

Versicherungsrechts-Newsletter 4/2015

des Fachverbandes der Versicherungsmakler und Berater in Versicherungsangelegenheiten

OGH-Entscheidungen, RSS-Fälle und aktuelle Literatur
zum Versicherungsrecht & Versicherungsvermittlerrecht -
zusammengestellt von der Rechtsservice- und Schlichtungsstelle des Fachverbandes (RSS)

Vorwort des Fachverbandsobmannes

Sehr geehrte Mitglieder!

Nach Abschluss der WK-Wahlen 2015 bedanke ich mich bei Ihnen, geschätzte Mitglieder für die rege Wahlbeteiligung, die bei den Versicherungsmaklern mit 66,4% liegt weit über dem Durchschnitt der gesamten Wirtschaftskammerorganisation lag. Damit haben Sie ein deutliches Zeichen gesetzt, dass Ihnen eine starke Interessenvertretung ein wichtiges Anliegen ist.

Auch in Zukunft darf ich Sie, sehr geehrte Mitglieder, um Ihr Engagement und Ihre Mithilfe bei der Wahrnehmung Ihrer Interessen bitten. Große Herausforderungen stehen an: Die Steuerreform und damit die Steigerung der Kaufkraft werden auch für die Versicherungsmakler von Bedeutung sein, weil ein Teil des verfügbaren Einkommens auch das Bedürfnis nach Vorsorge für die Zukunft befriedigen kann.

Wenngleich die von der österreichischen Bundesregierung aktuell geplante Steuerreform diverse Erleichterungen für Klein- und Mittelbetriebe bringen soll, ist für uns Versicherungsmakler aber enttäuschend, dass die steuerliche Begünstigung freiwilliger Personenversicherungen ab 2016 auslaufen soll. Nach dem derzeitigen Stand der Verhandlungen werden die Prämien für derartige Neuverträge ab 2016 nicht mehr als sogenannte „Topf-Sonderausgaben“ absetzbar sein. Dies wird den Absatz von Kranken-, Lebens- und Unfallversicherungen im Mittelstand erheblich erschweren. Dies trifft nicht nur unseren Berufsstand, sondern die gesamte Versicherungswirtschaft, die eine wichtige Säule der österreichischen Volkswirtschaft darstellt, schwer.

Ich werde daher sowohl im Fachverband als auch in anderen Gremien der Wirtschaftskammer darauf hinweisen, dass dies den Gedanken der privaten Vorsorge schädigt und die Vorteile der Steuerreform wieder aufhebt. Diese Absicht des Gesetzgebers ist wirtschafts- und konsumentenfeindlich.

Die Versicherungswirtschaft befindet sich in einem rasanten Prozess von Innovationen und Veränderungen. Es wird daher nicht nur mir, sondern allen gewählten Standesvertretern ein Anliegen sein, die fachliche Aus- und Weiterbildung kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Ein Teil des Bildungsangebotes werden auch die weiterhin die monatlich erscheinenden Newsletter der RSS sein.

Mit freundlichen Grüßen
Gunther Riedlsperger



Inhalt:

I.	Versicherungsrechtliche Judikatur	2
1.	Österreich:	2
1.1.	Zur Auslegung des Begriffs „ruhende Schneemassen“ in Art 1.3. der Allgemeinen Sturmschaden-Bedingungen	2
1.2.	Zur Auslegung des Art 7.6 der Klipp & Klar Bedingungen für die Unfallversicherung.....	5
1.3.	Stenogramm – weitere aktuelle versicherungsrechtliche Entscheidungen im Überblick	7
2.	International:	9
2.1.	Zum Leistungsausschluss nach § 3 (4) d) ARB-RU 2000 bei nur zur Sicherheit abgetretenen originär eigenen Ansprüchen des Versicherungsnehmers	9
2.2.	Stenogramm – weitere Entscheidungen aus Europa im Überblick.....	10
II.	Fälle aus der Rechtsservice- und Schlichtungsstelle (RSS)	11
	RSS-0015-14 = RSS-E 20/14	11
III.	Aus der Beratungstätigkeit des Fachverbandes und der RSS	13
	Die versprochene Bonusstufe.....	13
IV.	Sonstiges	14
1.	Neues Versicherungsaufsichtsgesetz ab 1.1.2016 in Kraft	14
2.	Helm-“Pflicht“ auf der Piste und der Straße?.....	14
3.	Gewerbeinformationssystem Austria in Betrieb.....	15

I. Versicherungsrechtliche Judikatur

1. Österreich:

1.1. Zur Auslegung des Begriffs „ruhende Schneemassen“ in Art 1.3. der Allgemeinen Sturmschaden-Bedingungen

Die Klägerin hat bei der Beklagten eine „Heimvorteil Plus“-Gebäudebündelversicherung für ihr Wohnhaus mit Schuppen abgeschlossen. Der Sturmversicherung liegen unter anderem die Allgemeinen Bedingungen für die Sturmversicherung, Fassung 2002, (1ASB) und die Besonderen Bedingungen für die Wohngebäudeversicherung Heimvorteil Plus, Standard-Schutz, Fassung 2005, zugrunde. Die 1ASB lauten auszugsweise wie folgt:

„Art 1

Versicherte Gefahren und Schäden

[...] 1.3 Schneedruck: Schneedruck ist die Kraffteinwirkung durch natürlich angesammelte ruhende Schnee- oder Eismassen.

[...]

Art 2

Nicht versicherte Schäden

[...]

2. Schäden durch Lawinen und Lawinenluftdruck, Sturmflut, Hochwasser, Überschwemmung und Vermurung.[...]“

Die Besonderen Bedingungen lauten auszugsweise wie folgt:



„Art 7

Erweiterte Naturgefahrendeckung

1. Versichert sind in Abänderung der Allgemeinen Bedingungen für die Sturmversicherung (ASB) Schäden an den versicherten Gebäuden infolge

Schneelawinen und Lawinenluftdruck; das sind Schäden, die durch von Gebirgshängen niedergehenden Schnee- und Eismassen in Form von Trockenlawinen (zB Staublawinen, Schneebrettern usw), Feucht- und Nassschneelawinen sowie Eislawinen (Abbrüche von Gletscher- oder Firneis) verursacht werden.[...]

4. Der Versicherer ersetzt solche Schäden bis zu einer Versicherungssumme von 2.000 EUR auf erstes Risiko.[...]"

Das Objekt der Klägerin besteht aus dem Wohngebäude, einem angebauten Wirtschaftstrakt und einem Schuppen. Über dem Objekt befindet sich ein Hang mit einer Länge von ca 30 m, einer Hangexposition von 170° Süd und einer Hangneigung von durchschnittlich 38°.

Im Jänner/Februar 2012 führten massive Schneefälle zu einer hohen Belastung des Objekts, insbesondere des Schuppens durch die ruhenden und angefallenen Schnee- bzw Eismassen. Innerhalb einer auf einem Hang angefallenen Schneedecke kommt es immer zu Kriechbewegungen von einigen Millimetern pro Tag. Während bei einem Dach der Schnee von oben drückt, entsteht bei senkrechten Hauswänden direkt am Hang zwangsläufig die genannte Kriechbewegung in der Schneemasse, die zu einem Druck gegen die Hauswand führt. Zunächst wurde der Schnee noch von den Außenwänden des Schuppens zurückgehalten. Nachdem der Druck der Schneemasse zu groß geworden war, bewegte sich die Schneemasse in das Innere des Schuppens. Durch diesen Kriech- und Gleitdruck, der aus dem Gewicht der Schneedecke und der Geländeneigung resultierte, wurde die Holzunterkonstruktion der Außenwände und Fundierung überlastet. Für die Behebung der dadurch am Objekt eingetretenen Schäden ist ein Betrag von 34.868,66 EUR aufzuwenden.

Die Klägerin beehrte zuletzt die Zahlung von 45.000 EUR sA und die Feststellung, dass die Beklagte - über den Betrag von 45.000 EUR hinausgehend - Deckungsschutz zu gewähren habe. Das Schadenereignis im Jahr 2012 sei durch natürlich angesammelte, ruhende Schneemassen verursacht worden. Obwohl es damit im Rahmen der Sturmversicherung versichert sei, habe die Beklagte lediglich 2.000 EUR gezahlt. Die Klausel, wonach die Versicherungspflicht bei Schneereignissen eingeschränkt werde, sei gemäß § 879 ABGB und/oder § 6 KSchG unwirksam. Diese Klausel sei nicht erläutert worden und die entsprechenden Bedingungen seien erst nachträglich mit der Polizze übersandt worden. Da die Schadenshöhe noch nicht absehbar sei, habe die Klägerin ein rechtliches Interesse an der Feststellung der Deckungspflicht der Beklagten.

Die Beklagte beantragte die Klagsabweisung. Der Schaden sei nicht durch Schneedruck, sondern durch in Bewegung geratenen Schnee verursacht worden; Schneedruck sei durch die Krafteinwirkung durch „ruhende“ Schneemassen definiert. Hier habe es sich um einen Schaden gehandelt, der durch den Kriech- und vor allem den Gleitdruck der Schneemassen entstanden sei, der also durch „in Bewegung geratenen Schneemassen“ ausgelöst worden sei. Unerheblich sei dabei die Geschwindigkeit der Bewegung des Schnees. Versicherungsdeckung bestehe daher nur bis zu einem Betrag von 2.000 EUR.

Das Ersturteil verpflichtete die Beklagte zur Zahlung des festgestellten Schadens iHv 34.868,66 EUR sA. Das Zahlungsmehrbegehren von 10.131,34 EUR sA und das Feststellungsbegehren wies

es ab. Im Wesentlichen schloss sich das Erstgericht der Argumentation der Klägerin an und führte ergänzend aus:

Nicht nur das allgemeine Verständnis des Verbrauchers von einer Lawine, sondern auch das sachkundige Auslegen des Begriffs setzten eine „Lawinengeschwindigkeit“ voraus. Würde man der Auslegungsvariante der Beklagten folgen, wäre jeglicher Versicherungsschutz bei Schäden durch Schneedruck an einem hangseitig gelegenen Haus an den senkrecht stehenden Wänden von vornherein ausgeschlossen.

Der klagsabweisende Teil erwuchs in Rechtskraft. Das Berufungsgericht änderte dieses Urteil im Sinne einer gänzlichen Klageabweisung ab und schloss sich im Wesentlichen der Argumentation der beklagten Partei an.

Mit Urteil vom 10.9.2014, 7 Ob 127/14y, gab der OGH der Revision der klagenden Partei Folge und stellte das Urteil des Erstgerichtes insgesamt wieder her.

Nach Wiedergabe der ständigen Rechtsprechung zur Auslegung von Versicherungsbedingungen kam der OGH zu folgender rechtlicher Schlussfolgerung:

Nach dem allgemeinen Sprachgebrauch ist „Schneedruck“ die Belastung eines Objekts durch den auf ihm lastenden Schnee, wobei vor allem entscheidend ist, was ein durchschnittlich verständiger Versicherungsnehmer unter „ruhenden Schnee- und Eismassen“ versteht.

Er wird den Begriff „ruhende Schneemasse“ dem der „in Bewegung geratenen Schneemasse“ (wie beispielsweise Lawinen oder Gleitschneelawinen) gegenüberstellen. Kriech- und Gleitbewegungen wohnt zwar auch ein dynamisches Element inne. Aber selbst Schneeschichten auf ebenen Flächen (beispielsweise einem Flachdach) sind Verdichtungs- und Setzungsprozessen unterworfen. Die normalen kontinuierlichen Kriech- und Gleitvorgänge innerhalb der geneigten Schneedecke sind - zumindest ohne technische Hilfsmittel - praktisch ebensowenig wahrnehmbar. Derartige mit freiem Auge nicht erkennbare Kriech- und Gleitvorgänge innerhalb der ansonsten ruhenden Schneedecke setzt ein durchschnittlich verständiger Versicherungsnehmer nicht mit in Bewegung geratenen Schneemassen gleich. Er wird vielmehr keinen Unterschied zwischen der sich auf einem Dach befindlichen, der Setzung unterworfenen Schneedecke und einer Schneeschicht auf einem Hang erkennen, innerhalb der die genannten unauffälligen Kriech- und Gleitbewegungen stattfinden.

Zusammengefasst wird daher ein durchschnittlich verständiger Versicherungsnehmer dem Begriff „ruhende Schneemassen“ in Art 1.3 der 1ASB auch eine Schneedecke auf einem Hang unterstellen, die üblichen und kontinuierlichen Kriech- und Gleitbewegungen unterliegt.

Im vorliegenden Fall besteht daher Versicherungsschutz, steht doch fest, dass der Schaden durch die natürlich auf dem Hang angesammelte „ruhende“ Schneemasse und nicht durch eine merkbar in Bewegung geratene Schneeschicht - wie zum Beispiel bei einem spontanen Abrutschen - verursacht wurde.

Fazit: Auch in dieser Entscheidung wird erfreulicherweise aufgezeigt, dass Versicherungsbedingungen nach dem objektiven erkennbaren Zweck auszulegen sind, wie sie ein durchschnittlich verständiger Versicherungsnehmer vornehmen wird. Dies trifft auf eine Schneedecke auf einem

Hang zu, der den üblichen kontinuierlichen Kriech- und Gleitbewegungen unterliegt. Schäden hingegen, die durch ein spontanes Abrutschen der Schneeschicht entstehen, wären nach diesen Bedingungen nicht bzw. nur eingeschränkt im Rahmen der erweiterten Naturgefahrendeckung gedeckt. Darauf wäre der Versicherungsnehmer aber – wenn eine volle Deckung nicht wirtschaftlich sinnvoll erreicht werden kann – jedenfalls hinzuweisen.

Bei der Abwicklung des Versicherungsfalles ist zu beachten, dass der Versicherer zur Leistung der Neuwertdifferenz nur gegen Nachweis der gesicherten Wiederherstellung verpflichtet ist.

1.2. Zur Auslegung des Art 7.6 der Klipp & Klar Bedingungen für die Unfallversicherung

Der Kläger erlitt am 23. 5. 2011 einen Unfall, bei dem er sich an der linken Schulter verletzte. Dadurch trat bei ihm eine 100%ige Berufsunfähigkeit ein. Darüber hinaus verblieb eine unfallkausale dauernde Invalidität, die einen Invaliditätsgrad von 28 % nicht übersteigt.

In der Versicherungspolizze wird als versichertes Risiko genannt:

„Dauernde Invalidität - Progression 400 %	
Versicherungssumme	EUR 168.730
Lineare Leistung ab jedem Invaliditätsgrad	
für den 25 % übersteigenden Teil des inv. Grades	bis 50 %: zweifache Leistung
für den 50 % übersteigenden Teil des inv. Grades	bis unter 91 %: dreifache Leistung
Leistung für dauernde Invalidität ab 91 %	EUR 674.920
Rehabilitationspauschale:	EUR 1.687,30
Unfalltod	EUR 28.120,--
Unfallkosten bis	EUR 5.000,--
Bergungskosten bis	EUR 10.000,--”

In der Polizze findet sich weiters der Hinweis:

„Wenn dauernde Invalidität (ausgenommen Kompaktschutz) versichert ist:

- unfallbedingte Berufsunfähigkeit (gilt nicht für Berufssportler):

bei unfallbedingter Berufsunfähigkeit wird zumindest die volle Versicherungssumme für dauernde Invalidität geleistet, Art 7.6.“

Dem Versicherungsvertrag liegen die U 500 Klipp & Klar Bedingungen für die Unfallversicherung 12/2007 (in der Folge AVB) zu Grunde. Sie lauten auszugsweise:

„Versicherungsleistungen

Was kann versichert werden? - Artikel 7 bis 14

Dauernde Invalidität - Artikel 7

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt: (...)

5. Varianten der dauernden Invalidität:

(...) 5.3 Progressive Leistung 25 % bis 400 %

In Abänderung der Regelungen über die Höhe der Versicherungsleistungen in Art 7.2.2 ff leisten wir

- bis zu einem Invaliditätsgrad von 25 % entsprechend dem Invaliditätsgrad

- den 25 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades bis unter 50 % mit 2-facher Leistung

- den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades bis unter 91 % mit 3-facher Leistung



- ab 91 % Invaliditätsgrad werden 400 % der Versicherungssumme geleistet.

(...)6. Berufsunfähigkeit

Wird der Versicherte durch den Versicherungsfall dauernd vollständig berufsunfähig, bezahlen wir im Fall der dauernden Invalidität - unabhängig vom Invaliditätsgrad - 100 % der dafür versicherten Summe (gilt nicht für Kompaktschutz). Ist die Leistung aufgrund der Progression höher als 100 %, erbringen wir die höhere Leistung. ...“

Die Beklagte bezahlte vorprozessual an den Kläger die Versicherungssumme von 168.730 EUR. Der Kläger begehrt die Bezahlung weiterer 70.000 EUR. Er sei zu 28 % (das sei 40 % des Armwerts) dauernd invalid. Die Entschädigungsleistung setze sich daher zusammen aus 25 % der Versicherungssumme (168.730 EUR, das seien 42.182,50 EUR) und 3 % der zweifachen Versicherungssumme (337.460 EUR, sohin 10.123,80 EUR), zusammen 52.306,30 EUR. Darüber hinaus habe er einen Anspruch aus vollständiger Berufsunfähigkeit, und zwar unabhängig vom Invaliditätsgrad, in der Höhe von 100 % der Versicherungssumme. Es handle sich dabei um eine Zusatzleistung. Auf Grund der dauernden Invalidität von 28 % falle der Kläger in die zweite Progressionsstufe (zwischen 25 % und 50 %), sodass die doppelte Versicherungssumme heranzuziehen sei. Dem Kläger stehe daher eine Berufsunfähigkeitsentschädigung in der Höhe 337.460 EUR zu. Von der ihm gebührenden Entschädigungsleistung von insgesamt 389.766,30 EUR verbleibe nach Abzug der Zahlung der Beklagten ein Restanspruch von 221.036,30 EUR. Unter aliquoter Anrechnung der Zahlung sowohl auf die Invaliditätsentschädigung als auch auf die Berufsunfähigkeitsentschädigung begehre der Kläger vorerst nur Teilbeträge, und zwar für dauernde Invalidität 20.000 EUR und für Berufsunfähigkeit 50.000 EUR.

Die Beklagte beantragt die Klagsabweisung. Sie habe dem Kläger die volle Versicherungssumme bezahlt und damit seine Ansprüche gedeckt. Beim Kläger liege nur ein Invaliditätsgrad von 23,1 % (das sei 33 % des Armwerts) vor, wofür ihm eine Leistung für dauernde Invalidität von 38.976,63 EUR zustehe. Da aber beim Kläger unfallkausal eine 100 %ige Berufsunfähigkeit eingetreten sei, sei auch der Differenzbetrag auf die Versicherungssumme gemäß Art 7.6 AVB zu leisten gewesen. In Art 7.5 und 7.6 AVB werde nur auf „Leistung“, nicht auf „Versicherungssumme“ Bezug genommen. Das habe jedem durchschnittlichen Versicherungsnehmer klar sein müssen. Erst bei einer Invalidität von 59 % übersteige die progressive Leistung die vereinbarte Versicherungssumme, sodass erst dann eine Leistung über die Versicherungssumme hinaus zu erbringen sei.

Das Erstgericht wies das Klagebegehren ab und schloss sich im Wesentlichen der Einwendungen der beklagten Partei an.

Das Berufungsgericht bestätigte diese Entscheidung.

Mit Urteil vom 17.9.2014, 7 Ob 128/14w, gab der OGH der Revision des Klägers nicht Folge. Nach Auseinandersetzung mit der bekannten Rechtsprechung zur Auslegung von Versicherungsbedingungen führte der OGH Folgendes aus:

Zwischen den Parteien besteht ein Unfallversicherungsvertrag. Das versicherte Risiko ist (nur) die dauernde Invalidität, nicht die Berufsunfähigkeit. Anderes konnte ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer das Vertragswerk auch nicht verstehen. Art 7 AVB wird mit „dauernder Invalidität“ überschrieben. Die AVB enthalten in Art 7.6 nur eine Zusatzvereinbarung (nicht für Berufssportler) über die Berechnung der Leistung für eine unfallbedingte, dauernde Invalidität, wenn diese zusätz-

lich auch noch Berufsunfähigkeit bewirkt. Dann wird jedenfalls die volle Versicherungssumme für dauernde Invalidität geleistet, das heißt auch dann, wenn der Invaliditätsgrad dies nicht rechtfertigen würde. Nur für den Fall, dass auf Grund der Progression die Leistung nach Invaliditätsgrad höher als 100 % der Versicherungssumme ist, wird die höhere Leistung, die Versicherungssumme übersteigend, erbracht. Die Bestimmung ist klar, wenn man bedenkt, dass das versicherte Risiko (nur) die dauernde Invalidität ist.

Die Ansicht des Klägers läuft darauf hinaus, dass er so gestellt werden will, wie wenn er sowohl eine Unfallversicherung als auch eine Berufsunfähigkeitsversicherung abgeschlossen hätte. Dies ist jedoch nicht der Fall. Art 7.6 AVB ist im Gegensatz zur Rechtsmeinung des Klägers für ihn nicht nachteilig, sondern bringt ihm den - hier von ihm auch lukrierten - Vorteil, dass er die gesamte Versicherungssumme erhält, obwohl er ausgehend vom Invaliditätsgrad nur Anspruch auf eine geringere Leistung hätte.

Die Begriffe „versicherte Summe“ und „Leistung“ in Art 7.6 AVB sind weder unklar noch erklärungsbedürftig. Dass die „Versicherungssumme“ nicht mit der „Versicherungsleistung“ ident ist, muss einem durchschnittlichen Versicherungsnehmer klar sein.

Hätte der Kläger sowohl eine Versicherungsleistung im Fall der dauernden Invalidität als auch im Fall der Berufsunfähigkeit erlangen wollen, hätte er beide Risiken eindecken müssen.

Fazit: Die Grenze einer möglichen Interpretation von Versicherungsbedingungen ist wiederum der objektive Wortlaut und erkennbare Zweck der Versicherung. In diesem Fall musste es dem Versicherungsnehmer klar sein, dass er nicht zum Preis der Unfallversicherung auch die volle Progression in Hinblick auf die Berufsunfähigkeitsversicherung erhält.

1.3. Stenogramm – weitere aktuelle versicherungsrechtliche Entscheidungen im Überblick

■ Zur Anzeigepflicht bei nicht ausdrücklich nachgefragten Gefahrenumständen (OGH vom 17.9.2014, 7 Ob 146/14t)

Auch solche Fälle, in denen der Versicherer dem Versicherungsnehmer gar keine Fragen oder auch keine Fragen stellte, die den gesetzlichen Anforderungen entsprechen, können die sogenannte „spontane Anzeigepflicht“ auslösen. Der Versicherungsnehmer hat nicht nachgefragte Umstände dem Versicherer dann mitzuteilen, wenn ihre Mitteilung als selbstverständlich erscheint.

(hier: Versicherungsnehmer teilt unbehobenen Wasserrohrbruch samt alten Nässeschäden bei Abschluss nicht mit, weil Behebung wenige Tage nach Abschluss erfolgt – daher keine grobe Fahrlässigkeit, kein Rücktritt des Versicherers möglich)

■ Keine Feststellung zur Alkoholisierung im Sinne des Art 21.4 ARB 2003 im Deckungsprozess (OGH vom 17.9.2014, 7 Ob 144/14y)

Feststellungen im Deckungsprozess über Tatfragen, die Gegenstand des Haftpflichtprozesses (des zu deckenden Prozesses) sind, sind für den Haftpflichtprozess nicht bin-



dend, daher überflüssig und, soweit sie getroffen werden, für die Frage der Deckungspflicht unbeachtlich. Eine Vorwegnahme der Beweiswürdigung und des Ergebnisses des Haftpflichtprozesses kommt im Deckungsprozess bei Beurteilung der Erfolgsaussichten nicht in Betracht. Wäre eine Feststellung der Alkoholisierung auch in der Entscheidung des Deckungsprozesses ausreichend, dann wäre der Ausgang des Deckungsprozesses vom Inhalt eines Urteils abhängig, das erst im zu deckenden Prozess gefällt wird.



2. International:

2.1. Zum Leistungsausschluss nach § 3 (4) d) ARB-RU 2000 bei nur zur Sicherheit abgetretenen originär eigenen Ansprüchen des Versicherungsnehmers

Die Klägerin begehrt die Feststellung, der beklagte Rechtsschutzversicherer müsse ihr für eine Auseinsetzung mit ihrem früheren Lebensversicherer um die Rückzahlung von Versicherungsprämien Deckungsschutz gewähren.

Die Versicherungsnehmerin hatte mit einer X AG einen „Prozessbetreuungsvertrag“ geschlossen. Die X AG unterstützte damit gegen eine Gebühr und ein erfolgsabhängiges Honorar die Versicherungsnehmerin bei der Geltendmachung eines höheren Rückkaufswertes. Dazu trat sie ihre Ansprüche gegen den Lebensversicherer in Form einer Sicherungsabtretung an die X AG ab, wobei sie weiterhin berechtigt blieb, die Ansprüche in eigenem Namen geltend zu machen.

Die beklagte Rechtsschutzversicherung wendete im Wesentlichen eine Verletzung der Aufklärungsobliegenheit ein, insbesondere berief sie sich auf für den österreichischen Rechtsbereich relevanten Risikoausschluss für die Geltendmachung von Ansprüchen anderer Personen im eigenen Namen, schließlich auch darauf dass der Versicherer nicht die Kosten trägt, zu deren Übernahme ein anderer verpflichtet wäre, wenn der Versicherungsvertrag nicht bestünde.

Das Erstgericht hat der Klage stattgegeben.

Über Berufung der Beklagten hat das Berufungsgericht die Klage abgewiesen. Mit Urteil vom 2.4.2014, IV ZR 124/13, hat der BGH der Revision stattgegeben. Nach ausführlicher Auseinsetzung mit den spezifisch deutschen Rechtsvorschriften kam der BGH unter anderem zu folgender rechtlicher Schlussfolgerung:

Nach den tatrichterlichen Feststellungen ist, wie im Prozessbetreuungsvertrag vereinbart, die in den Versicherungsbedingungen zum Lebensversicherungsvertrag vorgeschriebene Anzeige der Abtretung gegenüber dem Lebensversicherer unterblieben. Die Abtretung ist daher absolut unwirksam, so dass § 3 (4) d) ARB-RU 2000 bereits seinem Wortlaut nach nicht eingreift.

Im Übrigen erfasst die genannte Klausel nicht die Geltendmachung der von der Klägerin nur zur Sicherung abgetretenen Ansprüche aus dem Lebensversicherungsvertrag.

Ihr Zweck, der vor allem auf Fälle der gewillkürten Prozessstandschaft und der Schadensliquidation im Drittinteresse zielt, geht erkennbar dahin zu verhindern, dass ein nicht versicherter eigentlicher Rechtsinhaber in den Genuss der Rechtsschutzleistung kommt, indem er an seine Stelle eine rechtsschutzversicherte Person treten lässt, die den Anspruch geltend macht. Der Rechtsschutzversicherer soll nicht durch eine solche nachträgliche Nutzung rechtlicher Gestaltungsmöglichkeiten mit einem Kostenrisiko belastet werden, für das er keine Prämien erhalten hat. Unter Berücksichtigung dessen hat der Senat die Klausel bereits einschränkend dahin ausgelegt, dass sie weder den Fall einer Fremdversicherung erfasst, bei der es von vornherein Sache des Versicherungsnehmers ist, die Rechte des Mitversicherten geltend zu machen, noch die Geltendmachung eines fremden Anspruchs nach dessen Pfändung und Überweisung, weil hier der rechtsschutzversicherte Pfändungspfandgläubiger im eigenen Interesse handelt.

Auch im Streitfall ist der Schutzzweck des § 3 (4) d) ARB-RU 2000 nicht berührt, wenngleich im Grundsatz Fälle gewillkürter Prozessstandschaft von der Klausel erfasst werden. Eine Verlagerung der Prozesskostenlast von einer nicht versicherten Person auf die Versicherungsnehmerin - und damit letztlich auf den Rechtsschutzversicherer - ist hier nicht erfolgt. Geltend gemacht werden vielmehr originär eigene Ansprüche der bei der Beklagten versicherten Klägerin aus ihrem Lebensversicherungsvertrag. Auch nach deren Abtretung sind diese Ansprüche wirtschaftlich weiterhin der Klägerin zuzuordnen. Der Prozessbetreuungsvertrag und die dort vereinbarte Sicherungsabtretung sollen lediglich deren Durchsetzung im Interesse der Klägerin erleichtern. Die Zessionarin ist im Innenverhältnis zur Klägerin erst bei einem Verzug mit deren Leistungen zur Offenlegung der Zession und zur Geltendmachung im eigenen Namen berechtigt (§ 4 (2) AGB) und bleibt auch dann zur Rückübertragung nach Erlösauskehr verpflichtet (§ 4 (3) AGB). Von den geltend zu machenden Ansprüchen aus dem Lebensversicherungsvertrag steht der X AG lediglich ein Anteil von 25% des den Rückkaufswert übersteigenden Mehrerlöses zu.

Fazit: In Österreich ist gemäß Art 7 Z 5.2. der ARB 2015 (Musterbedingungen des VVO) ein Ausschluss für nach Eintritt des Versicherungsfalles an den Versicherungsnehmer abgetretene Forderungen normiert. Nach dem Wortlaut des Ausschlusses wäre der hier festgestellte Sachverhalt jedenfalls nicht von diesem erfasst, da die Forderung der Versicherungsnehmerin nie an sie abgetreten wurde, sondern von dieser nach wie vor in eigenem Namen geltend gemacht wurde.

Als Gegenbeispiel sei die Empfehlung der Schlichtungskommission RSS-0019-13=RSS-E 20/13 genannt, wo der geltend zu machende Schadenersatzanspruch erst durch die bücherliche Übergabe der Liegenschaft auf den Versicherungsnehmer übergegangen ist (vgl RSS-Newsletter 5/2014, S. 9 ff.).

2.2. Stenogramm – weitere Entscheidungen aus Europa im Überblick

■ Platzen eines Reifens durch Überfahren einer Bordsteinkante ist kein Unfall (OLG Hamm, Urteil vom 15.11.2013, I-20 U 83/13)

Das Überfahren einer Bordsteinkante gehört auch bei einem Sportwagen zum normalen Betrieb eines Fahrzeugs. Kommt es beim Überfahren der Bordsteinkante zu einer Schädigung des Reifens, die sich im Lauf der Zeit ausweitet und dazu führt, dass der Reifen platzt, so liegt kein Unfall in der Kaskoversicherung vor.

■ Zur Eigenverantwortung des Versicherungsnehmers bei Unterfertigung von Unterlagen (Unterscheidung Versicherungsantrag zu Offertanfrage) (Schweizer Bundesgericht, Urteil vom 2.5.2013, 9C_90/2013)

Bei sorgfältigem Durchlesen der Formulare muss einem Beschwerdeführer bewusst werden, dass er (auch) in Bezug auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung keine Offertanfrage, sondern einen formellen Versicherungsantrag stellte.

Auf der die Unterschrift tragende Rückseite des betreffenden Formulars steht in der Mitte gut sichtbar, hinsichtlich Schriftgröße und Fettdruck vom übrigen Text abgehoben "Beitrittserklärung". Darunter kann auch nach allgemeinem Sprachgebrauch nichts anderes verstanden werden als die Erklärung, sich bei der Beschwerdeführerin im Sinne von Art. 3 Abs. 1 KVG für Krankenpflege versichern lassen zu wollen. (Anm.: Auch die Beratung durch einen Versicherungsvermittler konnte an dieser Einschätzung nichts ändern).

II. Fälle aus der Rechtsservice- und Schlichtungsstelle (RSS)

RSS-0015-14 = RSS-E 20/14

Der Antragsteller hat bei der antragsgegnerischen Versicherung eine Rechtsschutzversicherung abgeschlossen. Diese Rechtsschutzversicherung bestand aus dem Baustein Kfz-Rechtsschutz. Per 1.1.2012 wurde dieser Vertrag konvertiert und unter anderem der Baustein Erb- und Familien-Rechtsschutz eingeschlossen.

Vereinbart sind die ARB 2003/ERB 2005, Art 26 der ARB 2003 lautet (auszugsweise):

„3. Was ist nicht versichert?

Im Rechtsschutz in Erbrechtssachen besteht – neben den in Artikel 7 genannten Fällen – kein Versicherungsschutz für die

Wahrnehmung rechtlicher Interessen,

3.1. wenn der zugrunde liegende Erbfall vor Versicherungsbeginn oder innerhalb eines Jahres danach eingetreten ist;

3.2. im Verlassenschaftsverfahren;

3.3. im Zusammenhang mit Erbteilungsklagen;

3.4. für die Geltendmachung von erbrechtlichen Ansprüchen, die durch einen Vertrag über die Erbschaft übertragen worden sind.

4. Wartefrist

Für Versicherungsfälle, die vor Ablauf von sechs Monaten ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn eintreten, besteht kein Versicherungsschutz, ausgenommen im Zusammenhang mit der Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen gemäß Punkt 2.3.“

Da eine Vorversicherung bei einem anderen Versicherer bestand, wurde vom Antragsteller beantragt, dass die Wartefristen aus dem Vorvertrag als erfüllt gelten sollen, um keine Deckungslücke entstehen zu lassen.

In der Polizze ist dazu die Klausel KL00872 genannt, welche wie folgt lautet:

„KL00872 – Verzicht auf die Wartefristen

Abweichend von den in den Besonderen Bestimmungen geregelten Wartefristen besteht auch Versicherungsschutz für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Wartefristen ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn eintreten. Diese Abweichung gilt ausschließlich unter der Voraussetzung, dass ein nahtloser Übergang des Rechtsschutz-Versicherungsvertrages des Vorversicherers zum Rechtsschutz-Versicherungsvertrag der (...) gegeben ist und nur für die Leistungsbereiche, die sowohl beim Vorversicherer als auch bei (...) versichert waren/sind.“

Am 26.3.2012 verstarb die Schwiegermutter des Versicherungsnehmers. Im Jahr 2013 erhob Frau (...) nach Durchführung des Verlassenschaftsverfahrens Erbansprüche gegen den Antragsteller und seine beiden Töchter (bei letzteren ist die Rechtsschutzdeckung aus deren eigenen Verträgen unstrittig).

Die Antragsgegnerin verweigerte unter Berufung auf Art 25 Pkt. 3.1. der ARB 2003 die Deckung.

Der Antragsteller beantragte mit Schlichtungsantrag vom 13.5.2014, der Antragsgegnerin die Deckung des gegenständlichen Rechtsschutzfalles zu empfehlen.

Die Antragsgegnerin gab mit Schreiben vom 3.6.2014 bekannt, sich nicht am Schlichtungsverfahren beteiligen zu wollen.

Aufgrund der Weigerung der Antragsgegnerin, am Verfahren teilzunehmen, war gemäß Pkt. 2 der Verfahrensordnung der von der Antragstellerin geschilderte Sachverhalt, insbesondere was den übereinstimmenden Vertragswillen betrifft, der rechtlichen Beurteilung zugrunde zu legen.

Aus dem aus diesem Grund der Entscheidung zugrunde zu legenden Sachverhalt folgt in rechtlicher Hinsicht:

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; RSS-0019-12=RSS-E 1/13).

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 zuletzt RSS-0014-14-8=RSS-E 19/14).

Nach dem der Schlichtungskommission vorliegenden Sachverhalt muss angenommen werden, dass der übereinstimmende Vertragswille der Streitteile bzw. der Zweck des gegenständlichen Versicherungsvertrages darauf gerichtet war, mit dem Ausschluss der Wartefristen auch den Entfall der zeitlichen Deckungseinschränkung des Pkt. 3.1. zu beabsichtigen, um keine Deckungslücke zum Vorvertrag entstehen zu lassen. Daher war die Deckung zu empfehlen.

Ob dieser übereinstimmende Wille der Parteien des Versicherungsvertrages, der wie bereits dargelegt formfrei zustandekommt, tatsächlich vorlag, ist aber nach ständiger Rechtsprechung eine tatsächliche Feststellung und keine Rechtsfrage (vgl Kodek in Rechberger³, § 498 ZPO Rz 3 und die dort angeführte Rechtsprechung). In einem Rechtsstreit hätte jedoch der Antragsteller diesen Vertragswillen, der vom Wortlaut der Klausel KL00872 abweicht, zu beweisen.



III. Aus der Beratungstätigkeit des Fachverbandes und der RSS

Die versprochene Bonusstufe

Von Seiten einer Fachgruppe wurde folgende Problematik an die RSS herangetragen:
Es komme in der Branche regelmäßig vor, dass Vermittler den Kunden in der Kfz-Haftpflicht eine Einstufung in der Bonusstufe 0 zusagen würden, ggf. sogar gegen ein gesondertes Honorar und ohne Rechnung. Abgesehen von den sich dadurch ergebenden Beweisproblemen stellt sich die Frage, ob bzw. in wieweit dies rechtlich möglich ist.

Die RSS gab dazu folgende Auskunft:

1. *Zur Rechnungslegungspflicht: Gemäß § 11 UStG 1994 ist der Unternehmer zur Rechnungslegung verpflichtet, Einschränkungen hinsichtlich der darin enthaltenen Angaben gibt es nur bei Beträgen unter € 400,--. Ebenso liegt kein Umsatz iSd § 6 Abs 1 Z 8 oder Z 9 lit c UStG 1994, für den gemäß der Verordnung des Bundesministers für Finanzen betreffend den Entfall der Verpflichtung zur Ausstellung von Rechnungen, BGBl. II Nr. 279/2004, die Rechnungslegungspflicht entfallen würde.*

Aus unserer Sicht ist die Verweigerung der Rechnungslegung eine Finanzordnungswidrigkeit iSd § 51 Abs 1 lit d FinstrG, von einer etwaigen Verkürzung von Abgaben abgesehen.

2. *Aus maklerrechtlicher Sicht: Gemäß § 138 GewO darf ein Honorar für eine Beratung lediglich verlangt werden, wenn dies im Einzelnen vereinbart worden ist. Gemäß § 30 MaklerG steht, wenn nicht ausdrücklich und schriftlich etwas Abweichendes vereinbart ist, dem Versicherungsmakler aus dem Maklervertrag mit dem Versicherungskunden keine Provision, sonstige Vergütung oder Aufwandsentschädigung zu.*

Im Ergebnis ist die Vereinbarung eines Honorars seitens des Maklers zivilrechtlich nur wirksam, wenn dies ausdrücklich und schriftlich erfolgt, gewerberechtlich ist die Schriftlichkeit jedoch nicht zwingend. Daher wäre eine fehlende schriftliche Vereinbarung auch gewerberechtlich nicht iSd § 367 GewO strafbar.

3. *Aus versicherungsrechtlicher Sicht: Die Musterbedingungen des Versicherungsverbandes für die Kfz-Haftpflichtversicherung werden im Hinblick auf den Art. 15, der das Bonus-Malus-System regelt, von den Versicherern individuell ausgestaltet. Es ist grundsätzlich zulässig, dass ein Versicherer seinen Kunden vertraglich ermöglicht, eine Bonusstufe zu übernehmen. In den meisten uns bekannten Bedingungen ist eine Übergabe der Bonusstufe im Familienkreis bzw. zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer bzw. bei Leasingfahrzeugen vom Leasinggeber auf den Leasingnehmer vorgesehen. Eine Übergabe über diesen Kreis hinaus könnte aber aus unserer Sicht auch durchaus individuell mit dem Versicherer vereinbart werden. Ggf. wäre eine solche vom Versicherer individuell eingeräumte Bonusstufe nicht auf einen anderen Versicherer übertragbar.*

Eine Rückforderung von Prämien aufgrund einer vom Versicherer irrtümlich eingeräumten Bonusstufe ist nur unter der Voraussetzung der Irrtumsanfechtung (§ 871 Abs 1 ABGB iVm § 877, 1487) möglich.(...)

IV. Sonstiges

1. Neues Versicherungsaufsichtsgesetz ab 1.1.2016 in Kraft

Im Nationalrat wurde das neue Aufsichtsrecht bereits Mitte Dezember beschlossen, nun ist auch die Kundmachung erfolgt (BGBl. I Nr. 34/2015). Der Schwerpunkt des VAG 2016, das das alte VAG vollständig ersetzt, liegt in der Umsetzung der Solvency II-Richtlinie. Zusammengefasst beinhaltet die Novelle folgende Hauptthemen:

- Einrichtung eines den aktuellen internationalen Entwicklungen entsprechenden Governance-Systems
- Kapitalanlage gemäß dem Grundsatz der unternehmerischen Vorsicht
- Risikoorientierte Ermittlung der Eigenmittelausstattung
- Anpassung der Aufsichtsinstrumente und Maßnahmen der FMA
- Anpassung der Prüfpflichten des Abschlussprüfers
- Verbesserung der Beaufsichtigung von Versicherungsgruppen
- Umfassende Berichts- und Meldepflichten

Die Regelungen des VAG treten mit 1.1.2016 in Kraft. Detail am Rande: Die erste Änderung ist bereits in Arbeit, es wurde im Gesetzesentwurf nicht eingearbeitet, dass seit 2014 die Finanzverwaltung Geldwäscheverdachtsmeldungen verwerten darf. Dies wurde erst im Zuge der Beratungen des Bundesrates bemerkt und soll noch vor dem Inkrafttreten korrigiert werden.

2. Helm-„Pflicht“ auf der Piste und der Straße?

Eine bemerkenswerte Entscheidung traf der OGH im vergangenen Sommer (2 Ob 99/14v vom 27.8.2014): Eine Fußgängerin hatte die Straße überquert und die Geschwindigkeit zweier Rennradfahrer unterschätzt. Der hintere der beiden Rennradfahrer, die beide keinen Helm trugen, fuhr seinem Vordermann auf und erlitt schwere Verletzungen. Es wurde festgestellt, dass er mit Helm zwar eine Gehirnerschütterung, jedoch keine Dauerfolgen erlitten hätte.

Ein Drittel wurde dem Radfahrer bei der Bemessung des Schmerzensgeldes bereits abgezogen, weil er keinen ausreichenden Abstand zum Vordermann gehalten habe. Zur Frage, ob auch für das Nichttragen eines Fahrradhelmes ein Abzug erfolgen müsse, äußerte sich der OGH wie folgt:

Der Senat hält die in der Rechtsprechung deutscher Obergerichte bejahte Helmpflicht für „sportlich ambitionierte“ Radfahrer, die sich dabei besonderen Risiken aussetzen, für sachgerecht:

Zum einen hat schon das Berufungsgericht in Anlehnung an die deutsche Rechtsprechung zutreffend dargelegt, dass die Fahrweise dieser Gruppe von Radfahrern, bei der die Erzielung hoher Geschwindigkeiten im Vordergrund steht, naturgemäß ein gesteigertes Unfallrisiko und damit eine beträchtliche Steigerung der Eigengefährdung, insbesondere die Gefahr schwerer Kopfverletzungen der Radfahrer in sich birgt.

Zum anderen ist unabhängig davon, ob eine Trainingsfahrt iSd § 68 Abs 1 und 2 StVO vorliegt - diese Qualifikation ist nur für die dort genannten Ausnahmeregelungen von Bedeutung - bei Fahrten unter rennmäßigen Bedingungen auch schon für das Jahr 2008, in dem sich der gegenständliche Unfall ereignet hat, von einem „allgemeinen Bewusstsein der beteiligten Kreise“ in Österreich auszugehen, dass der „Einsichtige und Vernünftige“ wegen der erhöhten Eigengefährdung einen Radhelm trägt. Haben doch bei einer Umfrage des Kuratoriums für Verkehrssicherheit im Jahr 2006

bereits 93 % der befragten Radfahrer das Tragen eines Helms bei Radsportlern als wichtig erkannt.

Aus den vorstehenden Überlegungen ergibt sich für den vorliegenden Fall, dass den Kläger die Obliegenheit zum Tragen eines Radhelms traf. Die Verletzung dieser Obliegenheit war für seine schweren Kopfverletzungen und die daraus resultierenden Dauer- und Spätfolgen kausal. Nach den Feststellungen hätte er bei Tragen eines Radhelms nur eine Gehirnerschütterung ohne Dauerfolgen erlitten. Das Nichttragen eines Fahrradhelms ist ihm daher unter den konkreten Umständen als Sorglosigkeit in eigenen Angelegenheiten vorzuwerfen, was zu einer Kürzung seines Ersatzanspruchs führt.

Der bereits gekürzte Schmerzensgeldanspruch wird für das Nichttragen des Helmes nochmals gekürzt: Das Schmerzensgeld für diejenigen Verletzungen, die durch einen Helm vermieden hätten werden können, wurde um 25% gekürzt – analog zu Fällen, in denen der Verletzte keinen Sicherheitsgurt getragen hatte.

3. Gewerbeinformationssystem Austria in Betrieb

Am 30. März 2014 wurden die Umstellungsarbeiten abgeschlossen und insgesamt 14 dezentrale Register zu einem neuen unter dem Namen „Gewerbeinformationssystem Austria“ (kurz GISA) zusammengefasst.

Für die Gewerbetreibenden ändert sich dadurch auch die bisherige Gewerberegisternummer, die durch die GISA-Zahl ersetzt wird. Dies ist für Versicherungsvermittler insofern von großer Bedeutung, als diese ihre Gewerberegisternummer bzw. die GISA-Zahl in ihren Geschäftspapieren anführen müssen. Für die Umstellung bestehender Geschäftspapiere wurde eine Frist von 3 Jahren festgesetzt.

Das Versicherungsvermittlerregister, das einen öffentlich abrufbaren Ausschnitt des Gewerberegisters bildet, ist auch unter einer neuen Internetadresse abrufbar:

<https://www.gisa.gv.at/versicherungsvermittlerregister>



Die

Rechtsservice- und Schlichtungsstelle

des Fachverbandes der Versicherungsmakler und Berater in Versicherungsangelegenheiten behandelt rechtliche Probleme in Versicherungsfragen, wenn der Versicherungsvertrag von einem Makler vermittelt wurde

- rechtlich fundiert
- rasch
- kostengünstig

Eine Kommission, bestehend aus fünf Fachleuten, die allesamt umfangreiches Fachwissen auf dem Gebiet des Versicherungsrechtes aufweisen, beurteilt Ihren Fall. Vorsitzender der Schlichtungskommission ist Herr SenPräs. d. OLG i.R. Hofrat Dr. Gerhard Hellwagner.

Nähere Infos bei:

Interessensverband der Versicherungsmakler und Berater
in Versicherungsangelegenheiten Österreichs

Johannesgasse 2/Stiege 1/2.Stock/Tür 28, 1010 Wien

schlichtungsstelle@ivo.or.at

Impressum:

Medieninhaber:

Fachverband der Versicherungsmakler und Berater in Versicherungsangelegenheiten

Johannesgasse 2/Stiege 1/2.Stock/Tür 28, 1010 Wien

Offenlegung

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen trotz sorgfältigster Bearbeitung ohne Gewähr. Eine Haftung der Wirtschaftskammern Österreichs ist ausgeschlossen.

