

1. Invaliditätsbegriff¹⁾

Dr. Ulrike Braumüller

Dauernde Invalidität

Unter dauernder Invalidität ist eine dauerhafte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit als Folge eines Versicherungsfalles zu verstehen.

Diese Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit bemisst sich jeweils nach dem Ausmaß der Einschränkung der Funktionen einzelner Glieder und Organe.

Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

Die Invalidität ist innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und von einem Arzt schriftlich festgestellt und bei der Versicherung geltend gemacht worden.

Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

Art und Höhe der Leistung

Die Invaliditätsleistung wird entweder

- als Kapitalbetrag bei Unfällen der versicherten Person vor Vollendung des 75. Lebensjahres oder
- als Rente – sofern nichts anderes vereinbart ist – nach der „jeweiligen“ Rententafel bei Unfällen nach diesem Zeitpunkt erbracht.

Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, die folgenden Invaliditätsgrade:

| | |
|---------------------------|-------|
| eines Armes | 70 % |
| eines Daumens | 20 % |
| eines Zeigefingers | 10 % |
| eines anderen Fingers | 5 % |
| eines Beines | 70 % |
| einer großen Zehe | 5 % |
| einer anderen Zehe | 2 % |
| der Sehkraft beider Augen | 100 % |
| der Sehkraft eines Auges | 35 % |

¹⁾ AUVB 2008 Version 2/2015.

| | |
|--|------|
| sofern die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war | 65 % |
| des Gehörs beider Ohren | 60 % |
| des Gehörs eines Ohres | 15 % |
| sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war | 45 % |
| des Geruchsinnes | 10 % |
| des Geschmacksinnes | 5 % |
| der Milz | 10 % |
| der Niere | 20 % |
| beider Nieren oder wenn die Funktion der zweiten Niere vor dem Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war | 50 % |

Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert.

Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung von uns nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen.

Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl die versicherte Person als auch die Versicherung berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen.

Bei der Feststellung der Invalidität kommt es auf die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit des durchschnittlichen Versicherten entsprechend seinem Alter an. Der jeweilige Beruf spielt bei der Beurteilung keine Rolle. Eine dauernde Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit ist dann anzunehmen, wenn die Invalidität innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten ist, von einem Arzt festgestellt und zu erwarten ist, dass sie lebenslang andauert.

Diese Frist von einem Jahr hat zur Folge, dass die beim Unfall erlittene Gesundheitsschädigung innerhalb dieses Jahres bereits zu einer dauernden Invalidität führen muss. Bei dieser Jahresfrist handelt es sich nach ständiger Judikatur um eine sogenannte Ausschlussfrist. Nur wenn objektiv feststeht, dass eine Dauerinvalidität vorliegt, begründet das einen Leistungsanspruch.

Der genaue Umfang der lebenslangen Funktionsbeeinträchtigung kann dann bis zu vier Jahren nach dem Unfall bestimmt werden. Eine Prognose, die Invalidität halte zumindest vier Jahre nach dem Unfalltag an, reicht nicht aus, um einen Anspruch zu begründen. Die Invalidität muss vorhersehbar auf Lebenszeit bestehen (OGH 7 Ob 185/07 t). Lediglich die Höhe der Invalidität muss nach einem Jahr noch nicht feststehen.

Die Bewertung der Unfallfolgen erfolgt in erster Linie nach der Gliedertaxe. Maßgebend ist dabei nicht, welcher Körperteil verletzt war, sondern wo die Funktionsdefizite eingetreten sind (Wirbelsäulenverletzung mit Querschnitt führt zu Funktionsminderungen in den Beinen, daher ist Invalidität nach den Beinwerten zu beurteilen).

Führt der Unfall zu Funktionsminderungen an Organen und Gliedmaßen, die nicht in der Gliedertaxe enthalten sind, ist die Beeinträchtigung der Gesamtkörperfunktion aus ärztlicher Sicht zu beurteilen.

Alle Invaliditätsgrade werden einzeln festgestellt und addiert. Die zu entschädigende Gesamtinvalidität darf jedoch 100 % nicht überschreiten.

Wenn der Versicherte innerhalb eines Jahres nach dem Unfall in Folge des Unfalls stirbt, besteht kein Anspruch auf eine Leistung aus dem Titel der dauernden Invalidität.

2. Fristenregelungen

Dr. René Musey

2.1 Vertragliche Fristen

2.1.1 Jahresfrist (Manifestationsfrist)

Vorangestellt wird der einschlägige Bedingungstext der Musterbedingungen (AUVB 2008) des VVO.

Artikel 7: Dauernde Invalidität

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

1. Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Lebenszeit in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

Die Invalidität ist innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten.

Die im Sprachgebrauch als so genannte Jahresfrist etablierte Frist ist in Artikel 7.1. der Musterbedingungen eingerichtet, um die Leistungsbandbreite einzugrenzen. Es handelt sich dabei um einen Risikoausschluss (7 Ob 63/07 a) dahingehend, dass aus dem vertraglichen Unfallrisiko die Folge der Dauerinvalidität ausgenommen wird, sofern sie nicht innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet objektiv vorhanden ist. Unbeachtlich ist es, ob diese Funktionsminderung auch innerhalb dieser Frist erkannt wurde (7 Ob 63/07 a).

Die Beweislast für eine Risikobegrenzung trifft den Versicherer (RIS-Justiz RS0107031), was in der Beweisführung mitunter schwierig ist. Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang die Obliegenheit zur Meldung von Unfallereignissen, wenngleich diese Obliegenheit als Anzeigeverpflichtung eines Unfallereignisses erst dann existent wird, wenn der Versicherungsnehmer nach einem Unfallereignis Grund zur Annahme hat, dass jene Folgen auftreten können, die ihn zur Erhebung von Versicherungsansprüchen berechtigen (RIS-Justiz RS0106012). In Fällen einer tatbestandsmäßigen Obliegenheitsverletzung ist der Versicherungsnehmer berufen, den Kausalitätsgegenbeweis über mangelnde Auswirkung der verspäteten Anzeige zu erbringen (RIS-Justiz RS0079993).

2.1.2 15-Monatsfrist (Geltendmachungsfrist)

Vorangestellt wird, dass die Musterbedingungen (AUVB 2008) des VVO eine derartige Frist nicht beinhalten, weshalb auf einen typischen Text (aus OGH 7 Ob 9/11 s) zurückgegriffen wird:

Ein Anspruch auf Leistung für dauernde Invalidität ist innerhalb von 15 Monaten vom Unfalltag an geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Befundes zu begründen.

Auch bei dieser Frist handelt es sich um eine Begrenzung des Risikos und wird vom OGH in ständiger Rechtsprechung als Ausschlussfrist behandelt. Der Zweck dieser Frist liegt darin, dass der mit Ansprüchen konfrontierte Versicherer (VR) vor Beweisschwierigkeiten in der Zukunft geschützt werden soll und auch alsbald eine Klärung von Ansprüchen bewerkstelligt werden soll; auch die Rechtssicherheit ist ein anerkanntes Ziel dieser Bestimmung (7 Ob 63/07 a). Die Rechtsfolge der Fristversäumnis bewirkt das Erlöschen des Anspruchs des Versicherten aus dem Leistungsbaustein der Dauerinvalidität (7 Ob 63/07 a).

Die Berufung des VR auf den Fristablauf kann gegen den Grundsatz von Treue und Glauben verstoßen, von dem das Versicherungsverhältnis beseelt ist. Eine derartige Treuwidrigkeit (RIS-Justiz RS0082179) liegt allgemein dann vor, wenn die Säumnis des Anspruchsberechtigten im Verhalten des VR(7 Ob 11/89)¹⁾ begründet liegt oder wenn sich aus der Schadenmeldung (oder der Krankengeschichte) ein Hinweis auf „Dauerfolgen“ ergibt. Es ist daher eine Belehrung des Anspruchsberechtigten zu empfehlen, was vom Obersten Gerichtshof im Fall eines ansonsten als treuwidrig zu beurteilenden Sachverhaltes auch verlangt wird (7 Ob 17/92).

Bedeutsam ist noch die Auslegungsmaxime rücksichtlich der Mindestanforderung an den Anspruchsteller zur Erfüllung der Voraussetzungen der fristsanktionierten Geltendmachung (ggf. unter Vorlage eines ärztlichen Attestes). Als ausreichend wurde beurteilt, wenn innerhalb der Frist der Unfallhergang, die Verletzungen und Unfallfolgen vermerkt sind und zumindest die Möglichkeit einer Dauerinvalidität angegeben ist (7 Ob 9/11 s). Man wird sich am Kriterium des anerkannten Zwecks der Klausel orientieren müssen und im Sinn vorstehender Ausführungen die Erfüllung der Voraussetzungen annehmen müssen bzw. bei Zweifel den Anspruchsteller zur Vermeidung von Treuwidrigkeit belehren müssen. Das Klauselatbestandsmerkmal des ärztlichen Befundes bzw. ärztlichen Attestes ist mangels Anforderungsdefinition in AUVB²⁾ so zu verstehen, dass dem VR inhaltlich die ärztlich begründete Wahrscheinlichkeit einer dauernden Invalidität mitgeteilt wird (7 Ob 9/11 s). Auch darin liegt der Sinn der Kenntnisverschaffung gegenüber dem VR, damit dieser Vorsorge bzw. Dispositionen zur Ermittlung der Frage der Leistungspflicht treffen kann.

Zur Beweislast ist abzuschließen, dass auch für das Vorliegen dieser Fristversäumnis als vertraglichem Gestaltungsmittel der Effektivierung einer Risikobegrenzung, den VR die diesbezügliche Last trifft (7 Ob 9/11 s, 7 Ob 2362/96 w).

2.1.3 Vierjahresfrist (Neubemessungsfrist)

Vorangestellt wird der einschlägige Bedingungstext der Musterbedingungen (AUVB 2008) des VVO.

Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl die versicherte Person als auch wir berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen.

Die Neubemessung setzt voraus, dass bereits die dauernde Invalidität grundsätzlich manifest ist. Der Zweck und die Berechtigung dieser als Risikobegrenzung zu behandelnden Frist liegt darin, dass die körperliche Veränderung mit einem Stichtag begrenzt wird, um die abschließende Bemessung nicht auf unabsehbare Zeit hinauszuschieben (7 Ob 63/07 a).

Sachinhaltliche Voraussetzung für die Effektivierung der Neubemessung ist die Veränderung des körperlichen Zustandes und nicht die allfällige Korrekturbedürftigkeit eines früheren Gutachtens eines Sachverständigen oder Berücksichtigung eines in einem anderen Verfahren eingeholten Gutachtens (7 Ob 221/12 v). Diese Kernfrage, also die materielle Voraussetzung ist – im Falle der Befassung dieser Frage durch die Ärztekommision durch diese – ansonsten durch das Gericht mittels vom Gericht zu bestellenden Sachverständigen

¹⁾ „[...] wenn sich der VR nach Fristablauf noch auf Verhandlungen einlässt und neue Gutachten anfordert“, so zuletzt 7 Ob 147/09 g, „[...] ist die Vorgehensweise des Versicherers für einen im Gesamtkontext zu beurteilenden Verzicht auf die „Verjährungseinrede“ zu beurteilen“.

²⁾ Die Musterbedingungen sehen als Kriterien vor: „Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit dauernden Invalidität“.

zur Klärung dieser Tatsachenfrage zu lösen. Im nächsten Schritt ist sodann die konkrete Funktionsminderung zu bemessen. Voraussetzung bleibt aber die Veränderung des körperlichen Zustandes nach der Erstbemessung, sei dies eine Verbesserung oder eine Verschlechterung. Jeder Berechtigte, der eine Neubemessung verlangt hat, muss auch das – für seinen Standpunkt allenfalls ungünstige – Ergebnis gegen sich gelten lassen.³⁾

Daher kann durch diese Bestimmung über das Neubemessungsrecht ein bereits zuvor fällig gewordener Anspruch auf Dauerinvalidität infolge bereits innerhalb eines Jahres (ab dem Unfalltag) eingetretener Funktionsminderung, rücksichtlich dessen bereits Verjährung in Lauf gesetzt ist, bei Ablauf der Verjährungsfrist (und Einwand der Verjährung), nicht mehr mit Erfolg geltend gemacht werden. Anders gesagt: „Eine unzulässige Antragstellung auf Neubemessung kann die Verjährungsfrist nicht verlängern“ (7 Ob 221/12 v).

Ein derartiger Antrag auf Neubemessung, verlange nun der VR oder der Versicherungsnehmer (VN) diese Neubemessung, muss so rechtzeitig gestellt werden, dass die ärztliche Untersuchung nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge noch vor Ablauf der Frist von vier Jahren ab dem Unfalltag an gerechnet möglich ist (7 Ob 153/12 v; zuletzt deutlich: 7 Ob 47/16 m).

Nach Ablauf der Frist ist eine Neubemessung einer Funktionsminderung nicht mehr möglich und scheitert an einem erhobenen Einwand der Risikobegrenzung durch die Regelung der Vierjahresfrist (7 Ob 63/07 a). Angemerkt werden muss, dass eine Geltendmachung einer behaupteten Forderung aus Dauerinvalidität rücksichtlich der innerhalb eines Jahres ab Unfalltag aufgetretenen Funktionsminderung so lange offen bleibt, als nicht Verjährung eingetreten ist. Anders gesagt, ist es im Fall einer Prüfung einer Forderung im gerichtlichen Verfahren von Bedeutung, ob eine Neubemessung verlangt wurde, in eventu zumindest bei Klagsführung⁴⁾ noch offenstand; ansonsten ist – was durchaus Schwierigkeiten bereiten kann – im Verfahren eine körperliche Veränderung abzugrenzen und zu erheben, wie hoch die Funktionsminderung, die innerhalb eines Jahres aufgetreten ist, zu bewerten ist.⁵⁾

³⁾ Vorbehaltlich einer Anfechtbarkeit der Entscheidung der Ärztekommision durch gerichtliches Verfahren unter den Voraussetzungen des § 184 VersVG sowie eines Rechtszuges an das ordentliche Gericht.

⁴⁾ 7 Ob 153/12 v: „Wenn hingegen der Versicherungsnehmer gegen den Versicherer vor Ablauf der Frist für die Neubemessung Klage erhebt, gehen die Parteien typischerweise davon aus, dass der Streit insgesamt, das heißt, einschließlich etwaiger weiterer Invaliditätsfeststellungen, in dem vor Fristablauf eingeleiteten Prozess ausgetragen werden soll, ohne dass es einer Neufeststellung bedarf; wobei der Invaliditätsgrad bis maximal zum Ablauf der Frist maßgebend ist (*Grimm* a. a. O. Rn 27, 339; BGH IV ZR 192/93 = VersR 1994, 971; BGH IV ZR 36/89 = VersR 1990, 478).“

⁵⁾ 7 Ob 153/12 v: „Haben aber – wie hier – beide Parteien die Frist des Art 7.7 AUVB ungenutzt verstreichen lassen, so bleibt der Grad der Invalidität maßgebend, wie er sich aus den Tatsachenmitteilungen der ersten Invaliditätsfeststellungen ergibt; es kann dann keine der Parteien gegen den Willen der anderen auf den Invaliditätsgrad am letzten Tag der Frist abstellen, weil es zu einer Neufestsetzung gar nicht gekommen ist (*Grimm* a. a. O.). Greift – wie die Klägerin – nur der Versicherungsnehmer die Erstbemessung nach Fristablauf und ohne Verlangen nach Neubemessung an, so ist der Stichtag der Bemessung jener, der ihr (seinerzeit) zugrunde lag (*Rixecker in Römer/Langheid/Rixecker VVG*³ [2012] 1161 § 118 VVG Rn 2 aE [mit Hinweis auf BGH VersR 1994, 971]). Die Maßgeblichkeit des späteren Stichtags (zB anstelle des Untersuchungsdatums) hat also zur Voraussetzung, dass es überhaupt zu einer fristgerechten Neufeststellung kommt (BGH IV ZR 192/93 = VersR 1994, 971).“

2.1.4 Dreimonats- und Zweimonatsfrist (Fälligkeitsfristen)

Vorangestellt wird der einschlägige Bedingungstext der Musterbedingungen (AUVB 2008) des VVO.

Artikel 15: Fälligkeit unserer Leistung

1. Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats, bei Ansprüchen auf Leistung für dauernde Invalidität innerhalb dreier Monate, zu erklären, ob und in welcher Höhe wir eine Leistungspflicht anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang der Unterlagen, die der Anspruchsberechtigte zur Feststellung des Unfallherganges und der Unfallfolgen und über den Abschluss des Heilverfahrens uns vorzulegen hat. Unterbleibt die Vorlage der von uns zur Beurteilung der Leistungspflicht geforderten Unterlagen und Informationen, wird der Entschädigungsanspruch nicht fällig, da die Leistungspflicht nicht beurteilt werden kann.

2. Steht die Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach fest, ist die Leistung fällig. Die Fälligkeit der Leistung tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Anspruchsberechtigte nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung von uns verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und wir diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entsprechen.

Ziffer 1 stellt die dem VR durch die Bedingungen selbst auferlegte Frist zur Erhebung der Leistungspflicht aus dem Leistungsversprechen der Dauerinvalidität dar. Bei den von Ziffer 1 angesprochenen Unterlagen handelt es sich um all jene Unterlagen, die dem Anspruchsteller zur Beibringung auferlegt werden, so insbesondere den ärztlichen Befundbericht im Sinn des Artikel 7.1. AUVB 2008. Werden diese Unterlagen vom Anspruchsteller nicht beigebracht, so wird eine allenfalls berechnete (doch erst zu erhebende) Leistung nicht fällig.

Ziffer 2 Satz 1 stellt klar, was § 11 (1) VersVG bestimmt, nämlich die Fälligkeit, nach Abschluss der Erhebungen, was sich in der Klärung von Grund und Höhe der Leistungspflicht manifestiert.

Ziffer 2 (Satz 2) entspricht der gesetzlichen Regelung des § 11 (2) VersVG, der [wie auch § 11 (1)] gemäß § 15a VersVG auch für den VR zwingend ist. Auf eine allenfalls abweichende Bedingungsklausel kann sich der VR gemäß § 15a leg. cit. nicht berufen. Der Regelungsgegenstand besteht in der Herbeiführung der Rechtsfolge der Fälligkeit, wenn der VR die Anfrage des Anspruchsberechtigten (§ 11 spricht vom VN) nicht begründend dahingehend beantwortet, aus welchem Grund die Erhebungen noch nicht beendet sind.

Ergänzend ist auf die Bestimmung in Art. 7.5 AUVB 2008 hinzuweisen, der die Frage eine Leistungspflicht für Dauerinvalidität im ersten Jahr nach dem Unfall zum Gegenstand hat:

Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung von uns nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen.

Dies gebietet indes, sollte der VR mit einer derartigen Forderung konfrontiert werden, dass der VR diesbezüglich Erhebungen vornimmt und rücksichtlich der Geltendmachung einer Geldforderung eine Auskunft gibt, dass und aus welchem Grund die Erhebungen nicht beendet sind. Nachdem Art. 7.5. AUVB 2008 ein Recht nach Leistung im ersten Jahr nach dem Unfall vorsieht, kann die Rechtsfolge nach Artikel 15.2. AUVB 2008 bzw. § 11 (2) VersVG darin bestehen, dass der VR innerhalb des ersten Jahres mit einer fälligen Forderung klageweise konfrontiert werden kann.

2.1.5 Sechsmonatsfrist und Zweiwochenfrist (Ärztelkommission)

Auf die Fristen im Zusammenhang mit der durch die AUVB 2008 eingerichtete Ärztekommision wird unter dem Titel derselben eingegangen.

2.2 Gesetzliche Fristen

2.2.1 Verjährungsfristen

2.2.1.1 Dreijahresfrist nach § 12 (1) VersVG

Verjährung – allgemein formuliert – bedeutet den Verlust eines Rechts. Der Anspruchsberechtigte verliert sein durchsetzbares Recht, wenn er es durch eine bestimmte Zeit hindurch nicht ausübt.

Vorangestellt wird die gesetzliche Bestimmung des Versicherungsvertragsgesetzes (idgF):

§ 12. (1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren.

[...]

Tatbestand und Rechtsfolge des § 12 Absatz 1 Satz 1 VersVG scheinen auf den ersten Blick vollkommen klar. Indes ist zu beachten, dass das Versicherungsvertragsgesetz keinen Beginn des Zeitraumes der dreijährigen Frist benennt. Es ist also einerseits das Kriterium des auslösenden Ereignisses (Beginn der Verjährung) zu bestimmen; andererseits ist die Berechnung der Frist klarzustellen. Zunächst folgt die etwas ausholende Darstellung der Rechtslage zum Beginn der Verjährung (Bestimmung des auslösenden Ereignisses).

Anzuschließen ist die gesetzliche Bestimmung des Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuches (idgF):

§ 1478. Insofern jede Ersitzung eine Verjährung in sich begreift, werden beide mit den vorgeschriebenen Erfordernissen in einem Zeitraume vollendet. Zur eigentlichen Verjährung aber ist der bloße Nichtgebrauch eines Rechtes, das an sich schon hätte ausgeübt werden können, durch dreißig Jahre hinlänglich.

[...]

Geschlossen wird der Kreis der notwendigerweise zum Verständnis heranzuziehenden Bestimmungen durch die folgende gesetzliche Bestimmung des Versicherungsvertragsgesetzes (idgF):

§ 11. (1) Geldleistungen des Versicherers sind mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen fällig. [...]

Gemäß den Anwendungsgrundsätzen von Spezialgesetz im Verhältnis zum allgemeinen Gesetz wird primär das Versicherungsvertragsgesetz herangezogen und bei mangelnder Regelung das Allgemeine Bürgerliche Gesetzbuch. So findet sich im VersVG die Frist von drei Jahren in § 12 (1). Für den Beginn des Laufes dieser Frist wird die allgemeine Regel des ABGB aus § 1478 herangezogen mit dem Inhalt („... das schon hätte ausgeübt werden können ...“) und schließlich wieder zur Klärung der Frage wann das Recht aus dem Versicherungsvertrag „hätte ausgeübt werden können“, die Bestimmung des § 11 VersVG über die Fälligkeit von Forderungen⁶⁾ aus dem Versicherungsvertrag herangezogen. Die objektiv zu bestimmende Möglichkeit der Ausübung des Rechts aus dem Versicherungsvertrag ist das auslösende Ereignis für den Beginn der Verjährung.

Folgende Ereignissachverhalte sind geeignet, die Fälligkeit auszulösen: Zunächst ist als friktionsfreier Sachverhalt die Variante zu nennen, dass Fälligkeit mit dem Abschluss der Erhebungen durch den VR eintritt. Ebenso wird Fälligkeit durch Ablehnung⁷⁾ einer Leistung ausgelöst. Schließlich wird in den Fällen (7 Ob 207/00t), in denen es nicht zu einer Schaden-/(Unfall-)Meldung kommt, der Zeitpunkt in der Vergangenheit dahingehend fingiert, wann die Erhebungen des VR bei ordnungsgemäßer Meldung des Schadensfalls beendet gewesen wären. Sohin führen Handlungen und Unterlassungen des VN, die Erhebungen des VR schuldhaft hindern oder hinauszögern, nicht zu einem späteren Beginn des Fristenlaufes der Verjährung. Die Verjährung beginnt von dem Zeitpunkt an zu laufen, in dem bei einer korrekten Vorgangsweise des VN (Schadenmeldung) und darauf aufsetzender korrekter Vorgangsweise des VR (Erhebungen zur Frage der Leistungspflicht entsprechend dem Inhalt der Versicherungsbedingungen) die Erhebungen beendet gewesen wären. Anzumerken ist, dass in Fällen der Durchführung der Ärztekommision die Fälligkeit erst mit der Beendigung (entweder mit sachinhaltlicher Erledigung oder Feststellung des Scheiterns der Kommission) derselben eintritt.⁸⁾

Nachdem der Beginn der Verjährung zwar rechtlich geklärt, aber in der Praxis nicht regelmäßig punktgenau und vorab bestimmt und prozessfest bestimmt werden kann, bleibt noch die Fristberechnung nachzutragen, die ab dem Moment der Bestimmung des Tages der Fristauslösung anzuwenden ist. Dazu ist auf § 902 ABGB zu verweisen, der die Zivilberechnung im Unterschied zur natürlichen Fristberechnung anordnet:

Danach wird der Tag der Auslösung des Fristbeginns nicht mitgezählt (verbraucht). Mit anderen Worten fällt das Ende der dreijährigen Frist wieder auf jenen Tag, der dem Tag entspricht, der die Frist ausgelöst hat.⁹⁾

2.2.1.2 Zehnjahresfrist nach § 12 (1) VersVG

Vorangestellt wird die gesetzliche Bestimmung des Versicherungsvertragsgesetzes (idGF):

§ 12. (1) Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung des Versicherers bekanntgeworden ist; ist dem Dritten dieses Recht nicht bekanntgeworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach zehn Jahren.

Satz 2 in Ansehung dessen ersten und zweiten Halbsatzes stärkt die Position von sogenannten dritten Personen in Bezug auf VR und VN. Unter striktem Bezug auf den Leistungsbaustein der Dauerinvalidität¹⁰⁾ unter Bedachtnahme auf den Titel dieses Buches

⁶⁾ Zuletzt gerade mit Betreff der Unfallversicherung: OGH 7 Ob 93/13 x und 7 Ob 139/13 m mit dem Verweis auf die Bestimmung des § 11 VersVG „[...] grundsätzlich hängt der Beginn der Verjährungsfrist von der in § 11 VersVG geregelten Fälligkeit ab“.

⁷⁾ RIS-Justiz RS0114507 (OGH 7 Ob 206/02 y: „Die Fälligkeit des Geldleistungsanspruchs des Versicherten tritt jedenfalls ein, sobald der Versicherer die Leistung ablehnt.“

⁸⁾ RIS-Justiz RS0082250: „Vor dem Abschluss oder dem endgültigen Scheitern dieses Verfahrens tritt keine Fälligkeit des Leistungsanspruchs ein.“

⁹⁾ 1. 1. 2014 als auslösendes Ereignis des Fristbeginns bewirkt Verjährung mit Ablauf des 1. 1. 2017.

¹⁰⁾ Im Übrigen kommt als Anwendung dieser Bestimmung der Fall des Bezugsberechtigten in der Lebensversicherung und in der Unfallversicherung, dort rücksichtlich des Leistungsbausteins des Todesfalls in Betracht. Vgl. hierzu *Grubmann*, VersVG 7. Aufl., Anm. 1 zu § 12 (S. 117).

kommt die Anwendung dieser Bestimmung in der Kollektivunfallversicherung ebenso in Betracht wie bei sonstiger Unfallversicherung für fremde Rechnung und betrifft die nach dem Vertrag umfassten versicherten Personen, die nicht mit dem VN identisch sind.

Auslegungsbedürftig ist hier das auslösende Ereignis für den Beginn der Verjährung „sobald diesem sein Recht auf die Leistung des VR bekanntgeworden ist“. Bekanntgeworden ist der Anspruch des Dritten nur bei positiver Kenntnis um seinen Anspruch, sodass Kennenmüssen nicht ausreicht (7 Ob 266/05 a). In der Praxis bedeutet dies, dass man berufen ist, die Frage der Kenntnis des Versicherten um den Bestand des Versicherungsvertrages zu erheben.

Die absolute Verjährung des zweiten Halbsatzes mit einer verstrichenen Frist von zehn Jahren beginnt – wiederum abgestellt auf § 11 VersVG – mit dem Zeitpunkt der objektiven Möglichkeit der Geltendmachung des Anspruchs,¹¹⁾ sodass auf die Ausführungen diesbezüglich bei 2.1.1 verwiesen wird.

2.2.1.3 Hemmungswirkung nach § 12 (2) VersVG

Vorangestellt wird die gesetzliche Bestimmung des Versicherungsvertragsgesetzes (idgF):

§ 12. (2) Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer in geschriebener Form übermittelten Entscheidung des Versicherers gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung derzeit zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist.

Die Hemmungswirkung dieser Bestimmung besteht in der Weise einer Fortlaufshemmung, sodass nach Wegfall der Hemmniswirkung der bei Eintritt des Hemmungsgrundes noch nicht abgelaufene Teil der Verjährungsfrist weiter abläuft (7 Ob 314/00 b).

Das Mindestanforderungsprofil an die Erfüllung des Tatbestandsmerkmals der „Anmeldung eines Anspruchs“ liegt in der Schadensmeldung (7 Ob 206/02 y, zuletzt 7 Ob 93/1 3x), wobei die Rechtsprechung dies auch konkludent (7 Ob 17/92) zugesteht. Man wird dieses Tatbestandsmerkmal rücksichtlich der wesentlichen Bedeutung der Hemmungswirkung der Verjährung im Zweifel tendenziell großzügig interpretieren müssen. Insbesondere wird in der Übermittlung einer Krankengeschichte, die eine körperliche Funktionsminderung geradezu offenbar beinhaltet, regelmäßig eine Anmeldung eines Anspruchs zu erblicken sein.

Die Anforderung an die Wirkung einer Beseitigung des Hemmungstatbestandes durch Entscheidung des VR liegt zunächst in der äußeren Form, die – unter Bedachtnahme auf den Wesenskern des Versicherungsrechtsänderungsgesetzes 2012 – in geschriebener Form¹²⁾ bestehen muss. Mündliche oder schlüssige Erklärungen reichen daher nicht aus (7 Ob 180/06 f).

Die sachinhaltlichen Erfordernisse der entsprechenden Entscheidung des VR liegen in der Begründungspflicht mit Tatsachenangabe und gesetzlicher oder vertraglicher Bestimmung, die anzuführen ist. Die beiden Begründungselemente der angeführten Tatsache, was einem Lebenssachverhalt entspricht (so etwa Ausführungen eines medizinischen Gut-

¹¹⁾ Prölls/Martin, VVG 27. Aufl. Rz 72 zu § 12; vgl. auch OGH 7 Ob 91/10 y.

¹²⁾ Riedler, Versicherungs-Änderungsgesetz 2012, 43 „Diese geschriebene Form muss nach den EB aus einem Text in Schriftzeichen bestehen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht, etwa im Kopf eines Schreibens oder eben auch als letzter Zusatz zu einem E-Mail.“