

Versicherungsrechts-Newsletter 4/2017 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 Vorwort zum RSS-Newsletter 3/2017 habe ich bereits festgestellt, welche wirtschaftliche Bedeutung der Beitritt Österreichs zur EU für den Berufsstand der Versicherungsmakler gehabt hat. Bei verschiedensten Expertenforen der Versicherungswirtschaft wurde dargelegt, dass seit dieser Zeit gerade die attraktiven und potentiellen langfristigen Kunden zum Versicherungsmakler tendieren. Der europäische Gesetzgeber hat sich daher zu Recht durch entsprechende Regelungen des komplizierten Dreiecksverhältnisses Versicherungskunde-Versicherungsmakler-Versicherungsunternehmen angenommen. Auch die IDD-Umsetzung muss nach meiner Überzeugung mit Augenmaß und ohne unnötige administrative praktische Hürden für die österreichischen Versicherungsvermittler erfolgen.

Wie mein Stellvertreter Rudolf Mittendorfer in einem Gastkommentar im Börsenkurier vom 23.2.2017 zutreffend dargelegt hat, kann die Umsetzung der IDD in Deutschland nicht als Vorbild betrachtet werden, insbesondere nicht die scharfe Abgrenzung zwischen Makler und Berater und die klare Trennung von Provisionsentlohnung und Honorarberatung.

In Österreich sind die Diskussionen über die innerstaatliche Umsetzung der IDD bisher durch einen fairen Gedankenaustausch zwischen den betroffenen Berufsgruppen und den federführenden Ministerien geprägt gewesen. Ich bin zutiefst überzeugt, dass nur ein solches positives Gesprächsklima zu einer praxisnahen gesetzlichen Regelung führen kann.

Qualitativ hochwertige Beratung und vertrauensvolle Geschäftsbeziehung sind Voraussetzungen für ein erfolgreiches Funktionieren der Versicherungswirtschaft. Diese kann nur auf der Basis der größtmöglichen Freiheit und durch den Einsatz der einzelnen Marktteilnehmer im ständigen Wettbewerb bei entsprechenden Rahmenbedingungen erreicht werden.

Sowohl der Fachverband als auch dessen Rechtsservice- und Schlichtungsstelle haben in diesen Tagen ihre Jahres- und Tätigkeitsberichte erstellt. Wenn zuweilen über die Höhe der Kammerumlagen geklagt wird, dann sollte bedacht werden, welche Leistungen dadurch für Sie, sehr geehrte Mitglieder, zur Erleichterung Ihrer täglichen Arbeit und zur Hebung des Ansehens unseres Berufsstandes erbracht werden.

Mit freundlichen Grüßen
Christoph Berghammer



Inhalt:

I. <u>Versicherungsrechtliche Judikatur</u>	2
1. Österreich:.....	2
1.1. Zur Kündigung einer Bündelversicherung aus wichtigem Grund.....	2
1.2. Zur Intransparenz von Klauseln zum Unterjährigkeitszuschlag.....	4
1.3. Über den Kostenersatz für das Verfahren bei der Ärztekommision.....	5
1.4. Stenogramm – weitere aktuelle versicherungsrechtliche Entscheidungen im Überblick	8
2. International:.....	9
2.1. BGH: Zwangsumtausch griechischer Staatsanleihen ist keine Enteignung	9
2.2. Stenogramm – weitere Entscheidungen aus Europa im Überblick.....	11
II. <u>Fälle aus der Rechtsservice- und Schlichtungsstelle (RSS)</u>	12
Zum Beweis des Einbruchsdiebstahles (RSS-0005-16 = RSS-E 18/16)	12
III. <u>Aus der Beratungstätigkeit des Fachverbandes und der RSS</u>	14
1. Zum Regress des Feuerversicherers gegenüber der Dienstnehmerin des Versicherungsnehmers.....	14
2. Zeitwertberechnung muss schlüssig sein.....	14
IV. <u>Sonstiges</u>	15
1. Kein Rücktritt bei Kauf auf Messe	15
2. Kein Arbeitsunfall bei Notdurft auf dem Heimweg	15
3. Zur Haftung des Beifahrers bei einer Schwarzfahrt.....	16

I. Versicherungsrechtliche Judikatur

1. Österreich:

1.1. Zur Kündigung einer Bündelversicherung aus wichtigem Grund

Die Parteien haben „einen“ Versicherungsvertrag über zwei Sparten, nämlich „Haushalt“ und „Rechtsschutz“, abgeschlossen. Diesem liegen die ARB 2005 und die ABS 1995“ zugrunde. Beide Bedingungen enthalten Regelungen über die Kündigung im Schadenfall, und zwar Art 15 ARB 2005 bzw. Art 12 ABS 1995.

Am 6. 7. 2013 kam es in der Wohnung der Klägerin zu einem Brand. Die Klägerin hatte Öl am Herd heiß gemacht, um Pommes zu machen. Dabei war sie „von ihrem Hund abgelenkt worden und diesem nachgerannt“. Als sie in die Küche zurückkam, brannte es bereits. Die Klägerin hatte den Polizeibeamten ihre Wohnungstüre erst nach „mehrfachem und massivem Klopfen“ geöffnet, wobei zu diesem Zeitpunkt der Brandgeruch schon massiv (deutlich) wahrnehmbar gewesen war.

Am 9. 9. 2013 kündigte die Beklagte den Versicherungsvertrag „aus (nicht näher angeführten) wichtigen Gründen unter Einhaltung der gesetzlichen Kündigungsfrist per 15. 10. 2013, 00:00 Uhr“.

Am 22. 10. 2013 erstattete die Beklagte der Klägerin ein Entschädigungsangebot für den Schaden vom 6. 7. 2013. Die Leistung der Entschädigung erfolgte am 31. 10. 2013. Mit zwei Schreiben jeweils vom 31. 10. 2013 kündigte die Beklagte gesondert die Sparten „Rechtsschutz“ und „Haushalt“ mit der gleichlautenden Begründung, „wir haben zu Ihrem Vertrag bereits Versicherungsleistungen erbracht und möchten ihn aus wirtschaftlichen Gründen in der vorliegenden Form nicht weiterführen. ... Der Versicherungsschutz endet daher nach Ablauf der Kündigungsfrist am 10. 12. 2013, 00:00 Uhr“.

Die Klägerin begehrte die Rechtsunwirksamkeit der Kündigungen vom 9.9.2013 sowie vom 31.10.2013 festzustellen. Es lägen keine wichtigen Gründe zur Kündigung vor. Die Klausel zur Schadenfallkündigung nach Art 15.3.2. erster Fall ARB 2005 sei nach bereits vorliegender Judikatur rechtsunwirksam.

Die beklagte Partei beantragte die Abweisung der Klagebegehren. Sie sei berechtigt, den Versicherungsvertrag als Dauerschuldverhältnis aus wichtigem Grund jederzeit zu kündigen, der Grund müsse nicht ausdrücklich genannt werden. Es genüge, wenn – wie hier – durch das Verhalten des Versicherungsnehmers das für den Versicherungsvertrag erforderliche Vertrauen erschüttert sei. Auch wegen erfolgter Leistung sei die Beklagte zur Kündigung berechtigt gewesen.

Das Erstgericht wies die Klage ab. Es folgte im Wesentlichen der Argumentation der beklagten Partei. Das Berufungsgericht gab der Berufung der Klägerin nicht Folge.

Der OGH gab mit Urteil vom 6.7.2016, 7 Ob 208/15m, der Revision teilweise Folge. Im Ergebnis seien die Kündigungen der Rechtsschutzversicherung unwirksam, hingegen sei der Haushaltsversicherungsvertrag durch die Kündigung vom 31.10.2013 wirksam per 10.12.2013 gekündigt worden.

Im Einzelnen führte der OGH aus:

Zur außerordentlichen Kündigung:

Die Berechtigung zur vorzeitigen Vertragsauflösung ist im Rahmen einer auf den Zeitpunkt der Auflösungserklärung bezogenen Gesamtbetrachtung und einer umfassenden Abwägung der Bestandsinteressen des einen Vertragspartners und des Auflösungsinteresses des anderen zu beurteilen. Eine solche Auflösung ist das „äußerste Notventil“. Die Gründe müssen ein erhebliches Gewicht haben.

Der Versicherer habe aber hat insgesamt keine besonders schwer wiegenden Umstände erwiesen, die eine außerordentliche Kündigung hätten rechtfertigen können. Das Berufungsgericht habe dazu Einschätzungen getroffen, die im festgestellten Sachverhalt des Erstgerichts keine Deckung finden.

Zu den Kündigungen vom 31.10.2013:

Der von den Parteien abgeschlossene „Versicherungsvertrag“ war ein „Versicherungspaket für Privatkunden“ mit den Sparten „Haushalt“ und „Rechtsschutz“ mit Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen für jede Sparte. Es lag somit eine „Bündelversicherung“ vor, bei der die eingeschlossenen Sparten, hier betreffend deren Kündigung nach den jeweils maßgeblichen Allgemeinen Geschäftsbedingungen, ein rechtlich selbstständiges Schicksal haben und insoweit getrennt zu beurteilen sind.

Die Kündigung der Sparte „Haushalt“ mit (gesondertem) Schreiben vom 31. 10. 2013 erfolgte nach und wegen der der Klägerin aufgrund des Schadenfalls am selben Tag erbrachten Leistung und fristgemäß nach Art 12 b) ABS 1995. Diese nach § 96 VersVG zulässige Kündigung war rechtswirksam, erstreckt sich allerdings nur auf die Sparte „Haushalt“.

Die Kündigung der Sparte „Rechtsschutz“ mit (gesondertem) Schreiben vom 31. 10. 2013 erfolgte offenbar ebenfalls wegen der der Klägerin aufgrund des Schadenfalls in der Sparte „Haushalt“ erbrachten Leistung. Da die beiden Sparten betreffend diese Kündigungsmöglichkeit getrennt zu beurteilen sind, kann die bloß in der Sparte „Haushalt“ erbrachte Leistung nicht die Kündigung der Sparte „Rechtsschutz“ rechtfertigen. Diese Kündigung war daher schon aus diesem Grund nicht rechtswirksam. Im Übrigen sei die betreffende Klausel des Art 15 Pkt. 3.2. ARB 2010 rechtsunwirksam. (Anm.: Der OGH nimmt auf die Entscheidung 7 Ob 201/12b Bezug, diese wurde im Newsletter 5/2013 ausführlich besprochen).

Fazit:

Anerkannt ist, dass bei Dauerschuldverhältnissen eine Kündigung aus wichtigem Grund jederzeit möglich ist. Der Grund für die einseitige Lösung liegt darin, dass die Vertragsfortsetzung bis zum nächsten regulären Kündigungstermin für den kündigenden Teil unzumutbar ist. Die Beweislast für die wichtigen Gründe liegt bei demjenigen, der sich auf die Kündigungsgründe beruft.

Es ist aber auch in jedem einzelnen Fall zu prüfen, welche weiteren Rechtsfolgen das jeweilige Verhalten nach sich zieht und ob diese Rechtsfolgen nicht bereits eine ausreichende Sanktion darstellen.

1.2. Zur Intransparenz von Klauseln zum Unterjährigkeitszuschlag

Der beklagte Lebensversicherer verwendete in den Jahren 1995 bis 2005 bzw. 2006 bis 2007 folgende Versicherungsbedingungen:

1995-2005:

„§ 4. Was ist bei der Beitragszahlung wichtig?

(1) Die Beiträge sind Jahresbeiträge sowie einmalige Beiträge (gemäß § 3.2), die für uns kostenfrei zu bezahlen sind.

(2) Die laufenden Jahresbeiträge können Sie nach Vereinbarung auch in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten, dann jedoch mit Zuschlägen, bezahlen. ...“

2006 bis 2007:

„§ 4. Was ist bei der Beitragszahlung wichtig?

(1) Die Beiträge sind (wertgesicherte) Jahresbeiträge und/oder einmalige Beiträge, die für uns kostenfrei im Voraus zu bezahlen sind.

(2) Die laufenden Jahresbeiträge können nach Vereinbarung auch in unterjährigen Raten, dann aber mit Zuschlägen, bezahlt werden. ...“

Es sind nach wie vor Versicherungsverträge aufrecht, denen diese Bedingungen zugrunde liegen.

Der Verein für Konsumenteninformation beehrte, der Beklagten die Verwendung dieser Klauseln oder sinngleicher Klauseln zu untersagen, weil sie die Höhe der Zuschläge und deren Auswirkungen auf die Gesamtbelastung nicht nennen und damit intransparent seien.

Die Beklagten beantragte die Klageabweisung. Die Klauseln seien zulässig, die Regelungen zur Fälligkeit seien dispositiv. Dem Versicherungsnehmer sei erkennbar, dass bei unterjähriger

Zahlung ein Zuschlag zu bezahlen sei. Dessen Höhe sei aber erst mit dem Versicherer zu vereinbaren.

Das Erstgericht wies das Klagebegehren ab. Es folgte der Argumentation des beklagten Versicherers.

Das Berufungsgericht änderte das Urteil im klagestattgebenden Sinne ab und führte zusammengefasst aus: Bei kundenfeindlichster Auslegung der Klauseln könne keine Rede davon sein, es wäre eindeutig erkennbar, dass die Höhe der von der Beklagten für die unterjährige Bezahlung der Versicherungsprämie in Raten verlangten Zuschläge Gegenstand einer Vereinbarung sein könnten. Vielmehr sei das Gegenteil der Fall. Damit fehle es dem Verbraucher an einer ausreichenden Information für die Entscheidung, ob er die Versicherungsprämie jährlich im Voraus oder in unterjährigen Raten bezahlen möchte. Im Rahmen der Verbandsklage komme es auf die tatsächliche Handhabung der Klauseln oder auf individuelle Vereinbarungen nicht an. Die Klauseln würden daher gegen § 6 Abs 3 KSchG verstoßen. Sie seien unzulässig.

Mit Urteil vom 17.2.2016, 7 Ob 5/16k, gab der OGH der Revision der beklagten Versicherung nicht Folge. Nach Wiedergabe der ständigen Rechtsprechung zum Transparenzgebot des § 6 Abs 3 KSchG kam der OGH zu folgender rechtlichen Beurteilung:

In den Klauseln wird angeführt, dass die laufenden Jahresbeiträge nach Vereinbarung auch in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten, dann jedoch mit Zuschlägen, bezahlt werden können.

Nach dem Wortlaut ergibt sich klar, dass unterjährige Prämien gegen Zuschlag vereinbart werden können. Die Textierung lässt aber nicht erkennen, ob der Versicherungsnehmer wegen einer noch notwendigen Vereinbarung Einfluss auf die Höhe des Zuschlags nehmen kann oder ob er ihn - wie vom Versicherer einseitig in unbekannter Höhe vorgegeben - akzeptieren muss. Damit ist der Versicherungsnehmer über seine Rechtsposition im Unklaren. Die Klauseln sind intransparent.

Fazit:

Versicherungsbedingungen sind auch vom Makler daraufhin zu prüfen, ob Unterjährigkeitszuschläge transparent vereinbart worden sind. Es wird empfohlen, den Kunden über derartige Zuschläge zu beraten, insbesondere wenn die Höhe der Zuschläge dem Makler (zB über den Tarif) zugänglich sind.

1.3. Über den Kostenersatz für das Verfahren bei der Ärztekommision

Zwischen den Streitparteien besteht seit 24. 3. 2011 ein Unfallversicherungsvertrag mit einer Versicherungssumme von 500.000 EUR, dem AUVB 2008 zugrunde liegen. Diese lauten auszugsweise:

„Artikel 16

Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommision)

1. Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheiten oder Gebrechen, entscheidet eine Ärztekommision.

Gemäß § 184 VersVG [...] ist die Entscheidung der Ärztekommision nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. In diesem Umfang kann die Entscheidung der Ärztekommision auch gerichtlich überprüft werden und erfolgt die Feststellung diesfalls durch Urteil. [...]

7. Die Kosten der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen. Der Anteil der Kosten, den der Anspruchsberechtigte zu tragen hat, ist mit 1 % der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch mit 25 % des strittigen Betrages, begrenzt.[...]“

Der Kläger stürzte am 2. 9. 2013. Er verspürte beim Aufstehen einen Schmerz im rechten Knie und konnte nur noch „humpeln“. Beim Sturz trat ein Innenmeniskushinterhorneinriss im rechten Kniegelenk auf. Schon davor lag bei ihm ein mäßiggradiger degenerativer Knorpelschaden an der Gleitfläche der Kniescheibe sowie ein geringer erstgradiger Knorpelschaden an der inneren Oberschenkelrolle und nur minimal am inneren Schienbeinplateau vor. Im Rahmen einer Kniegelenksspiegelung am 30. 10. 2013 wurde der Innenmeniskushinterhorneinriss reseziert (abgetragen) und der Resektionsrand geglättet, sodass ein Teil des Innenmeniskushinterhorns (etwa 1/3 bis 1/2) verloren ging.

Nach dem Gutachten des vom Kläger beauftragten Sachverständigen Dr. R. F. lag ein unfallkausaler Dauerschaden von 5 % des Beinwerts vor; 1/3 davon ordnete er einer altersentsprechenden Degeneration zu.

Nach dem Gutachten des von der Beklagten beauftragten Sachverständigen Dr. B.K. betrug die Dauerinvalidität 3 % des Beinwerts. Den dafür verantwortlichen Meniskuseinriss führte er aber nicht (auch nicht teilweise) auf das Sturzereignis, sondern zur Gänze auf die degenerative Grunderkrankung zurück.

Im daraufhin durchgeführten Ärztekommisions-verfahren, an dem die beiden vorgenannten Sachverständigen sowie der einvernehmlich bestellte Obmann Dr. H.K. mitwirkten, kam es zu keiner Einigung zwischen den Sachverständigen, worauf der Obmann nun seine Entscheidung fällte. Nach dieser betrug – wie bei Dr. B.K. – die Dauerinvalidität 3 % des Beinwerts; auch er machte allein degenerative Veränderungen für den Meniskuseinriss verantwortlich und verneinte demnach die Kausalität des Sturzereignisses für diesen und damit für die Dauerinvalidität. Begründet wurde die Entscheidung damit, dass es zu traumatischen Meniskusläsionen nur mit einer maßgeblichen Begleitverletzung im Kapselbandapparat komme. Derartige Verletzungen hätten beim Kläger nicht vorgelegen. Fehlten sie, lasse sich auf der Grundlage unfall- und biomechanischer Überlegungen eine verletzungsbedingte Genese von Meniskusveränderungen nicht begründen. Ohne nachweisbare Kapsel-Bandverletzung sei kein Unfallzusammenhang indiziert.

Aufgrund des Ergebnisses des Ärztekommisionsverfahrens lehnte die Beklagte die Erbringung einer Invaliditätsleistung ab und forderte vom Kläger eine Kostenbeteiligung in Höhe von 2.913,75 EUR für das Ärztekommisionsverfahren, die er auch an die Beklagte zahlte.

Im Gegensatz zur Ansicht der Kommissionsmitglieder Dr. B.K. und Dr. H.K. war das Sturzereignis für die Dauerfolgen (mit)kausal. Die Dauerinvalidität beträgt 5 % des Beinwerts. Diese wurde zu 50 % durch einen vorbestehenden degenerativen Knorpelschaden und zu 50 % durch den Teilverlust des Innenmeniskushinterhorns hervorgerufen, sodass auf den

Innenmeniskushinterhorneinriss eine Dauerinvalidität von 2,5 % entfällt. An der Rissbildung wirkten die degenerativen Veränderungen zu 60 % mit, was einem Abzug von weiteren 1,5 % entspricht.

Der Kläger beehrte von der Beklagten – nach Klageseinschränkung – die Zahlung einer Invaliditätsleistung von 1 % der für den Beinwert maßgeblichen Versicherungssumme (3.500 EUR sA) sowie den Rückersatz der von ihm getragenen Kosten der Ärztekommision von 2.913,75 EUR sA. Die Feststellung der Ärztekommision weiche im Zusammenhang mit der Beurteilung der Unfallkausalität offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich ab und sei daher nach § 184 VersVG nicht verbindlich. Bei einer Entscheidung nach der tatsächlichen Sachlage hätte der Kläger keine Kosten der Ärztekommision tragen müssen.

Die Beklagte beantragte die Abweisung der Klage. Die Feststellung der Ärztekommision zur Unfallkausalität weiche nicht erheblich von der wirklichen Sachlage ab und sei daher verbindlich. Ein Anspruch des Klägers auf Rückzahlung der von ihm getragenen Kosten der Ärztekommision bestehe nur dann, wenn das Ergebnis der Ärztekommision der Entscheidung nicht zugrunde zu legen wäre.

Das Erstgericht verpflichtete die Beklagte zur Zahlung von 4.374,13 EUR sA und wies das Mehrbegehren von 2.039,62 EUR sA ab. Die Differenz bei Beurteilung der Kausalität des Unfallereignisses (0 % gegenüber 40 %) stelle ein erhebliches Abweichen von der wirklichen Sachlage dar, sodass die Parteien an die Feststellung der Ärztekommision nicht gebunden seien. Dem Kläger stehe 1 % der für den Beinwert maßgeblichen Versicherungssumme (3.500 EUR) zu. Die Kosten der Ärztekommision seien im Verhältnis des Obsiegens der Parteien – ausgehend von den übereinstimmend vor der Ärztekommision und im Gerichtsverfahren ursprünglich beehrten 11.666,66 EUR – zu tragen.

Das Berufungsgericht wies die Klage zur Gänze ab und folgte im Wesentlichen der Argumentation der beklagten Partei.

Der OGH änderte dieses Urteil im Sinne einer vollständigen Klagsstattgebung ab (Urteil vom 13.10.2016, 7 Ob 144/16a). Nach ausführlicher Auseinandersetzung zur Verbindlichkeit der Sachverständigenfeststellung im Ärztekommisionsgutachten begründete er den Zuspruch auf Basis einer Invaliditätsleistung von 1% des Beinwertes damit, dass die Feststellung des Ärztekommisionsgutachtens zur Kausalität des Sturzereignisses für die Invalidität im Sinne des § 184 Abs 1 VersVG unverbindlich sei. Er begründete dies wie folgt:

Im Gegensatz zum gerichtlichen Sachverständigen vertrat die Ärztekommision den Standpunkt, dass es zu traumatischen Meniskusläsionen nur mit einer maßgeblichen Begleitverletzung im Kapselbandapparat kommt, die hier fehlt. Sie ist damit nach den Ergebnissen des gerichtlichen Verfahrens von einer unrichtigen und damit untauglichen Annahme bei der Beurteilung der Kausalität ausgegangen. Ihr Gutachten weicht für einen Sachkundigen offenbar von der Wirklichkeit ab. Die Läsion kann nämlich auch ohne Verletzungen des Kapselbandapparats eintreten, was im vorliegenden Fall auch geschehen ist. Wird aber die Kausalität des Unfalls von der Kommission zur Gänze wegen unrichtiger Annahme von (abstrakten) Beurteilungskriterien verneint, obwohl sie (mit 40 %-iger Mitwirkung) gegeben ist, war die Begutachtung von Grund auf unrichtig und nicht nachvollziehbar. Damit ist die Abweichung von der Wirklichkeit auch erheblich. Auf die Höhe des richtig ermittelten Invaliditätsgrades kommt es hier dann nicht an.

Zu den Kosten des Ärztekommis­ sionsverfahrens führte er aus:

Die Kostentragungspflicht ergibt sich hier aus der Vereinbarung in Art 16.7. AUVB 2008, der eine Aufteilung im Verhältnis des Obsiegens von Versicherer und Anspruchsberechtigten vorsieht und eine Obergrenze für den Anspruchsberechtigten einzieht.

Dies führt dazu, dass der Kläger mit den Kosten der Ärztekommis­ sion nicht zu belasten und die Beklagte zur Rückzahlung des vom Kläger getragenen Betrags von 2.913,75 EUR verpflichtet ist. Damit stellen sich die anderen aufgeworfenen Rechtsfragen nicht.

Fazit:

Der OGH hat sich bereits aufgrund einer Verbandsklage mit der Klausel zur Kostentragungspflicht auseinandergesetzt (7 Ob 113/14i, vgl RSS-Newsletter 3/2015). Es erscheint unbillig, den Versicherungsnehmer mit den Kosten eines Ärztekommis­ sionsverfahrens zu belasten, deren Ergebnisse nicht verwertet werden können, weil diese offenbar erheblich von der Wirklichkeit abweichen. Wenn daher ein Versicherer auf Grundlage derartiger Bedingungen einen Kostenersatz verlangt, obwohl das Ergebnis der Ärztekommis­ sion offenbar unrichtig ist, sollte am besten gemeinsam mit einem Rechtsanwalt mit dem Kunden die Chancen einer Klage und die damit verbundenen Kostenrisiken besprochen werden.

1.4. Stenogramm – weitere aktuelle versicherungsrechtliche Entscheidungen im Überblick

- **Keine Daten in der EDV: Herausgabe der Versicherungsurkunde unmöglich (OGH vom 6.7.2016, 7 Ob 118/16b)**

Liegen zu vier bereits vor Jahren übertragenen Versicherungsverträgen der Beklagten keine Abschriften mehr vor und können solche auch nicht mehr angefertigt werden, weil keine Datensätze im EDV-System der Beklagten gespeichert sind, bejahten die Vorinstanzen – nicht korrekturbedürftig – die (endgültige) Unmöglichkeit der Herausgabe der noch strittigen Versicherungsunterlagen, zumal für eine andere Möglichkeit der Rekonstruktion der Unterlagen weder konkrete Anhaltspunkte bestehen noch derartige Behauptungen aufgestellt wurden.

- **Umgebauter LKW-Anhänger ist kein Nebengebäude (OGH vom 15.6.2016, 7 Ob 104/16v)**

Schon nach dem allgemeinen Sprachgebrauch ist ein zu einer „Bauhütte“ umgebauter LKW-Anhänger (mit Rädern) kein Nebengebäude. Dieser fällt auch eindeutig nicht unter die Definition des Begriffs Nebengebäude nach Art 3.1 E2P. Weder wies der LKW-Anhänger ein Fundament noch eine Verankerung auf, wenn er lediglich mit sechs fixen und vier mobilen Metallstehern gegen eine allfällige Bewegung aufgrund der Hanglage abgestützt war. Die „Bauhütte“ konnte zudem mit einem Zugfahrzeug auch leicht transportiert werden. Der LKW-Anhänger fällt damit ohne Zweifel aus zwei Gründen nicht unter den Begriff Nebengebäude nach Art 3.1 E2P.



2. International:

2.1. BGH: Zwangsumtausch griechischer Staatsanleihen ist keine Enteignung

Der Kläger begehrt vom beklagten Schadenabwicklungsunternehmen aus seiner Rechtsschutzversicherung Deckung für eine Klage gegen die Hellenische Republik. Er hatte im Jahre 2010 Staatsanleihen des griechischen Staates erworben, deren Nominalwert 10.000 € betrug, bevor sie auf Grundlage des sogenannten Greek Bondholder Act konvertiert und gegen neue Staatsanleihen mit einem niedrigeren Nominalwert ausgetauscht wurden.

Der Kläger akzeptiert den Zwangsumtausch nicht und will mit der beabsichtigten Klage gegen die Hellenische Republik, die die Rückzahlung der ursprünglich am 20. August 2012 fälligen Anleihen verweigert, einen Zahlungsanspruch Zug um Zug gegen Gestattung der Rückbuchung der zugunsten des Klägers im Zuge des Umtausches eingebuchten Wertpapiere geltend machen.

Dazu führen der Klageentwurf und das Begleitschreiben seiner Bevollmächtigten an den Versicherer aus, es würden Zahlungsansprüche aus den 2010 erworbenen, zur Rückzahlung fälligen Anleihen verfolgt. Hilfsweise sollen Ansprüche aus vorsätzlicher sittenwidriger Schädigung geltend gemacht werden. Im Klageentwurf wird die Umschuldung als rechtswidriger enteignungsgleicher Eingriff gewürdigt. Die angenommenen Verstöße gegen die Griechische Verfassung, die Grundrechtecharta der Europäischen Union und das Völkergewohnheitsrecht bewirkten einen Verstoß gegen den ordre public, der dazu führe, dass der Greek Bondholder Act nicht angewendet werden dürfe.

Die Beklagte hat die erbetene Kostenzusage unter Berufung auf § 3 (3) d) der ARB abgelehnt. In Enteignungsangelegenheiten genieße der Kläger keinen Rechtsschutz.

Das Landgericht München II hat die Klage abgewiesen, das OLG München hat der Klage stattgegeben.

Der BGH hat mit Urteil vom 20.7.2016, IV ZR 245/15, das Urteil des Berufungsgerichtes bestätigt.

Nach ausführlicher Auseinandersetzung mit der Lehre und Rechtsprechung zur Auslegung von Versicherungsbedingungen führte der BGH Folgendes aus:

Das Geltendmachen von Zahlungsansprüchen im Zusammenhang mit einem gesetzlich angeordneten Umtausch von Inhaberschuldverschreibungen eines Staates ist deshalb bei der gebotenen engen Auslegung von Risikoausschlussklauseln nicht als Wahrnehmung rechtlicher Interessen in Enteignungsangelegenheiten im Sinne des § 3 (3) d) der ARB des Versicherers anzusehen.

Unabhängig hiervon könnte die in Rede stehende Ausschlussklausel im Streitfall selbst dann nicht zum Zuge kommen, wenn man ihr Eingreifen grundsätzlich auch außerhalb der Enteignung von Grundstücken für möglich hielte.

Der durchschnittliche Versicherungsnehmer wird die Regelung bei der gebotenen engen Auslegung nämlich jedenfalls so verstehen, dass eine Enteignungsangelegenheit nur dann

vorliegt, wenn er sich unmittelbar gegen eine enteignende oder enteignungsgleiche Maßnahme zur Wehr setzen will, wie z.B. durch Feststellungs- oder Anfechtungsklagen vor den Verwaltungsgerichten, oder wenn er Ansprüche (etwa auf Entschädigung) geltend machen will, die erst auf dieser hoheitlichen Maßnahme beruhen, nicht aber, wenn er einen Anspruch verfolgen und durchsetzen will, der bereits unabhängig von der enteignenden Maßnahme entstanden ist und durchgesetzt werden soll und dem eine hoheitliche Maßnahme lediglich im Wege einer Einwendung entgegengehalten wird. Er wird nicht annehmen, dass sich das Vorliegen einer Enteignungsangelegenheit nach den Einwendungen bestimmt, mit denen der Gegner sich gegenüber dem Anspruch, den der Versicherungsnehmer im Aktivprozess zu verfolgen beabsichtigt, verteidigt.

Dementsprechend ist auch nach der neueren Senatsrechtsprechung für die Bestimmung der Angelegenheit, in der der Versicherungsnehmer seine rechtlichen Interessen verfolgen will, nur der Tatsachenvortrag entscheidend, mit dem er seinen Anspruch begründet. Darauf, welche Einwendungen der Gegner dem entgegenhält, kommt es für die Bestimmung des Versicherungsfalles nicht an. Anderenfalls hätte es der am Rechtsschutzversicherungsvertrag nicht beteiligte Dritte als Außenstehender in der Hand, durch die Wahl seiner Verteidigung dem Versicherungsnehmer den Rechtsschutz zu entziehen.

Im Streitfall verlangt der Kläger, wie ausgeführt, eine Zahlung aus den 2010 erworbenen Anleihen und begründet diesen Zahlungsanspruch nicht damit, eine Entschädigung wegen der Enteignung im Hinblick auf diese Wertpapiere zu verfolgen. Gegenstand seines Begehrens, für das er Deckung begehrt, ist danach gerade nicht die hoheitliche Maßnahme, die dem Anspruch als Einwendung entgegengehalten wird, hier der Greek Bondholder Act, auf den sich die Hellenische Republik beruft, um den Erfüllungsanspruch aus der ursprünglich begebenen Anleihe nicht erfüllen zu müssen.

Fazit: Auch in Versicherungsbedingungen von Rechtsschutzversicherern am österreichischen Markt sind Klauseln enthalten, die „Akte der Hoheitsverwaltung, wie insbesondere in Enteignungs-, Flurverfassungs-, Raumordnungs- oder Grundverkehrs- oder Grundbuchsangelegenheiten“ von der Deckung ausschließen. Dabei sollte beachtet werden, ob sich dieser Ausschluss nur auf den Baustein „Grundstücks- und Mietrechtsschutz“ bezieht oder sich in den allgemeinen Ausschlüssen (in der Regel Artikel 7) befindet. Diesfalls können die Überlegungen des BGH durchaus auch in der Argumentation gegenüber dem Versicherer verwendet werden.

Anmerkung: Der BGH hat in seinem Urteil VI ZR 516/14 vom 8.3.2016 festgestellt, dass deutsche Gerichte für derartige Klagen gegen die Republik Griechenland unzuständig sind. Der Einwand mangelnder Erfolgsaussichten konnte jedoch verfahrensrechtlich im Deckungsverfahren nicht mehr berücksichtigt werden. Die Deckungssituation bei einer Klage in Griechenland wäre jedoch gesondert zu prüfen.



2.2. Stenogramm – weitere Entscheidungen aus Europa im Überblick

■ Vermögensschadenhaftpflicht: zur wissentlichen Pflichtverletzung (OLG München, Urteil vom 10.2.2016, 3 U 4332/13)

Von einer wissentlichen Pflichtverletzung iSd § 4 Nr. 5 AVB-RSW ist nur auszugehen, wenn der VN die Pflicht positiv kennt und sich wissentlich und willentlich darüber hinwegsetzt. Bedingter Vorsatz genügt für den Haftungsausschluss nicht.

Der Versicherer trägt die Beweislast für das Vorliegen einer wissentlichen Pflichtverletzung durch den VN.

(Anm: Ein Wirtschaftsprüfer hat Angaben zum Fondskonto in einem Verkaufsprospekt eines Zinsfonds nicht überprüft. Dadurch konnten die Gesellschafter der Fondsgesellschaft vom Fondskonto auch ohne Unterschrift des Wirtschaftsprüfers Gelder abziehen.)

■ Nachweis des Einbruchsdiebstahles grundsätzlich auch durch später entdeckte Spuren möglich (OLG Hamm, Urteil vom 30.4.2014, I-20 U 63/13)

Der VN hat Einbruchsspuren nachzuweisen, wozu auch gehört, dass die unstreitig vorhandenen Einbruchsspuren in unmittelbarem Zusammenhang mit dem fraglichen Diebstahl stehen.

Bei der Feststellung von Einbruchsspuren, die geraume Zeit nach einer Tat entdeckt werden, kann der Beweis des äußeren Bildes eines Einbruchsdiebstahles gelingen, wenn keine vernünftigen Zweifel bestehen, dass die fraglichen Spuren zum Zeitpunkt der Begehung des Diebstahles vorhanden waren.

Solche Zweifel sind jedoch gegeben, wenn ein unmittelbar nach dem Vorfall beauftragter kriminaltechnischer Sachverständiger zeitnah zum Diebstahl nach seinen Angaben keine Einbruchsspuren festgestellt hat und auch die Polizeibeamten, die unmittelbar nach dem Diebstahl vor Ort waren, nicht davon ausgehen, dass die Tatbegehung durch die entsprechende Tür erfolgte.



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

Zum Beweis des Einbruchdiebstahles (RSS-0005-16 = RSS-E 18/16)

Die Antragstellerin hat für ihre Wohnung bei der antragsgegnerischen Versicherung eine Haushaltsversicherung abgeschlossen. Vereinbart sind die Versicherungsbedingungen HH1, deren Artikel 2 auszugsweise lautet:

„Artikel 2

Welche Gefahren und Schäden sind versichert?

(...) 3. Schäden durch versuchten oder vollbrachten Einbruchdiebstahl, einfachen Diebstahl, Beraubung und Vandalismus.

3.1 Einbruch liegt vor, wenn der Täter in die Versicherungsräumlichkeiten

a) durch Eindringen oder Aufbrechen von Türen, Fenstern oder anderen Gebäudeteilen einbricht,

b) durch Öffnungen, die nicht zum Eintritt bestimmt sind und ein erschwerendes Hindernis darstellen, einsteigt.

c) heimlich einschleicht und aus den abgeschlossenen Räumlichkeiten Sachen entwendet,

d) mit Werkzeugen oder falschen Schlüsseln eindringt,

e) mit richtigen Schlüsseln eindringt, die er sich durch Einbruch in andere als die versicherten Räume eines Gebäudes oder durch Raub angeeignet hat. (...)

3.5 Einfacher Diebstahl liegt vor, wenn der Täter Sachen entwendet, ohne dass ein Einbruchdiebstahl gemäß Art. 3 Punkt 3.1 vorliegt. Der einfache Diebstahl ist nur bei Entwendung aus der Wohnung und für die gemäß Art. 3 Pkt. 2.2. in Gemeinschaftsräumen und im Freien versicherten Sachen gedeckt. Die Haftung für Bargeld und Valuten ist mit EUR 370,- und für den sonstigen Wohnungsinhalt mit EUR 1.500,- begrenzt. (...)

Die Antragstellerin befand sich Ende Juli 2014 auf Urlaub, deren Schwester, die im selben Haus wie die Antragstellerin wohnt, verfügte über einen Schlüssel zur Wohnung und hat auf diese während der Abwesenheit der Antragstellerin aufgepasst. Im Zeitraum zwischen dem 23.7. und 25.7.2014 kamen aus der Wohnung mehrere Wertgegenstände abhanden, die polizeiliche Meldung darüber erfolgte am 25.7.2014. Nach der Schadenmeldung an die antragsgegnerische Versicherung wurden von dieser zwei Sachverständigengutachten beauftragt. Der Sachverständige kommt in seinem Gutachten vom 6.10.2014 zu folgenden Schlüssen:

„Daher kann abschließend und aufgrund der vorhandenen Spurensituation sowie einer eingehenden Spurenanalyse die Aussage getroffen werden, dass an dieser Eingangstüre keine geeignete Gewaltanwendung von außen feststellbar war und daher eine gewaltsame Überwindung der ordnungsgemäß versperrten Eingangstür nicht stattgefunden hat. (...)

(Zu Einbruchsspuren am Türschloss)

Somit kann ausgesagt werden, dass dieses gegenständliche Kreuzbartschloss nicht erfolgreich nachgesperrt, sondern mit einem Originalschlüssel ge-/entsperrt wurde. (...)

Der Sachverständige schätzte die Werte der laut Angaben der Antragstellerin entwendeten Wertgegenstände zum Neuwert wie folgt:

„Entwendetes Bargeld – verwahrt:	€ 400,00
Entwendeter Schmuck – verwahrt ohne Belege	€ 5.333,00
Entwendete Sachwerte mit Belege	€ 479,00
Entwendete Sachwerte ohne Belege	€ 2.520,00“



Die Antragsgegnerin lehnte mit Schreiben vom 7.10.2014 die Deckung mit folgender Begründung ab: **„(...)Unsere Prüfung hat ergeben, dass der gemeldete Schaden im Rahmen Ihres Versicherungsvertrages nicht gedeckt ist, weil laut durchgeführter Schlossuntersuchung keinerlei Beschädigungen an den vorhandenen Schlössern festgestellt wurden. Auf Grund der vorliegenden Unterlagen und einer eingehenden Spurenanalyse teilen wir Ihnen mit, dass an der Eingangstüre keine geeignete Gewaltanwendung von außen feststellbar war. Eine gewaltsame Überwindung der ordnungsgemäß versperrten Eingangstüre hat nicht stattgefunden.(...)“**

Dagegen richtet sich der Schlichtungsantrag vom 19.1.2016. Laut den vereinbarten Bedingungen sei selbst, wenn kein Einbruchsdiebstahl vorläge, eine Entschädigung für einfachen Diebstahl in Höhe von € 1.870,-- (€ 370,-- für Bargeld, € 1.500,-- für andere Sachwerte) zu leisten. Die Antragstellerin teilte mit Email vom 1.3.2016 mit, sich am Schlichtungsverfahren nicht zu beteiligen. Daher war gemäß Pkt. 2 der Verfahrensordnung der von der Antragstellerin geschilderte Sachverhalt der Empfehlung zugrunde zu legen.

Die Schlichtungskommission empfahl der antragsgegnerischen Versicherung die Zahlung von € 1.870,-- und begründete dies zusammengefasst wie folgt:

Die Auslegung von Versicherungsbedingungen hat sich daher am Maßstab des durchschnittlich verständigen Versicherungsnehmers zu orientieren. Es ist der einem objektiven Betrachter erkennbare Zweck einer Bestimmung zu berücksichtigen. Klauseln sind, wenn sie nicht auch Gegenstand und Ergebnis von Vertragsverhandlungen waren, objektiv unter Beschränkung auf den Wortlaut auszulegen, wobei Unklarheiten zu Lasten des Versicherers gehen.

Wendet man diese Kriterien auf den der Empfehlung zugrunde zu legenden Sachverhalt an, dann haben die Streitparteien in Pkt.3.5 der ABH HH1 einen Versicherungsschutz für einfachen Diebstahl vereinbart. Daraus folgt, dass die Antragsgegnerin vertragsgemäß diesen Schaden im Rahmen der vereinbarten Sublimits zu ersetzen hat.

Bei ihrer Ablehnung vom 7.10.2014 bestreitet die Antragsgegnerin nicht das Vorliegen des Diebstahles, sondern verweigert sie Entschädigungsleistung deswegen, weil „eine gewaltsame Überwindung der ordnungsgemäßen Eingangstüre nicht stattgefunden“ habe. Bei dieser Argumentation übersieht sie jedoch, dass mit der Antragstellerin auch eine Entschädigungsleistung für „einfachen Diebstahl“ mit entsprechender limitierter Haftung vereinbart hat.

In einem allfälligen streitigen Verfahren wird die Antragstellerin u.a. das Vorliegen des Versicherungsfalles, in diesem Fall das Vorliegen eines einfachen Diebstahles, behaupten und beweisen müssen. Nach herrschender Auffassung stehen dem Versicherungsnehmer beim Nachweis des Versicherungsfalles in der Schadensversicherung wegen der großen Beweisschwierigkeiten Beweiserleichterungen zu. Es genügt daher, wenn er ein Mindestmaß an Tatsachen beweist, die das äußere Erscheinungsbild eines Versicherungsfalles bilden (vgl. RS0102499). Ohne die Beweismwürdigung in einem streitigen Verfahren vorwegzunehmen, weist die Schlichtungskommission darauf hin, dass die Tatsache, dass die Antragsgegnerin mit ihrem Schreiben vom 7.10.2014 das Vorliegen eines Diebstahles nicht ausdrücklich bestreitet, sondern inhaltlich festhält, dass die Voraussetzungen für einen Einbruchsdiebstahl nicht feststellbar seien, für die Richtigkeit der Behauptung der Antragstellerin spricht, dass ein Diebstahl tatsächlich stattgefunden hat.

III. Aus der Beratungstätigkeit des Fachverbandes und der RSS

1. Zum Regress des Feuerversicherers gegenüber der Dienstnehmerin des Versicherungsnehmers

Folgender Fall wurde an die RSS herangetragen: Eine Kindergärtnerin hatte eine brennende Kerze auf einem Fensterbrett vergessen, diese löste einen Brand aus. Der Feuerversicherer leistete rund € 31.000 und forderte nun im Regressweg zwei Drittel davon von der Kindergärtnerin zurück. Ist der Regress dem Grunde bzw. der Höhe nach berechtigt, bzw. mit welchen Argumenten könne man dem Versicherer entgegentreten?

Die RSS nahm dazu wie folgt Stellung:

Grundsätzlich haftet die Kindergärtnerin als Dienstnehmerin ihrem Dienstgeber nach den Bestimmungen des Dienstnehmerhaftpflichtgesetzes. Es ist zwar regelmäßig eine Frage des Einzelfalles, in wieweit der Regress gemäßigt werden kann, der OGH hat jedoch auch ausgesprochen, dass es keine fixe Grenze wie 2/3-Haftung bei grober Fahrlässigkeit oder 1/3 bei leichter Fahrlässigkeit gibt (8 ObA 31/06a).

Ohne in eine anwaltliche Tätigkeit eingreifen zu wollen, sollte man auf die persönlichen Verhältnisse der Kindergärtnerin (Einkommen, Unterhaltspflichten) Bedacht nehmen, außerdem müsste man sich den Sachverhalt hinsichtlich des Verschuldensgrades genauer ansehen – nicht jede vergessene Kerze begründet eine grobe Fahrlässigkeit.

2. Zeitwertberechnung muss schlüssig sein

Ein Mitglied wandte sich mit einem Fall an die RSS, der sich aufgrund der Beweisfragen nicht für eine formelle Schlichtung eignete: Ein Sachverständiger hatte in einer Maschinenbruchversicherung ein Gutachten zur Schadensursache und zum Zeitwert einer Motorspindel, die in einer CNC-Fräse eingebaut war, erstattet. Dieses Gutachten wies einen aus Sicht des Versicherungsnehmers zu geringen Zeitwert des Bauteils aus. Der Versicherungsmakler ersuchte um Unterstützung der RSS. Die RSS gab dazu folgende Auskunft:

Gemäß Art 7 Pkt. 2 der AMB 2002 ist als Ersatzleistung des Versicherers der Ersatz der Reparaturkosten oder, wenn diese den technischen Zeitwert überschreiten, der Ersatz des technischen Zeitwertes vereinbart. Letzterer ergibt sich aus dem Versicherungswert (= Neuwert), reduziert um einen Abzug für Alter, Abnutzung und/oder andere Ursachen.

Wenn nunmehr im Gutachten von einem Zeitwert der Motorspindel von € 2.000,-- die Rede ist, ist aus selbigem nicht nachvollziehbar, wie der Gutachter zu diesem Wert kommt (Zit: „Der Zeitwert der defekten Spindel bei 12 Jahren Nutzungsdauer beträgt € 2.000,--“). Es fehlen Berechnungsmaßstäbe dafür, wie der Gutachter nach etwa der Hälfte der technischen Lebensdauer der Spindel zu einem Zeitwert von weniger als 7 % des Neupreises kommt, zumal diese Lebensdauer von einem 3-Schicht-Betrieb ausgeht, die Maschine jedoch nur im 1-Schicht-Betrieb läuft.



IV. Sonstiges

1. Kein Rücktritt bei Kauf auf Messe

Der Kauf einer neuen Küche auf einer Messe wurde vom Verein für Konsumenteninformation zum Anlass genommen, die Regelungen des Fern- und Auswärtsgeschäftegesetzes (FAGG) näher zu prüfen. Ein Ehepaar bestellte auf einer Messe eine Küche um rund € 10.500, wenige Tage später traten die Konsumenten vom Kauf zurück. Das Unternehmen akzeptierte den Rücktritt nur gegen Bezahlung der vertraglich vereinbarten Stornogebühr von 20%. Der VKI forderte die Stornogebühr (nach Abtretung des Anspruchs) wieder vom Unternehmer zurück.

Das Erstgericht wies noch die Klage ab – der Vertrag unterliege keinem gesetzlichen Rücktrittsrecht, die vertragliche Vereinbarung sei nicht gröblich benachteiligend.

Das Berufungsgericht änderte diese Entscheidung ab und sprach dem Kläger rund die Hälfte des Klagsbetrages zu. Hinsichtlich des restlichen Betrages sei dem Unternehmer ein konkreter Schaden (in Höhe der Provision für den Messeverkäufer) entstanden.

Der OGH änderte diese Entscheidung ab und gab der Klage im Wesentlichen statt (E des OGH vom 26.1.2017, 3 Ob 237/16y). Im Ergebnis sei zwar dem beklagten Unternehmen zuzustimmen, dass kein „außerhalb der Geschäftsräume geschlossener Vertrag“ im Sinne des § 3 Z 1 lit a FAGG vorliege, wenn ein Unternehmer auf einer Messe einen Messestand betreibt. Der Konsument müsse am Ort des Geschäfts mit dem Auftreten des Unternehmens rechnen, es liege daher keine Überrumpelungssituation vor. Dennoch sei eine pauschale Stornogebühr, die nicht auf den tatsächlich dem Unternehmer entstehenden Schaden abstellt, für den Konsumenten gröblich benachteiligend. Eine geltungserhaltende Reduktion der Klausel auf den Schaden, der dem Unternehmen tatsächlich entstanden ist, komme im Individualprozess nicht mehr in Betracht. Der Unternehmer könne sich nur auf § 1168 Abs 1 ABGB berufen, und seinen Werklohn abzüglich dessen, was er sich durch den Rücktritt erspart hat, verlangen, das hat er jedoch in erster Instanz verabsäumt.

2. Kein Arbeitsunfall bei Notdurft auf dem Heimweg

Ebenfalls vor dem OGH landete der Fall eines Lehrers einer Polizeischule. Auf dem Heimweg vom Dienst blieb er mit seinem PKW in einem Waldstück stehen und ging zwei Meter ins Gebüsch, um sich etwas zu erleichtern. Dabei schlug ihm jedoch ein Ast in sein linkes Auge und verletzte dieses nachhaltig. Die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter anerkannte das jedoch nicht als Dienstunfall.

Der OGH bestätigte dies (E des OGH vom 11.11.2016, 10 ObS 133/16f). Ein Dienstunfall müsse sich in örtlichem, zeitlichem und ursächlichem Zusammenhang mit dem Dienstverhältnis ereignen. Dieser Zusammenhang sei bei privaten Tätigkeiten grundsätzlich unterbrochen. Nur wenn betriebliche Einrichtungen bei der Entstehung des Unfalls wesentlich mitgewirkt hätten, also der Unfall wesentlich durch die Umstände an der Arbeitsstätte oder die Arbeitstätigkeit verursacht wurde – etwa weil sie unter erhöhtem Gefahrenrisiko selbst verursacht wurde und dieses Risiko tatsächlich zum Unfall geführt hat –, läge ein Arbeitsunfall vor. Der Kläger hatte erst in dritter Instanz argumentiert, er habe aufgrund seiner dienstlichen Pflichten nicht eher als am Heimweg sich des Harns entledigen können. Ob das als Rechtfertigung des Klägers gewertet werden könne, konnte der OGH jedoch – weil zu spät vorgebracht - nicht prüfen.

3. Zur Haftung des Beifahrers bei einer Schwarzfahrt

Auch im dritten Fall ging der Streit bis vor den Obersten Gerichtshof. Die Klägerin hatte beim Absperrern ihres PKW die Fahrzeugschlüssel verloren, ein 14-jähriger fand die Schlüssel und nutzte die Gelegenheit, mit dem Fahrzeug davonzufahren. Er erzählte das dem späteren Zweitbeklagten, der ihm die Schlüssel vorerst wegnahm. Der 14-jährige nahm die Schlüssel jedoch später wieder aus der Jacke des Zweitbeklagten und ging auf Spritztour. Im Zuge einer solchen trafen die beiden wieder aufeinander, der Zweitbeklagte fuhr widerwillig mit, versuchte aber auch nicht nachhaltig, eine weitere Schwarzfahrt des 14-jährigen zu verhindern. Es kam, wie es kommen musste: der Minderjährige verursachte einen Unfall, am Auto entstand Totalschaden.

Die Halterin des Fahrzeuges klagte nun Lenker und Beifahrer – die Haftung des Minderjährigen war unstrittig, die des Beifahrers umso eher. Der OGH bestätigte letztlich die Entscheidung der Vorinstanzen, die eine Haftung des Beifahrers verneinten (E des OGH vom 31.8.2016, 2 Ob 97/16b). Er führte rechtlich u.a. aus:

Es ist daher mit der zitierten Rechtsprechung und Lehre davon auszugehen, dass in Fällen, in denen sich die mangelnde Kausalität des Verhaltens des in Anspruch genommenen „Mittäters“ – zB wie hier für die anlässlich der Schwarzfahrt entstandenen Schäden – ausdrücklich nachweisen lässt, die Haftung nach §§ 1301, 1302 ABGB ausgeschlossen wird. Das Mitfahren bei einer Schwarzfahrt wie im vorliegendem Fall ist daher kein haftungsbegründender Beitrag zu dieser und dem daraus resultierenden Schaden im Sinne der §§ 1301, 1302 ABGB, wenn der Mitfahrende nachweist, dass die Schwarzfahrt und der Schaden auch ohne seine Beteiligung eingetreten wären.

Genau dieser Nachweis war dem Zweitbeklagten gelungen: die Instanzen hatten festgestellt, dass der Unfall auch eingetreten wäre, wenn der Zweitbeklagte nicht in das Fahrzeug eingestiegen wäre.



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.

