Beschränkung auf den Wortlaut auszulegen.

Nach Art 7.1. der vereinbarten Versicherungsbedingungen AUVB 2008 muss ein Anspruch auf Leistung für eine dauernde Invalidität innerhalb von 15 Monaten vom Unfalltag an gerechnet ärztlich festgestellt und geltend gemacht werden.

Mit Art 7.1. AUVB 2008 wortgleiche oder vergleichbare Klauseln waren bereits Gegenstand zahlreicher oberstgerichtlicher Entscheidungen. Zur 15-Monatsfrist wird in ständiger Rechtsprechung die Auffassung vertreten, dass es sich dabei um eine Ausschlussfrist handelt, bei deren - auch unverschuldeter - Versäumung der Entschädigungsanspruch des Unfallversicherten erlischt. 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.

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 die Frage, ob überhaupt eine Willenserklärung vorliegt, als auch für die Bestimmung ihres Inhalts ist nicht der wahre Wille des Erklärenden, sondern auf Grund der Vertrauenstheorie der Empfängerhorizont maßgeblich. Die Erklärung gilt so, wie sie ein redlicher Empfänger verstehen durfte.

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 (vgl zuletzt E des OGH vom 18.2.2015, 7 Ob 225/14k).

Nach dem der Empfehlung zugrunde zu legenden Sachverhalt hat die Antragstellerin weder in der Schadensmeldung noch nach der weiteren Korrespondenz mit der Antragsgegnerin samt Hinweis auf die 15-Monats-Frist nach Art 7.1. AUVB 2008 weder eine Leistung für dauernde Invalidität geltend gemacht noch eine andere Erklärung abgegeben, die als Geltendmachung gewertet werden könnte. Auch die eingereichten Befunde geben den zum damaligen Zeitpunkt bestehenden Gesundheitszustand der Antragstellerin in den ersten beiden Monaten nach dem Unfall wieder, enthalten allerdings keine Angaben zu möglichen Dauerfolgen.

Da der Antragsgegnerin wiederholt auf die Folgen der Versäumung der 15-Monats-Frist hingewiesen hat, verstößt ihre Berufung auf die Verfristung des Anspruches auch nicht gegen Treu und Glauben (vgl RS0082222; anders als der der Entscheidung 7 Ob 225/14k zugrunde gelegte Sachverhalt).

Dem Standpunkt der Antragstellerin, dass die antragsgegnerische Versicherung anhand der erlittenen Verletzungen von Dauerfolgen ausgehen hätte müssen, ist entgegenzuhalten, dass dies nach der objektiven Auslegung der Versicherungsbedingungen nicht Aufgabe des Versicherers sein kann.

Es war daher wie im Spruch zu entscheiden.

Für die Schlichtungskommission:

Dr. Hellwagner eh.

Wien, am 30. Juni 2015