

Versicherungsrechts-Newsletter 5/2015

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!

Im April/Mai 2015 wurde und wird das 70jährige Bestehen der Republik Österreich gefeiert und wird der Ereignisse rund um das Ende des 2. Weltkrieges sowie der Unterzeichnung des österreichischen Staatsvertrages vor 60 Jahren gedacht.

In allen Festreden wird vor allem darauf hingewiesen, wie wichtig für den Wohlstand der Österreicher die Zusammenarbeit der Sozialpartner war. Ich bin grundsätzlich ein Anhänger der Sozialpartnerschaft, wenn diese auf gegenseitigem Respekt beruht und auch von der Arbeitnehmervertretung die volkswirtschaftliche Bedeutung und Leistung der Klein- und Mittelunternehmer, zu denen wir Versicherungsmakler gehören, gewürdigt wird.

Aus Anlass der Diskussion über das in der IMD II angedachte Provisionsverbot habe ich jedoch diesen Respekt gegenüber den Versicherungsmaklern bei einigen Vertretern der gesetzlichen Interessenvertretungen vermisst. Diese befürchten, dass der Versicherungsmakler den Interessen des Kunden nicht dienen würde, weil er von Versicherern seine Provision erhalte.

Diesen Kritikern unseres Standes muss ich das Urteil des BGH vom 22.5.1985, IVa ZR 190/83, entgegenhalten, das aktuell wie noch nie ist, wonach der Versicherungsmakler der Sachwalter des Kunden ist und der freie und unabhängige Versicherungsmakler eine ähnliche Stellung wie ein Rechtsanwalt und Steuerberater hat.

Auch der OGH hat ausgesprochen, dass der Versicherungsmakler primär als „Bundesgenosse“ des Versicherten dessen Interessen zu wahren hat (vgl RS0114041). Diese Rechtsprechung unterstreicht, dass wir stets im Interesse unserer Kunden unseren Beruf ausgeübt haben und ausüben werden.

Als gewählter Standesvertreter werde ich weiter allen Diffamierungen unseres Berufsstandes aufs Schärfste entgegenreten. Bei der politischen Einigung über das Maklergesetz 1994 war es noch Sozialpartnereinsicht, die jahrzehntelange Verkehrsübung, wonach der Makler die Provision vom Versicherer zu erhalten hat, fortzuschreiben. Dies entspreche nämlich der Erwartungshaltung des Versicherungsnehmers.

Mit freundlichen Grüßen
Gunther Riedlsperger



Inhalt:

I.	Versicherungsrechtliche Judikatur	2
1.	Österreich:	2
1.1.	Zur Auslegung des Art 2.1.2.8. der BU 01 – Risikoausschluss in der Betriebsunterbrechungsversicherung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen	2
1.2.	Behandlungskosten bei einer nicht lege artis erfolgten zahnärztlichen Behandlung sind als Erfüllungssurrogat vom Risikoausschluss nach Art 7 AHVB erfasst	6
1.3.	Stenogramm – weitere aktuelle versicherungsrechtliche Entscheidungen im Überblick	8
2.	International:	9
2.1.	Schweiz: Zur Zahlungspflicht der Unfallversicherung bei psychischen Störungen infolge eines traumatisierenden, selbst verursachten Unfalls	9
2.2.	Stenogramm – weitere Entscheidungen aus Europa im Überblick.....	10
II.	Fälle aus der Rechtsservice- und Schlichtungsstelle (RSS)	12
	RSS-0016-14 = RSS-E 21/14	12
III.	Aus der Beratungstätigkeit des Fachverbandes und der RSS	15
1.	Der Selbstbehalt in der Haftpflichtversicherung im Konkurs des Schädigers	15
2.	Zur Haftung als Wohnungsinhaber	15
IV.	Sonstiges	17
1.	Schmerzensgeldsätze	17
2.	Klage gegen Reiseveranstalter in Österreich oder gegen Vermittler in Deutschland? Ein Fall für die EuGVVO!	17
3.	Zahlreiche Klauseln in Kreditkartenverträgen rechtswidrig	18

I. Versicherungsrechtliche Judikatur

1. Österreich:

1.1. Zur Auslegung des Art 2.1.2.8. der BU 01 – Risikoausschluss in der Betriebsunterbrechungsversicherung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen

Der Kläger ist Architekt. Er war bis 14. 7. 2012 Alleingesellschafter und alleinvertretungsbefugter Geschäftsführer einer GmbH mit dem Geschäftszweck „Architektur“.

Die GmbH schloss mit der Beklagten eine Betriebsunterbrechungsversicherung mit einer Versicherungssumme von 108.000 EUR ab, der unter anderem die „K***** Bedingungen - Unternehmer & Erfolgreich - Betriebsunterbrechungsversicherung für freiberuflich Tätige und Selbständige - Fassung 07/2005“ (kurz: BU 01) zu Grunde liegen. Als „versicherte Person“ ist der Kläger angeführt. Die „Karenzfrist“ beträgt 14 Tage. Der vom Kläger beanspruchte Tagessatz von 300 EUR steht der Höhe nach außer Streit.

Aus den zitierten Bedingungen ist Folgendes hervorzuheben:
„Artikel 2



Was ist nicht versichert?

1. Kein Versicherungsschutz besteht für Unterbrechungsschäden

[...]

1.2. aufgrund von Arbeitsunfähigkeit der namentlich genannten, den Betrieb verantwortlich leitenden Person

[...]

1.2.8. bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen und Störungen (z.B. Burn-out-Syndrom und Ähnliches);

Artikel 6

Wann beginnt und wann endet der Unterbrechungsschaden?

2. Karenz

Unsere Leistungspflicht beginnt nicht vor Ablauf der vereinbarten Karenz. Die Karenz findet nur Anwendung für Unterbrechungsschäden infolge Personenschaden (siehe Artikel 1). Beginnt die Betriebsunterbrechung mit einem mindestens 24-stündigen Krankenhausaufenthalt, so verkürzt sich die Karenzzeit um 7 Tage. Beginnt die Betriebsunterbrechung mit einem mindestens 7-tägigen ununterbrochenen Krankenhausaufenthalt, so entfällt sie auf jeden Fall.“

Bei einer am 2. 3. 2011 durchgeführten Darmspiegelung diagnostizierte der untersuchende Internist beim Kläger Darmkrebs und wies ihn an, sofort ins Krankenhaus zu gehen. Nachmittags konsultierte der Kläger dann noch einen praktischen Arzt, der ihn zur sofortigen Behandlung in eine Klinik überwies, wo er am 3. 3. 2011 morgens stationär aufgenommen wurde. Ab Ende März 2011 hatte er fünf Monate lang eine Chemotherapie und nachfolgend war er bis 20. 9. 2011 auf Rehabilitationsaufenthalt.

Der Kläger war vom 2. 3. bis 20. 9. 2011 100%ig arbeitsunfähig. Danach war allein aufgrund der Krebserkrankung seine 100%ige Arbeitsunfähigkeit nicht mehr gegeben. Die Krebserkrankung verursachte bei ihm aber auch eine psychische Begleiterkrankung in Form einer Anpassungsstörung und einer längeren depressiven Reaktion, weshalb er auch noch nach dem 20. 9. 2011 bis Jänner 2012 berufsunfähig und im Krankenstand war.

Sie anerkannte ihre Leistungspflicht unter Berücksichtigung einer 14tägigen Karenz für die Zeit vom 16. 3. bis 20. 9. 2011.

Der Kläger beehrte 51.350 EUR sA (restliche Versicherungsleistung für 171 Tage von 51.300 EUR und Spesen von 50 EUR). Nach der Krebsdiagnose habe er in seinem Betrieb nicht mehr mitgearbeitet. Er habe nach seiner Krebserkrankung seine Arbeitsfähigkeit nie wieder erlangt. Als Folge seiner Krebserkrankung habe sich bei ihm eine Anpassungsstörung und eine längere depressive Reaktion eingestellt, die zu seiner dauernden Berufsunfähigkeit geführt habe. Diese Folgeerkrankung dürfe nicht isoliert gesehen werden. Sie sei wegen seiner primären Krebserkrankung aufgetreten und dieser zuzuordnen. Der Ausschlussstatbestand des Art 2.1.2.8. BU 01 liege daher nicht vor. Außerdem habe die Beklagte zu Unrecht eine Karenz gemäß Art 6.2. BU 01 berücksichtigt, weil er unverzüglich nach seiner Krebsdiagnose am 2. 3. 2011 ab 3. 3. 2011 einen ununterbrochenen Krankenhausaufenthalt bis April 2011 gehabt habe.

Die Beklagte beantragte die Klageabweisung. Ab 20. 9. 2011 sei er zumindest teilweise wieder arbeitsfähig gewesen. Für die Arbeitsunfähigkeit wegen seiner Anpassungsstörung und depressiven Reaktion bestehe gemäß Art 2.1.2.8. BU 01 kein Versicherungsschutz. Die „Karenzfrist“ von 14 Tagen gelange zur Anwendung.

Das Erstgericht wies die Klage ab. Es schloss sich im Wesentlichen der Argumentation der Beklagten an.

Das Berufungsgericht hob das Ersturteil auf und hielt das Verfahren aus folgenden Gründen für ergänzungsbedürftig:

Die im Zeitraum 21. 9. 2011 bis 2. 3. 2012 fortdauernde Unterbrechung habe aus einer Ursache, nämlich der Krebserkrankung des Klägers, resultiert. Der Risikoausschlussatbestand des Art 2.1.2.8. BU 01 sei nicht anzuwenden. Ein durchschnittlich verständiger Versicherungsnehmer werde die Versicherungsbedingungen nach ihrem erkennbaren Zweck so verstehen, dass sich die risikoeinschränkenden Klauseln (darunter Art 2.1.2.8.) auf solche Gefahrenmomente bezögen, die einen Versicherungsschutz von vornherein gar nicht entstehen ließen. Den Ausnahmetatbestand nach Art 2.1.2.8. BU 01 werde er jedoch nicht dahin verstehen, dass dieser eine an sich versicherte Gefahr (Krebserkrankung) beschränke, dass also etwa bereits bei Heilung der körperlichen Symptome (Tumor) der Versicherungsschutz trotz weiterhin bestehender 100%igen Arbeitsunfähigkeit erlösche. Der Ausnahmetatbestand sei daher nicht heranzuziehen, wenn ein versicherter Personenschaden (Krebs) eine psychische Erkrankung der versicherten Person bewirke und so deren (100%ige) Arbeitsunfähigkeit mit einem daraus resultierenden Unterbrechungsschaden aufrecht erhalten werde. Die fehlenden Feststellungen zur prozentuellen Arbeitsunfähigkeit des Klägers nach dem 20. 9. 2011 bis zum Ende der vertraglichen Haftungszeit erforderten die Aufhebung des Ersturteils.

Zur Frage der Karenzzeit gemäß Art 6.2. letzter Satz BU01 hielt das Berufungsgericht den Sachverhalt für ergänzungsbedürftig, weil offen sei, ob der Kläger gleich nach der Erstdiagnose seinen stationären Aufenthalt antreten hätte können.

Der OGH sprach mit Urteil vom 17.9.2014, 7 Ob 137/14v, dem Kläger € 4.250 sA zu und wies das darüber hinausgehende Begehren ab.

Zum Risikoausschluss für Betriebsunterbrechungen wegen psychischer und psychosomatischer Erkrankungen führte der OGH zusammengefasst wie folgt aus:

Nach der Rechtsprechung entfällt der Versicherungsschutz und der Risikoausschluss greift schon dann, wenn eine der adäquaten Ursachen des Schadens zu den ausgeschlossenen zählt. Art 2.1.2.8. BU 01 schließt unabhängig davon, ob es sich um eine Primär- oder eine Folgeerkrankung handelt, Unterbrechungsschäden aufgrund eingetretener Arbeitsunfähigkeit als Folge von psychischen und auch psychosomatischen Erkrankungen und Störungen vom Versicherungsschutz generell aus. Die Unklarheitenregelung nach § 915 ABGB gelangt hier nicht zur Anwendung, weil dieser Risikoausschluss eindeutig ist. Entgegen der Ansicht des Klägers und des Berufungsgerichts kann ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer den Risikoausschluss nicht so auffassen, dass die als Folge der Behandlung des vom Versicherungsschutz gedeckten Personenschadens (Darmkrebserkrankung) eingetretene psychische Erkrankung davon nicht umfasst sein soll, sondern diese - so der Kläger - „für sich alleine isoliert“ auftreten muss. Wie das Erstgericht zutreffend ausführte, ist dem Risikoausschluss keine Differenzierung in primäre und sekundäre psychische oder psychosomatische Erkrankungen oder Störungen zu entnehmen. Vielmehr sind sämtliche dieser psychischen Mitursachen für die Arbeitsunfähigkeit vom Versicherungsschutz ausgenommen.

Entgegen der Rechtsansicht des Klägers ist die Klausel auch nicht „unter dem Aspekt der Sittenwidrigkeit unwirksam“. Der Ausschluss psychischer Erkrankungen aus dem Versicherungsschutz dient nämlich nicht lediglich den Interessen des Versicherers, sondern auch denjenigen der Versicherungsnehmer. Das Interesse des Versicherers, nur bei objektiv fassbaren, möglichst unproblematisch zu diagnostizierenden Erkrankungen leisten zu müssen, dient auch der den Versicherungsnehmern zu Gute kommenden zuverlässigen Tarifikalkulation und gewährleistet eine - mit vertretbarem Aufwand und zeitnah zu treffende - Entscheidung über die Versicherungsleistungen. Bei Einbeziehung auch psychischer Erkrankungen, die oft schwer oder jedenfalls aufwendig zu verifizieren sind, weil es häufig an objektiv feststellbaren Parametern fehlt, ließe sich eine möglichst günstige Tarifikalkulation nicht gewährleisten. Damit fehlt es aber an einer unangemessenen Benachteiligung der Versicherungsnehmer durch den Leistungsausschluss, sodass ein Fall einer gröblichen Benachteiligung im Sinn des § 879 Abs 3 ABGB nicht vorliegt.

Zum Entfall der Karenzzeit, die letztlich zum Zuspruch von € 4.250 sA führte, führte der OGH aus:

Im Versicherungsvertrag wurde eine „Karenzfrist“ (gemeint: leistungsfreie Zeit) von 14 Tagen vereinbart. Gemäß Art 6.2. letzter Satz BU 01 entfällt die „Karenz“ auf jeden Fall, wenn die Betriebsunterbrechung mit einem mindestens 7-tägigen ununterbrochenen Krankenhausaufenthalt beginnt. Strittig ist die Betriebsunterbrechungszeit vom 2. bis 15. 3. 2011. Nachdem am 2. 3. 2011 ein Internist beim Kläger Darmkrebs diagnostizierte und ihn anwies, sofort ins Krankenhaus zu gehen, suchte er noch am Nachmittag desselben Tages seinen praktischen Arzt auf, der ihn zur sofortigen Behandlung in eine bestimmte Klinik überwies. Dort trat er am Morgen des 3. 3. 2011 seinen mehrwöchigen stationären Krankenhausaufenthalt an.

Der Oberste Gerichtshof teilt die Rechtsansicht des Berufungsgerichts, dass Art 6.2. BU 01 orientiert am Maßstab eines durchschnittlich verständigen Versicherungsnehmers nicht starr dahin zu interpretieren ist, dass der Beginn der Betriebsunterbrechung mit dem Beginn des Krankenhausaufenthalts zusammenfallen muss, sondern es sind auch akute Fälle, die außerhalb des Krankenhauses eintreten und eine sofortige stationäre Krankenhausbehandlung erfordern (Unfälle, akute Erkrankungen), die auch ohne unnötigen Aufschub in Anspruch genommen wird, davon erfasst. Demnach entfällt die „Karenzzeit“ nach Art 6.2. letzter Satz BU 01 bei akuten Personenschäden, die zwar außerhalb eines Krankenhauses eintreten (und bei denen schon zu diesem Zeitpunkt die Voraussetzungen eines Unterbrechungsschadens vorliegen), die aber danach zu einem mindestens 7-tägigen ununterbrochenen Aufenthalt im Krankenhaus, das ehestmöglich aufgesucht wird, führen. Es steht fest, dass der Kläger nach der Untersuchung und der Erstdiagnose am 2. 3. 2011 (Beginn der Betriebsunterbrechung) unverzüglich, nämlich schon am Morgen des nächsten Tages - nachdem er noch am selben Tag seinen Hausarzt konsultiert hat - seinen mehrwöchigen Krankenhausaufenthalt antrat.

Fazit:

Die vorliegende Entscheidung zeigt, wie wichtig das Studium und die Beurteilung der Risikoausschlussklauseln sind. Es ist sicherlich der Wunsch des Versicherungsnehmers, so weit zu als möglich versichert zu sein. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang die Argumentation des OGH, dass ein Risikoausschluss auch dem Versicherungsnehmer in Form einer zuverlässigen Tarifikalkulation zugute komme.

Um allfällige Haftungsansprüche zu vermeiden, sollte dort, wo es die tarifliche Möglichkeit gibt, ausgeschlossene Risiken mitzuversichern, mit dem Kunden erörtert werden, ob er bereit ist, eine höhere Prämie für die verbesserte Deckung in Kauf zu nehmen.

Stellt der Risikoausschluss jedoch ein unkalkulierbares Risiko dar, wird nach der Argumentation des OGH eine gröbliche Benachteiligung des Versicherungsnehmers nach § 879 Abs 3 ABGB in aller Regel ausscheiden.

1.2. Behandlungskosten bei einer nicht lege artis erfolgten zahnärztlichen Behandlung sind als Erfüllungssurrogat vom Risikoausschluss nach Art 7 AHVB erfasst

Der im Dezember 2011 verstorbene Zahnarzt Dr. P***** S***** betrieb eine Zahnarztpraxis mit dem Schwerpunkt Kieferorthopädie. Zwischen ihm und der Beklagten bestand ein Berufshaftpflichtversicherungsvertrag, dem die AHVB 2009 und EHVB 2009 zugrundelagen.

Die Klägerin war beim Versicherungsnehmer ab Oktober 2006 in Behandlung, welche nicht lege artis durchgeführt wurde. Zur Korrektur ist eine neuerlich feststehende kieferorthopädische Behandlung erforderlich, die von der nunmehr behandelnden Ärztin durchgeführt wird. Die Klägerin trägt seit Anfang November 2012 eine neue feststehende Zahnspange. An Behandlungskosten hat die Klägerin einen Betrag in Höhe von insgesamt 4.150 EUR und für die Diagnose, die Planung und die Herstellung des Heilungskostenplans einen Betrag von 210 EUR an die nunmehr behandelnde Zahnärztin zu entrichten.

Die Klägerin beehrte zuletzt insgesamt 4.360 EUR an Behandlungskosten und 3.520 EUR an Schmerzensgeld. Die vom Versicherungsnehmer der Beklagten vorgenommene Behandlung sei nicht lege artis erfolgt, sie sei vielmehr frustriert. Die Kosten für die weitere notwendige Behandlung würden 4.360 EUR betragen.

Die Beklagte beantragte die Abweisung des Klagebegehrens. Wäre der Versicherungsnehmer nicht verstorben, hätte er die Behandlung kunstgerecht zu Ende geführt. Die Klägerin mache Ansprüche wegen Nichterfüllung oder Schlechterfüllung und somit Leistungsstörungenansprüche geltend. Diese seien jedoch vom Versicherungsvertrag nicht umfasst. Die eingeklagte Forderung stelle zudem ein Erfüllungssurrogat dar, wofür nach Art 7 AHVB kein Versicherungsschutz bestehe.

Das Erstgericht gab dem Klagebegehren zur Gänze statt. Der Zuspruch von 1.200 EUR sA an Schmerzensgeld erwuchs in Rechtskraft.

Das Berufungsgericht bestätigte das Ersturteil im Umfang des Zuspruchs der Behandlungskosten von 4.360 EUR. Hinsichtlich des Schmerzensgeldes wurde das Urteil des Erstgerichtes aufgehoben.

Gegen den Zuspruch der Behandlungskosten richtete sich die Revision der beklagten Partei.

Mit Urteil vom 17.9.2014, 7 Ob 143/14a, wurde der Revision der Beklagten Folge gegeben und das Begehren auf Zahlung von € 4.360 abgewiesen.

Der Oberste Gerichtshof führte zusammenfassend Folgendes aus:

Es entspricht ganz allgemein dem Grundgedanken der Haftpflichtversicherung, das Unternehmerisiko im Allgemeinen nicht auf den Versicherer zu übertragen; es soll grundsätzlich nicht versiche-



rungsfähig sein. Zur Absicherung dieses Grundsatzes dienen die Haftungsausschlüsse des Art 7.1. AHVB. Nach Art 7.1.1. fallen unter die Versicherung gemäß Art 1. insbesondere nicht Ansprüche aus Gewährleistung für Mängel. Art 7.1.3. AHVB schließt Versicherungsschutz für die Erfüllung von Verträgen und für die an deren Stelle tretende Ersatzleistungen aus.

Von der Ausschlussbestimmung des Art 7.1. AHVB sind auch Schadenersatzansprüche umfasst, die an die Stelle der Gewährleistung treten (sie surrogieren), also den sich mit Gewährleistungsbefehlen zu liquidierenden Mangel vergüten.

Als Erfüllungssurrogat werden dabei diejenigen Schadenersatzansprüche bezeichnet, durch die ein unmittelbares Interesse am eigentlichen Leistungsgegenstand eines abgeschlossenen Vertrags geltend gemacht wird. Ausgeschlossen sind diejenigen Schadenersatzansprüche, die auf das Vertragsinteresse gerichtet sind, den Gläubiger also in den Genuss der ordnungsgemäßen Leistung bringen sollen. Gedeckt sind hingegen Schäden aus mangelhafter Vertragserfüllung (Mangelfolgeschäden, Begleitschäden), die jenseits des Erfüllungsinteresses des Gläubigers liegen. Der Begriff „Erfüllungssurrogat“ deckt sich nicht mit dem haftungsrechtlichen Begriff des Schadenersatzrechts wegen Nichterfüllung. Das Erfüllungssurrogat ist eine eigenständige versicherungsrechtliche Rechtsfigur.

Die EHVB enthalten zu den AHVB ergänzende Regelungen; im Wesentlichen wird der Versicherungsschutz erweitert. So werden auch in Punkt 9.3. im Abschnitt B EHVB „reine“ Vermögensschäden in den Versicherungsschutz einbezogen, und zwar abweichend von Art 1.2.1.2. AHVB. Bereits der ausdrückliche Hinweis auf die von Art 1.2. AHVB abweichende Regelung zeigt unmissverständlich, dass ausschließlich der in der genannten Bestimmung umschriebene Versicherungsschutz erweitert werden soll, aber keine Abänderung der übrigen Bestimmungen der AHVB - vor allem der Risikoausschlüsse des Art 7 AHVB - vorgenommen werden soll. Schon der Wortlaut des Punkts 9.1. im Abschnitt B der EHVB im Zusammenhang mit Art 1.2.1.1. und Art 7.1.3. AHVB lässt nicht darauf schließen, dass für „reine“ Vermögensschäden die genannten Risikoausschlüsse abbedungen werden sollten. Vielmehr kann der verständige Versicherungsnehmer diese Bedingungslage nur so auffassen, dass ihm durch den Einschluss der „reinen“ Vermögensschäden in den Versicherungsschutz nicht das unternehmerische Risiko abgenommen wird und Erfüllungssurrogate nicht ersetzt werden.

Fazit:

Direktklagen des Geschädigten gegen den Haftpflichtversicherer des Schädigers sind nur in wenigen Fällen möglich (§ 26 KHVG, § 52d ÄrzteG, § 26c ZahnärzteG). Es ist aus rechtspolitischer Sicht unbefriedigend, dass einem Geschädigten auch bei einer Direktklage Risikoausschlüsse entgegengehalten werden können, obwohl der Geschädigte über den Inhalt des Versicherungsvertrages keine Kenntnis hat. Besonders unbefriedigend ist das Ergebnis, zumal die Klägerin minderjährig war, die Klagsführung daher nur mit Genehmigung des Pflsgerichts (§ 154 Abs 3 ABGB) zulässig war – es bleibt zu hoffen, dass die negativen Kostenfolgen von einer Rechtsschutzversicherung getragen werden. Der Entscheidung kann nicht entnommen werden, warum nicht der Nachlass des Zahnarztes zumindest mitgeklagt wurde.



1.3. Stenogramm – weitere aktuelle versicherungsrechtliche Entscheidungen im Überblick

- **Wiederherstellungsklausel ist streng auszulegen (OGH vom 5.11.2014, 7 Ob 167/14f, 7 Ob 188/14v)**

Die strenge Wiederherstellungsklausel stellt nach ständiger Judikatur eine Risikobegrenzung dar. Es soll sichergestellt werden, dass der Versicherungsnehmer die Versicherungssumme nicht für frei bestimmbare Zwecke verwendet. Die strenge Wiederherstellungsklausel bedeutet, dass zunächst im Versicherungsfall nur ein Anspruch auf den Zeitwert entsteht und der Restanspruch auf den Neuwert von der Wiederherstellung oder deren (fristgerechten) Sicherstellung abhängt. Wann die Verwendung gesichert ist, ist nach Treu und Glauben zu entscheiden. Eine 100%ige Sicherheit kann nicht verlangt werden. Es muss ausreichen, dass angesichts der getroffenen Vorkehrungen kein vernünftiger Zweifel an der Durchführung der Wiederherstellung besteht. Die Vorlage von Kostenvoranschlägen, Absichtserklärungen des Versicherungsnehmers, die bloße Bauplanung oder eine bloß behelfsmäßige Reparatur ist für die Sicherung der Wiederherstellung nicht ausreichend ist.

- **Zum Begriff der Arbeitsunfähigkeit in § 1 Z 3 AUZ (OGH vom 10.12.2014, 7 Ob 169/14z)**

Versichert ist nicht die berufliche Leistungsfähigkeit des Versicherten überhaupt, sondern nur in Verbindung mit bestimmten Berufen, wobei es auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit ankommt. Die Tätigkeit, auf die der Versicherte verwiesen werden kann, darf weder hinsichtlich ihrer Vergütung noch in ihrer Wertschätzung spürbar unter das Niveau des bisher ausgeübten Berufs absinken, insbesondere keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordern. Darauf, ob der Kläger noch Tätigkeiten verrichten könnte, die nicht seiner Lebensstellung entsprechen, kommt es nach den AUZ nicht an.



2. International:

2.1. Schweiz: Zur Zahlungspflicht der Unfallversicherung bei psychischen Störungen infolge eines traumatisierenden, selbst verursachten Unfalls

Der Versicherungsnehmer verursachte am 21.3.1999 als Fahrzeuglenker einen Unfall. Er übersah bei einem Linksabbiegemanöver mit einer signalisierten Höchstgeschwindigkeit von 80 km/h ein entgegenkommendes Auto. Dieses Auto stieß mit der Front in die rechte hintere Seite des von ihm gelenkten Fahrzeugs. Der VN und seine auf dem Beifahrersitz mitfahrende Tochter zogen sich keine erheblichen Verletzungen zu, seine Frau, die hinten saß, wurde lebensgefährlich verletzt und verstarb noch im Fahrzeug vor den Augen ihres Mannes und ihrer Tochter. Der VN war über seinen Arbeitgeber gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Nach 10 Jahren psychischer Leiden sprach die Invaliditätsversicherung ab Oktober 2009 aufgrund eines psychiatrischen Gutachtens, welches auch zur Frage der Unfallkausalität Stellung nahm, basierend auf einem Invaliditätsgrad von 88% eine ganze Invalidenrente zu. Nachdem der VN seine Unfallversicherung zum damaligen Unfall bereits angemeldeten posttraumatischen Belastungsstörungen er sucht hatte, lehnte die VU schließlich eine Leistungspflicht mangels anspruchsbegründendem Kausalzusammenhang ab.

Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen gab der Beschwerde Folge und wies die Unfallversicherung an, die Versicherungsleistung aus der ab 2008 aufgetretenen Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit zu prüfen. Fest steht, dass der VN im Anschluss an den Unfall an behandlungbedürftigen unfallbedingten Folgen einer posttraumatischen Belastungsstörung litt. Nach einer Unterbrechung ab 2008 musste er sich wiederum psychiatrisch behandeln lassen. Unbestritten ist, dass die ab 2008 erneut fachpsychiatrisch behandelten Beeinträchtigungen und die damit verbundene Arbeitsunfähigkeit in einem zumindest teilweise natürlich kausalem Zusammenhang stehen.

Die Unfallversicherung erhob Beschwerde an den Schweizerischen Bundesgerichtshof. Sie begründete dies damit, das Versicherungsgericht habe das Willkürverbot von Art 9 des Schweizer Bundesverfassung verletzt, indem es die Unfalladäquanz und damit im Grundsatz ihre Leistungspflicht in Bezug auf die ab 2008 behandelten Beschwerden und die dadurch verursachte Arbeitsunfähigkeit bejaht hat.

Einen Verstoß gegen das Willkürverbot konnte der Schweizerische Bundesgerichtshof nicht erkennen (Erkenntnis des Schweizer Bundesgerichts, 8C_593/2013 vom 11.12.2013).

Nach seiner Rechtsprechung sei nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung zu beurteilen, ob in Bezug auf die ab 2008 wiederum behandlungsbedürftigen und zur Arbeitsunfähigkeit führenden Beeinträchtigungen des VN auch die für die Leistungspflicht des UV zusätzlich erforderliche Unfalladäquanz zu bejahen ist. Dabei sei nicht auf die psychisch gesunden, sondern eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Für eine solche Beurteilung bilden auch solche versicherte Bezugspersonen, die im Hinblick auf die erlebnismäßige Verarbeitung eines Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmäßiger Sicht auf einen Unfall nicht „optimal reagieren“. Für die Beurteilung der Frage, ob ein konkretes Unfallereignis als alleinige oder Teilursache geeignet ist, zu einer bestimmten psy-

chischen Schädigung zu führen, sei kein allzu strenger, sondern ein realitätsgerechter Maßstab anzulegen.

Eine Entscheidung des Versicherungsgerichtes sei dann willkürlich, wenn sie eine Norm oder einen klaren und unumstrittenen Rechtsgrundsatz offensichtlich schwer verletze, sich mit sachlichen Gründen schlechthin nicht vertreten lasse oder dem Gerechtigkeitsgedanken zuwiderlaufe. Da die Unfallversicherung die Tatsachenfeststellungen nicht bestreite, sei die Vorinstanz nach Ansicht des Bundesgerichtshofs zu Recht davon ausgegangen, dass der VN auch von 2000-2008 von posttraumatischen Symptomen beeinträchtigt war.

Fazit: Im Gegensatz zu dem unter 1.1. geschilderten Fall sind hier psychischen Erkrankungen nicht vom Versicherungsschutz vertraglich ausgeschlossen gewesen, fraglich war nur, ob sie kausale Folge des Unfalls waren. Für den österreichischen Rechtsbereich ist aus Sicht der Versicherungsmakler zu bemerken, dass es auf dem Schweizer Versicherungsmarkt offenbar möglich ist, im Rahmen einer betrieblich abgeschlossenen Unfallversicherung einerseits psychische Unfallfolgen zu versichern, andererseits eine Geltendmachung dauernder Invalidität auch lange nach dem Unfall möglich ist. Nach den in Österreich üblichen Bedingungen müsste die unfallsbedingte Invalidität innerhalb von einem Jahr nach dem Unfall eingetreten sein bzw. könnte längstens 4 Jahre nach dem Unfall neu bemessen werden.

2.2. Stenogramm – weitere Entscheidungen aus Europa im Überblick

■ **Kfz-Haftpflicht muss alle innerstaatlich vorgesehene Schadenersatzleistungen abdecken (EuGH, Urteil vom 24.10.2013, C-22/12)**

Art. 3 Abs. 1 der Richtlinie 72/166/EWG des Rates vom 24. April 1972 betreffend die Angleichung der Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten bezüglich der Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung und der Kontrolle der entsprechenden Versicherungspflicht, Art. 1 Abs. 1 und 2 der Zweiten Richtlinie 84/5/EWG des Rates vom 30. Dezember 1983 betreffend die Angleichung der Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten bezüglich der Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung in der durch die Richtlinie 2005/14/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 11. Mai 2005 geänderten Fassung und Art. 1 Abs. 1 der Dritten Richtlinie 90/232/EWG des Rates vom 14. Mai 1990 zur Angleichung der Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung sind dahin auszulegen, dass die obligatorische Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung immaterielle Schäden von Personen, die den Todesopfern eines Verkehrsunfalls nahestanden, decken muss, soweit dieser Schadenersatz aufgrund der zivilrechtlichen Haftung des Versicherten in dem auf den Ausgangsrechtsstreit anwendbaren nationalen Recht vorgesehen ist.

■ **Keine Leistungspflicht für Sturmfolgeschäden in der Campingversicherung (OLG Hamm, Urteil vom 20.11.2013, I-20 U 26/13)**

Ist in einer Camping-Versicherung der Wohnwagen gegen Beschädigung „durch unmittelbare Einwirkung von Sturm“ versichert, so werden nur die Schäden ersetzt, bei denen der Sturm die zeitlich letzte Ursache des Sachschadens ist. Tritt nach einem Sturmschaden aufgrund von Niederschlag Wasser in den Wohnwagen ein und verursacht dort Feuchtigkeitsschäden, so fehlt es am erforderlichen Unmittelbar-



keitszusammenhang.

Der Versicherungsnehmer muss den genauen Zeitpunkt eines Sturms nicht darlegen und nachweisen, wenn der Wohnwagen entsprechend den Bedingungen in einem Winterlager abgestellt war, in diesem Zeitraum unstreitig mehrere bedingungsgemäße Stürme auftraten und der Schaden am Wohnwagen durch Sturmeinwirkung erfolgt ist.



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

RSS-0016-14 = RSS-E 21/14

Die Antragstellerin ist bei der antragsgegnerischen Versicherung rechtsschutzversichert. Diese Rechtsschutzversicherung beinhaltet u.a. den Baustein „Allgemeiner Vertragsrechtsschutz“.

Der Rechtsfreund der Antragstellerin ersuchte mit Schreiben vom 14.4.2014 um Rechtsschutzdeckung für folgenden Rechtsschutzfall:

Die Antragstellerin hat eine Krankenversicherung abgeschlossen. Die Antragstellervertreterin sandte zu diesem Vertrag am 21.11.2013 ein Kündigungsschreiben per 28.2.2014 an den Versicherer, wobei in der Überschrift „Kündigung“ handschriftlich „unter Vorbehalt“ angefügt wurde.

Die Krankenversicherung nahm diese Kündigung am 2.12.2013 ohne zwischenzeitliche Nachfrage bei der Antragstellerin oder deren Vertreterin an.

Am 18.2.2014 ersuchte die Antragstellervertreterin um Stornierung der Kündigung und erklärte weiters, dass die mitversicherte Person (die volljährige Tochter, Anm.) jedenfalls ihr Recht auf Fortführung des Vertrages gemäß § 178j in Anspruch nehme.

Da der Versicherer eine Fortführung des Vertrages über den 28.2.2014 hinaus ablehnt, möchte die Antragstellerin eine Feststellungsklage gegen den Krankenversicherer erheben.

Die Antragsgegnerin lehnte mit Schreiben an den Rechtsfreund der Antragstellerin vom 17.4.2014, die Deckung wie folgt ab:

„(...)Bei Beurteilung der Gesamtumstände der vom Makler unserer VN erklärten Kündigung gelangen wir zum Ergebnis, dass einer klagsweisen Durchsetzung des Rechtsstandpunktes unserer VN die bedingungsgemäß erforderlichen Erfolgsaussichten mangeln.

Eine Kündigungserklärung ist eine eindeutige Willenserklärung - im Anlassfall gerichtet auf Beendigung des Versicherungsvertrages zu einem bestimmten Termin.

Deren eindeutiger Erklärungsinhalt ist auch nicht durch einen allgemeinen Zusatz „unter Vorbehalt“ zu relativieren:

Kündigungen von Dauerschuldverhältnissen unterliegen bekanntlich strengen rechtlichen Voraussetzungen, zu denen im Besonderen die Einhaltung von Kündigungsfristen zählen. Beabsichtigt man nun, sich beim Umstieg auf einen vermeintlich günstigeren Versicherer alle Optionen offen zu halten (also sicher zu stellen, dass eine Beendigung des „alten“ Versicherungsvertrages auch termingerecht möglich ist, obwohl man zum Zeitpunkt der notwendigen Kündigungserklärung noch nicht sicher weiß, ob die gewünschten besseren Konditionen des neuen Versicherers tatsächlich bestehen), so ist dieses Dilemma nicht zu Lasten des alten Versicherers dadurch lösbar, dass man zwar rechtzeitig eine Kündigungserklärung abgibt, den dadurch zum Ausdruck gebrachten Erklärungsinhalt aber nur unter Voraussetzungen gelten lassen will, die man dem Erklärungsadressaten gegenüber nicht offen legt („unter Vorbehalt“). Jedes andere Ergebnis liefe auf eine Umgehung der zwingenden Kündigungsfristen hinaus.

Die gewählte Vorgangsweise ist daher zur Herstellung des beabsichtigten rechtlichen Erfolgs ungeeignet, da die gewünschte Rechtsposition „Kündigung in Schweben“ darauf nicht zu stützen ist. Anders wäre die Rechtslage nur zu beurteilen, wenn die Vorbehaltsgründe dem Versicherer gegenüber offen gelegt wurden und dieser darauf nicht reagiert hätte. Sollten Ihnen diesbezügliche Informationen vorliegen, erwarten wir gerne Ihre Ausführungen dazu, widrigenfalls aufgrund der dargestellten Situation eine Kostendeckung für die beabsichtigte Klagsführung nicht möglich ist.“

Gegen diese Ansicht richtete sich der Schlichtungsantrag vom 13.5.2014. Aus Sicht der Antragstellerin sei ein Wechsel des Krankenversicherers nicht anders möglich, als eine Kündigung mit Vorbehalt auszusprechen, da der Versicherungsnehmer verpflichtet sei, vor Versicherungsbeginn einer neu abgeschlossenen Krankenversicherung neu aufgetretene Erkrankungen anzuzeigen, was in der Folge zu einem Rücktritt vom bereits abgeschlossenen Vertrag durch den Neuversicherer führen könnte.

Die Antragsgegnerin verwies in ihrer Stellungnahme vom 4.6.2014 auf die Vorkorrespondenz.

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

Eine Kündigung einer Krankenversicherung durch den Versicherer ist gemäß § 178i Abs 2 nur bei Gruppenversicherungen und Krankengeldversicherungsverträgen zulässig.

Eine Kündigung durch den Versicherungsnehmer ist nach den Musterbedingungen (die im konkreten Fall vereinbarten Bedingungen stehen der Schlichtungskommission nicht zur Verfügung) zum Ende des Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten möglich (§ 13 Abs 1 VVO-Krankheitskosten und Krankenhaus-Tagegeldversicherung 2013).

Auch für die Kündigung von Versicherungsverträgen gilt die Rechtsprechung, dass Kündigungen grundsätzlich bedingungsfeindlich sind. Eine Kündigung „unter Vorbehalt“ ist somit unzulässig, wenn der Erklärende keine näheren Umstände anführt, unter denen die Kündigung wirksam sein soll (vgl RS0028418).

Diesbezüglich ist der Antragsgegnerin grundsätzlich beizupflichten. Der Argumentation der Antragsgegnerin ist jedoch Folgendes entgegenzuhalten:

Nach der Rechtsprechung hat sich die vorzunehmende Beurteilung, ob "keine oder nicht hinreichende Aussicht auf Erfolg" besteht, am Begriff "nicht als offenbar aussichtslos" des die Bewilligung der Verfahrenshilfe regelnden § 63 ZPO zu orientieren (vgl RS0082253; vgl auch RSS-0027-13= RSS-E 2/14).

Wendet man diese Rechtsprechung auf den vorliegenden, im Schlichtungsverfahren unbestrittenen Sachverhalt an, dann hängt die Beurteilung der Aussichtslosigkeit der Klagsführung gegen den Krankenversicherer davon ab, ob dieser verpflichtet gewesen wäre, die bedingte Kündigung zurückzuweisen und ob dieser überhaupt berechtigt gewesen wäre, die unzulässige Kündigung anzunehmen, ohne mit dem Versicherungsnehmer oder dessen Vertreter Rücksprache zu halten.

Hinzuweisen ist darauf, dass bei Versicherungsverträgen wie bei allen schuldrechtlichen Verträgen grundsätzlich Vertragsfreiheit herrscht. Darunter fällt u.a. Abschluss- oder Eingehungsfreiheit, dh.

dass es im Belieben der Parteien steht, ob und mit wem sie kontrahieren wollen (vgl. Dittich/Tades, ABGB36 (2003), § 859 E 1, 1a und die dort zit. Rspr.).

Es muss daher auch den Parteien des Versicherungsvertrages grundsätzlich freistehen, eine Vereinbarung darüber zu treffen, trotz einer unzulässigen Kündigung frei zu vereinbaren, dass eine ursprünglich unzulässige Kündigung doch als zulässig zur Kenntnis genommen wird.

Nach § 863 ABGB kann man seinen Willen nicht nur ausdrücklich durch Worte und allgemein angenommene Zeichen; sondern auch stillschweigend durch solche Handlungen erklären, welche mit Überlegung aller Umstände keine vernünftigen Grund, daran zu zweifeln, übrig lassen.

Ob der Krankenversicherer das zweimonatige Schweigen des Versicherungsnehmers auf die Annahme der unzulässigen Kündigung als Einverständnis mit der Kündigung deuten durfte, muss dem streitigen Verfahren zwischen diesem und der Versicherungsnehmerin vorbehalten bleiben.

Im Lichte dieser Rechtsprechung ist aber von einer offenbaren Aussichtslosigkeit der Rechtsverfolgung durch die Antragstellerin nicht auszugehen.

Der Vollständigkeit halber ist zu bemerken, dass die Frage des Rechtsschutzes der volljährigen Tochter hinsichtlich der Frage, ob diese rechtswirksam die Fortführung des Versicherungsvertrages gemäß § 178j VersVG erklärt hat, nicht Gegenstand des vorliegenden Schlichtungsverfahrens ist, da es sich um Ansprüche einer anderen Person aus einem anderen Rechtstitel handelt.



III. Aus der Beratungstätigkeit des Fachverbandes und der RSS

1. Der Selbstbehalt in der Haftpflichtversicherung im Konkurs des Schädigers

Folgenden praktischen Fall schilderte ein Mitglied der RSS:

Über das Vermögen eines Steuerberaters sei die Insolvenz eröffnet worden, das Mitglied sei beauftragt worden, die laufenden Haftpflichtfälle abzuwickeln. Dabei stelle sich die Frage, ob die Vermögensschadenhaftpflichtversicherung des Steuerberaters dem Kunden den vollen Schaden ersetzen muss und den jeweiligen Selbstbehalt im Insolvenzverfahren als Konkursforderung anmelden muss oder der Kunde vom Selbstbehalt nur die Konkursquote erhält.

Die RSS gab dazu folgende Auskunft:

Grundsätzlich ist es so, dass in der Insolvenz des VN der Geschädigte vom Versicherer abgesonderte Befriedigung aus der Entschädigungsforderung des VN verlangen kann (§ 157 VersVG). Er kann dabei aber nur jene Rechte erwerben, die der VN selbst gegenüber seinem Versicherer hat – ein direktes Klagerecht gegen den Versicherer besteht ja nur in wenigen Fällen der Pflichthaftpflicht (Kfz, Ärzte, Zahnärzte). Der Selbstbehalt bleibt daher als Konkursforderung am Geschädigten hängen – jedoch mit zwei Hinweisen:

- 1. Es kann im Versicherungsvertrag etwas Abweichendes vereinbart sein – das damalige BMWA ging übrigens bei Versicherungsvermittlern davon aus, dass intern vereinbart ist, dass der Haftpflichtversicherer gegenüber dem geschädigten Dritten in Vorleistung tritt und den Selbstbehalt dann einfordert, zumindest ist dies so in der Musterbestätigung für die Haftpflicht so festgehalten. Das wäre für den Geschädigten natürlich von Vorteil, weil er das Insolvenzrisiko an den Versicherer abgibt.*
- 2. In Deutschland gibt es seit dem VVG 2007 dafür eine eigene Bestimmung. Gemäß § 114 VVG kann der Selbstbehalt im Bereich der Pflichthaftpflichtversicherung dem Dritten nicht entgegengehalten werden.*

2. Zur Haftung als Wohnungsinhaber

Ein Mitglied wandte sich mit folgendem Sachverhalt an die RSS:

Sein Kunde habe seine Eigentumswohnung vermietet. In dieser Wohnung befindet sich ein Öfen. Aus diesem traten aufgrund eines defekten Panzerschlauches rund 200l Heizöl aus. Die Privat-Haftpflichtversicherung des Mieters übernahm zwar die Kosten, regressierte sich jedoch beim Vermieter. Dieser suchte seinerseits bei seinem Privat-Haftpflichtversicherer an, welcher die Deckung ablehnte, da die Haushaltsversicherung für eine andere Wohnung (nämlich diejenige, in der er tatsächlich wohnte) abgeschlossen war.

Dazu folgende Frage des Maklers: die Haftpflichtversicherung deckt bedingungsgemäß auch Schäden aus der Eigenschaft als Wohnungsinhaber – ist diese Bestimmung hier anwendbar?

Die RSS gab dazu folgende Stellungnahme ab:

Uns ist dazu zwar keine einschlägige Judikatur bekannt, unseres Erachtens bezieht sich die Deckung in der Eigenschaft als „Wohnungsinhaber“ in diesem Zusammenhang auf die Haftung nach § 1318 ABGB:

§ 1318. Wird jemand durch das Herabfallen einer gefährlich aufgehängten oder gestellten Sache; oder, durch Herauswerfen oder Herausgießen aus einer Wohnung beschädigt; so haftet derjenige, aus dessen Wohnung geworfen oder gegossen worden, oder die Sache herabgefallen ist, für den Schaden.

Die Haftung trifft denjenigen, der die tatsächliche Verfügungsgewalt über den betreffenden Wohnraum hat, im Falle einer Vermietung ist das der Mieter. Soweit ein Wohnungseigentümer seine Wohnung daher vermietet, ist er nicht Normadressat des § 1318 ABGB und befindet er sich auch nicht mehr im Rahmen des Art 10.1.1. ABH 2009. Die gegenständliche Gefahr wäre unserer Ansicht nach nur im Rahmen einer Gebäudehaftpflichtversicherung versicherbar.



IV. Sonstiges

1. Schmerzengeldsätze

Wie bereits in den vergangenen Jahren wurden die an österreichischen Gerichten zuerkannten Schmerzengeldsätze erhoben. An einzelnen Gerichten werden etwas erhöhte Sätze zugesprochen wodurch sich folgende Werte ergeben:

Leichte Schmerzen:	zwischen 100 Euro und 150 Euro
Mittlere Schmerzen:	zwischen 200 Euro und 260 Euro
Starke Schmerzen:	zwischen 300 Euro und 400 Euro

In Einzelfällen sind Abweichungen nicht ausgeschlossen, wobei die genannten Beträge iDr als Untergrenzen betrachtet werden. Grundsätzlich ist das Schmerzengeld global zu bemessen, diese Sätze sind daher nur als eine Richtschnur anzusehen. Darüber hinaus werden auch bei der Globalbemessung seelische Komponenten berücksichtigt, die zu einer Erhöhung des Anspruches führen.

Eine offenbare Überklagung kann jedoch zu einem teilweisen Prozessverlust und entsprechenden Kostenfolgen führen (§ 43 Abs 2 ZPO, siehe auch Fucik in Rechberger³, § 43 ZPO Rz 11 und die dort angeführte Rechtsprechung).

2. Klage gegen Reiseveranstalter in Österreich oder gegen Vermittler in Deutschland? Ein Fall für die EuGVVO!

Ein österreichisches Ehepaar klagte einen österreichischen Reiseveranstalter und einen deutschen Vermittler, über dessen Internetplattform sie eine Reise gebucht hatten. Bei der Bestätigung der Buchung war ein falsches Hotel angegeben worden, weshalb die Kläger Kosten iHv rund 1.200 € aufbringen mussten, um in ihrem gewünschten Hotel unterzukommen.

Das Bezirksgericht am Sitz der Kläger erklärte sich hinsichtlich der Klage gegen den Reiseveranstalter örtlich für unzuständig, die Klage sei am Sitz des österreichischen Reiseveranstalters beim BG für Handelssachen Wien einzubringen. Das Landesgericht Feldkirch legte den Fall dem EuGH vor, um die Frage zu beantworten, ob die verbundene Klage gegen den ausländischen Vermittler ein ausreichender Auslandsbezug sei, damit das gesamte Verfahren gemäß der EuGVVO am Sitz der Verbraucher geführt werden kann.

Der EuGH kam zum Ergebnis, es sei der Verbraucher zu schützen, es sei ihm nicht zumutbar, für einen Anspruch, der auf demselben Sachverhalt basiere, an zwei verschiedenen Gerichten Klage erheben zu müssen, daher könne auch die Klage gegen den Reiseveranstalter am Sitz der Konsumenten geführt werden (Urteil vom 14.3.2013, C-478/12).

Hinweis am Rande: Wie bereits in der Ausgabe 1/2015 berichtet, gilt seit 10.1.2015 eine Neufassung der EuGVVO, die die Entscheidung und Vollstreckung von gerichtlichen Entscheidungen bei grenzüberschreitenden Sachverhalten beschleunigt.



3. Zahlreiche Klauseln in Kreditkartenverträgen rechtswidrig

In einem Verbandsklagsverfahren des VKI wurden von diesem mehrere Klauseln in den Geschäftsbedingungen der Diners Club Bank AG bemängelt. Der OGH bestätigte in seinem Urteil vom 24.7.2014, 1 Ob 105/14v, weitestgehend dessen Rechtsansicht.

Unter anderem wurde eine Klausel als unzulässig erachtet, in der es dem Kunden verboten wurde, Rückerstattungen in bar anzunehmen, wenn eine Ware oder Dienstleistung mit der Karte bezahlt wurde. Weiters seien pauschale Mahngebühren ohne Rücksicht auf die Höhe der Hauptforderung und ohne Verschulden am Zahlungsverzug gröblich benachteiligend iSd § 879 Abs 3 ABGB. Einige Klauseln verstoßen gegen Bestimmungen des Zahlungsdienstegesetzes, des Datenschutzgesetzes und des Bankwesengesetzes.



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.

