



Versicherungsrechts-NEWS

Nr. 11/2017

Versicherungsrechts-NEWS

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)

Inhalt

I.	Versicherungsrechtliche Judikatur.....	2
1.	Österreich.....	2
1.1.	Sturz bei Schwindelanfall: Unfall oder nicht?	2
1.2.	AUVB: Ausschluss für Verschlimmerung bestehender Bandscheibenvorfälle ist nicht überraschend	4
1.3.	Kondenswasser aus einer angeschlossenen Einrichtung gilt als Leitungswasser ...	7
1.4.	Stenogramm - weitere aktuelle versicherungsrechtliche Entscheidungen im Überblick.....	9
2.	International.....	10
2.1.	BGH: Fehlsichtigkeit als Krankheit und medizinische Notwendigkeit einer Lasik-Operation	10
2.2.	Stenogramm - weitere Entscheidungen aus Europa im Überblick.....	11
II.	Fälle aus der Rechtsservice- und Schlichtungsstelle (RSS) des Fachverbandes der Versicherungsmakler	13
	Sturmschaden: Auslegung der Rettungskosten-Klausel (RSS-0044-16 = RSS-E 48/16)	13
III.	Aus der Beratungstätigkeit des Fachverbandes und der RSS.....	16
1.	Wann beginnt der Umzug?	16
2.	Fristberechnung in der Krankenversicherung bei Schwangerschaften	16
IV.	Gesetzgebung, Literatur & Sonstiges	17
1.	VwGH: Alkotest-verweigert, weil nicht auf frischer Tat ertappt.....	17
2.	EuGH: Verjährungsfrist bei Gebrauchsgütern	17
3.	VW-Aktionärsklagen: Österreichische Gerichte unzuständig	17



I. Versicherungsrechtliche Judikatur

1. Österreich

1.1. Sturz bei Schwindelanfall: Unfall oder nicht?

Der Kläger ist bei der Beklagten unfallversichert (Versicherungssumme 143.800 €). § 6 der vereinbarten AUVB lautet auszugsweise:

§ 6 Begriff des Unfalls

1. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

2. Als Unfall gelten auch folgende Ereignisse: Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen. Hinsichtlich krankhaft abnutzungsbedingter Einflüsse findet insbesondere § 22 Abs 2, sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes, Anwendung.

Weiters ist als Ausschluss u.a. Folgendes vereinbart:

§ 21 Ausschlüsse

Soweit nichts anderes vereinbart ist, umfasst der Versicherungsschutz nicht Unfälle:

[...]

9. die die versicherte Person infolge einer Bewusstseinsstörung oder einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet;

Der Kläger saß am 18. April 2013 auf dem etwa 30 cm hohen Reifen eines Rasenmähertraktors. „Er musste husten und bekam eine Schwindelattacke. Daher stürzte er vom Reifen auf die Stirn.“

Durch diesen Sturz erlitt der Kläger Rissquetschwunden und eine Rückenmarksschädigung, die auf degenerativen Vorschäden basierte. Die Engstelle im Spinalkanal des Klägers und der Nervenstrang im Halsbereich des Klägers sind für plötzliche Schädigungen, Überdehnungen und Stauchungen extrem anfällig. Schon geringere Traumen als dieser Sturz hätten zum gleichen Schaden führen können.

Die Mitwirkung der Vorschäden ist mit 75 % einzustufen. Die Invalidität des Klägers ist mit 100 % zu bewerten.

Der Kläger beehrte die Zahlung von € 62.090 sowie eine monatliche Rente von € 420. Es sei (offenbar aufgrund der Vorschäden) von einer Leistungspflicht des Versicherer von 35% der Versicherungssumme auszugehen.

Die Beklagte beantragte die Klageabweisung. er Kläger habe keinen Unfall im Sinn der AUVB erlitten. Er sei auf einem ca 30 cm hohen Reifen eines Rasenmähertraktors gesessen, habe husten müssen, eine Schwindelattacke erlitten und sei dadurch vom Reifen auf die



Stirn gefallen. Selbst wenn dieses Ereignis ein Unfall gewesen sein sollte, läge der Versicherungsausschluss des Art 21.9 AUVB vor, weil seine Ursache die Schwindelattacke - eine wesentliche psychische Ausnahmesituation, in der der Kläger seinen Körper nicht kontrollieren habe können - gewesen sei.

Das Erstgericht schloss sich im Wesentlichen dieser Argumentation an und wies die Klage ab.

Der Kläger erhob dagegen Berufung, er akzeptierte zwar die Bemessung der Vorschäden mit 75%, dennoch bestehe eine Leistungspflicht über 25% der Versicherungssumme, da ein Unfall vorliege. Das Berufungsgericht bestätigte jedoch das abweisende Ersturteil.

Der Oberste Gerichtshof hob die Urteile der Vorinstanzen (soweit diese nicht rechtskräftig geworden waren) auf und verwies die Rechtssache zur neuerlichen Entscheidung nach Verfahrensergänzung an das Erstgericht zurück (E des OGH vom 14.6.2017, 7 Ob 57/17h).

Nach ausführlicher Wiedergabe der Rechtsprechung zur Auslegung von Versicherungsbedingungen begründete der OGH das Vorliegen eines Unfalles wie folgt:

Ein Unfall ist ein plötzlich von außen auf den Körper mit mechanischer Kraft einwirkendes Ereignis. Für den Versicherten muss die Lage so sein, dass er sich bei normalem Geschehensablauf den Folgen des Ereignisses im Augenblick ihres Einwirkens auf seine Person nicht mehr entziehen kann. Dass eigenes Verhalten zum Unfall beitragen, ihn sogar herbeiführen kann, ist in der Unfallversicherung nicht zweifelhaft. Dabei wird zwar ein gewolltes und gesteuertes Verhalten des Versicherungsnehmers nicht als Unfallereignis angesehen werden können; dagegen liegt aber ein Unfall bei einem Vorgang vor, der vom Versicherten bewusst und gewollt begonnen und beherrscht wurde, sich dieser Beherrschung aber durch einen unerwarteten Ablauf entzogen und nunmehr schädigend auf den Versicherten eingewirkt hat.

Zunächst ist die Frage zu klären, ob die Einwirkung von außen erfolgt ist.

Ein von außen auf den Körper wirkendes Ereignis liegt vor, wenn Kräfte auf den Körper einwirken, die außerhalb des Einflussbereichs des eigenen Körpers liegen. Der Begriff grenzt körperinterne Vorgänge vom Unfallbegriff aus, die regelmäßig Krankheiten oder degenerativen Zuständen mit Krankheitswert und damit der Krankenversicherung zuzurechnen sind. In diesem Sinn ist jedes vom Versicherten nicht beherrschbare und in Bezug auf die dadurch verursachte Gesundheitsschädigung unfreiwillige Geschehen als Unfall anzusehen. Dabei kommt es auf das Ereignis an, das die erste Gesundheitsschädigung unmittelbar ausgelöst hat, nicht jedoch auf die Ursache des Ereignisses. So liegt bei einem Sturz auf der Schipiste das von außen wirkende Ereignis im Aufprall des Körpers auf der Schipiste oder beim Sturz auf dem Boden. Auch Unfallereignisse, die ihrerseits auf organische Ursachen zurückzuführen sind, werden vom Unfallbegriff erfasst, wie beispielsweise ein Sturz infolge von Ohnmacht oder tumorbedingter Koordinationsstörungen.

Im hier vorliegenden Fall war der Sturz des Klägers vom Reifen des Rasenmähertraktors nach den für die Beurteilung als Unfall noch ausreichenden Feststellungen Folge „eines Hustens und einer Schwindelattacke“. Im Sinn der obigen Ausführungen ist dieser Sturz „mit Aufprall der Stirn“ vom Unfallbegriff erfasst.



Hinsichtlich des Vorliegens des Ausschlussgrundes der Bewusstseinsstörung hielt der OGH das Verfahren jedoch für ergänzungsbedürftig:

Der Begriff der Bewusstseinsstörung erfordert nicht völlige Bewusstlosigkeit. Es genügt, wenn die Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit so gestört ist, dass der Versicherte der Gefahrenlage, in der er sich jeweils befindet, nicht mehr so gewachsen ist, wie die jeweiligen Verhältnisse es erfordern. Auch eine Schwindelattacke kann eine Bewusstseinsstörung darstellen, wenn dadurch die Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit erheblich gestört ist.

Die abschließende Beurteilung des von der Beklagten herangezogenen Ausschlussstatbestands, für dessen Vorliegen diese die Beweislast trifft ist, mangels Feststellungen zu Schwere und Auswirkungen der Schwindelattacke, derzeit nicht möglich. Insbesondere sind vom Erstgericht im fortgesetzten Verfahren Feststellungen zu treffen, wie der Husten und die Schwindelattacke geartet waren und welchen Einfluss sie auf den Kläger in der konkreten Situation hatten, insbesondere inwiefern seine Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit gestört waren. Erst dann kann im Sinn der dargelegten Grundsätze beurteilt werden, ob der Ausschlussstatbestand nach Art 21.9 AUVB vorliegt.

Ebenso ist noch zu prüfen, ob für den Versicherungsfall die erhöhte Versicherungssumme für Freizeitunfälle zur Verfügung steht, weil der Kläger zum Unfallszeitpunkt arbeitslos war und bei Arbeitslosen die erhöhte Summe nur 6 Monate lang weiter gilt.

Fazit:

Deckungsablehnungen infolge von Bewusstseinsstörungen sollten grundsätzlich hinterfragt werden. Nicht jeder Schwindelanfall ist gleich eine Bewusstseinsstörung im Sinne der Bedingungen. Vielmehr muss man die Frage stellen, ob die versicherte Person aufgrund der Beeinträchtigung noch in der Lage war, die konkrete Gefahrenlage zu beherrschen - eine Frage des Einzelfalles. Vorübergehende Kreislaufreaktionen, etwa durch plötzliche Lageveränderung des Körpers oder schweres Tragen, können jedermann bei normaler körperlicher und geistiger Verfassung treffen und führen noch nicht zwingend zum Eingreifen des Ausschlusses.

1.2. AUVB: Ausschluss für Verschlimmerung bestehender Bandscheibenvorfälle ist nicht überraschend

Im Unfallversicherungsvertrag zwischen den Streitparteien wurde der Versicherungsschutz sachlich wie folgt begrenzt:

Für Bandscheibenvorfälle wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch direkte mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt.

Der Kläger rutschte am 10. 8. 2014 während eines Arbeitsvorgangs, bei dem er zwei schwere Gewichte trug, beim Umdrehen aus und fiel auf den Rücken. Am 24. 11. 2014 rutschte er im Zuge von Waldarbeiten trotz festen Schuhwerks auf dem nassen Waldboden beim Anheben eines Baumstamms aus und kam dabei zu Sturz.

Der Kläger litt bereits vor den Unfällen an einer degenerativen Vorschädigung der Bandscheiben. Er hatte immer wieder und zeitweise auftretende Rückenbeschwerden. Der



Bandscheibenraum L5/S1 war verschmälert. Die Bandscheibe war bereits schwer abnutzungsbedingt verändert, verursachte jedoch bis dahin keine wesentlichen Beschwerden. Diese Vorschädigung geht über eine rein altersbedingte Abnutzungserscheinung weit hinaus.

Aufgrund des Vorfalls am 10. 8. 2014 erlitt der Kläger eine Zerrung der Lendenwirbelsäule. Bei diesem Vorfall wurde erstmalig der schwere Vorschaden an der Bandscheibe manifest. Beim Unfall am 24. 11. 2014 kam es zum endgültigen Bandscheibenvorfall mit entsprechenden neurologischen Symptomen. Die Unfälle haben die schwerstens degenerativ vorgeschädigte Bandscheibe verschoben und zu den Beschwerden des Klägers geführt. Nach einer Operation am 28. 11. 2014 sowie Rehabilitation hat der Kläger noch ausstrahlende Beschwerden. Er hat neurologische Ausfälle an der Wirbelsäule. Die Beschwerden des Klägers sind auf Degeneration zurückzuführen.

Der Kläger beehrte die Zahlung von 23.000 EUR sA. Vor den beiden Unfällen habe er keine Beschwerden gehabt. Nunmehr bestehe eine Invalidität von 20 %, die allein auf die beiden Unfälle zurückzuführen sei. Die Bestimmung des Art C.2.5 UVB 2009 sei überraschend und gröblich benachteiligend. Die gröbliche Benachteiligung ergebe sich daraus, dass eine sachlich nicht gerechtfertigte Einschränkung der Leistungspflicht der Unfallversicherung vereinbart worden sei. Im Bereich der privaten Unfallversicherung sei grundsätzlich jeder Unfall mit seinen konkreten Folgen getrennt zu beurteilen und abzurechnen. Ob die Vorinvalidität auch bereits auf einem leistungspflichtigen Unfall beruht habe oder auf einer sonstigen Krankheit, sei unerheblich. Es sei keine sachliche Rechtfertigung zu erkennen, warum bei Erkrankungen der Wirbelsäule bei Vorschädigungen generell keine Leistung durch den Versicherer erfolgen solle.

Die Beklagte beantragte die Klagsabweisung. Es liege kein Versicherungsfall vor. Für Bandscheibenvorfälle sei es nach den vereinbarten UVB 2009 erforderlich, dass sie durch eine direkte mechanische Einwirkung von außen entstanden seien und es dürfe sich nicht um eine Verschlimmerung von vorbestehenden Krankheitserscheinungen handeln. Die beiden Vorfälle seien für die Probleme des Klägers nicht kausal, vielmehr seien sie Ausdruck einer fortgeschrittenen degenerativen Bandscheibenerkrankung; jedenfalls handle es sich um eine Verschlimmerung von vorbestehenden Krankheiten, nämlich einer anlagebedingten Bandscheibenschädigung.

Das Erstgericht wies das Klagebegehren ab. Artikel C.2.5 UVB 2009 sei weder gröblich benachteiligend noch überraschend.

Das Berufungsgericht bestätigte die Klagsabweisung. Bei beiden Vorfällen habe der Kläger schwere Gegenstände gehoben. Es liege auf der Hand, dass sich die (potentielle) Energie der Gegenstände auf den Rücken und damit die Bandscheiben des Klägers übertragen habe. Die Schädigung der Wirbelsäule des Klägers sei daher durch eine direkte mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden. Bei den durch die beiden Unfälle hervorgerufenen Beschwerden des Klägers handle es sich aber um eine „Verschlimmerung“ von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen, weshalb nach Art C.2.5 UVB 2009 die Leistungspflicht der Beklagten ausgeschlossen sei. Die Klausel sei nicht überraschend nach § 864a ABGB, sie sei auch nicht gröblich benachteiligend iSd § 879 Abs 3 ABGB. Da der Zweck der Klausel die Sicherstellung der Verbindung zwischen Unfallereignis und „reiner Unfallfolge“ sei, könne ihr die sachliche Rechtfertigung nicht aberkannt werden.



Der OGH gab der Revision nicht Folge (E des OGH vom 5.7.2017, 7 Ob 86/17y).

Wenn wie von Vorinstanzen festgestellt, eine direkte mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule aber auch eine Verschlimmerung bestehender Krankheitserscheinungen vorliege, sei die Deckungspflicht - ausgehend von der Bedingungslage - zu verneinen.

Zur Frage, ob diese Bedingung überraschend nach § 864a ABGB und gröblich benachteiligend nach § 879 Abs 3 ABGB sei, führte der OGH Folgendes aus:

Jedem Versicherungsnehmer muss das Wissen zugemutet werden, dass gewisse Begrenzungsnormen einem Unfallversicherungsvertrag zugrunde liegen. Dem Versicherer steht es frei, bestimmte Risiken vom Versicherungsschutz auszunehmen. Voraussetzung ist, dass dies für den Versicherungsnehmer klar erkennbar geschieht. Der durchschnittliche Versicherungsnehmer hat daher grundsätzlich mit Risikoausschlüssen und -einschränkungen zu rechnen.

Bandscheibenschädigungen als Gesundheits-schädigungen sind grundsätzlich dem Krankheitsbereich und damit der Krankenversicherung zuzurechnen. Sie entstehen auch ohne äußere Einwirkung aufgrund schicksalhafter oder anlagebedingter Abnützungserscheinungen oder degenerativer Vorgänge im Körper. Zahlreiche Unfallversicherungsbedingungen - wie auch die Musterbedingungen - schließen deshalb bestimmte Bandscheibenschäden vom Versicherungsschutz aus.

Dass der Unfallversicherer gegenüber degenerativen Veränderungen Abgrenzungen des Deckungsschutzes vornimmt, ist für den durchschnittlichen Versicherungsnehmer nicht unerwartet. Die gegenständliche Begrenzung ist daher weder objektiv ungewöhnlich noch ist sie im Text „versteckt“. Ein durchschnittlich sorgfältiger Leser kann sie schon im Hinblick auf die Überschrift zu Art C.2 „Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes“ dort finden, wo sie zu vermuten ist.

Entgegen der vom Kläger vertretenen Ansicht liegt im hier zu beurteilenden Fall keine gröbliche Benachteiligung iSd § 879 Abs 3 ABGB vor. Zum einen besteht keine dispositive Regelung, an der man sich in dieser Hinsicht orientieren könnte. Zum anderen erfolgt der Ausschluss von Bandscheibenschäden vom Versicherungsschutz, um in diesem Bereich typischerweise auftretenden Abgrenzungsproblemen von Unfallfolgen zu degenerativen und anlagebedingten Vorschädigungen von vornherein zu begegnen. Vor diesem Hintergrund führt es auch nicht zu einer unsachlichen Benachteiligung des Versicherungsnehmers, dass der Unfallversicherer Bandscheibenvorfälle, die eine Verschlimmerung schon bestehender Krankheitserscheinungen - und somit einer der Krankenversicherung zuzuordnenden Gesundheitsschädigung - darstellen, vom Versicherungsschutz ausnimmt.

Fazit:

Zu den Pflichten des Maklers gehört es unter anderem, den Versicherungskunden im bzw. nach dem Versicherungsfall zu unterstützen. Dazu zählt es aber auch, den Kunden zu informieren, wann Ansprüche nicht bestehen bzw. wann Ansprüche schwierig durchzusetzen sein werden. Ein Versicherungsmakler wird nicht abschließend beurteilen müssen, ob eine Regelung gröblich benachteiligend oder überraschend ist, er wird dort aber auf diese Problematik hinweisen müssen und die weitere rechtliche Abklärung, am besten durch einen Rechtsanwalt empfehlen bzw. auf das Risiko des Deckungsprozesses in der Beratung des Kunden eingehen müssen.



1.3. Kondenswasser aus einer angeschlossenen Einrichtung gilt als Leitungswasser

Der Klägerin wurden von ihrem Lebensgefährten die Ansprüche aus einer von diesem abgeschlossenen Leitungswasserschadenversicherung abgetreten. Art 7.2. der vereinbarten AWB lautet auszugsweise wie folgt:

7.2 Erweiterung des Versicherungsschutzes (Dichtungsschäden an Rohren, Schäden an angeschlossenen Einrichtungen und Armaturen, Verstopfungsschäden).

In Erweiterung des Art 1 Abs 2 lit a AWB umfasst der Versicherungsschutz auch die Kosten für die Behebung von Dichtungsschäden an Zu- und Ableitungsrohren, nicht jedoch an angeschlossenen Einrichtungen und Armaturen, innerhalb des versicherten Gebäudes.

Das Einfamilienhaus der Klägerin ist mit Ortswasser und Nutzwasser versorgt und wird mittels einer Luft-/Wasserpumpe beheizt. Diese verfügt sowohl über ein flexibles, gedämpftes Ansaug- als auch Ausblasrohr, die im Freien je in einen Luftschaft mit Gitterabdeckung münden. Die Nutzwasserversorgung erfolgt mittels Regenwasser-Sammelzisterne, welche außerhalb des Gebäudes im Freien plaziert ist und einer im Keller befindlichen Pumpanlage mit Trinkwassernachspeisung. Die Regenwasserpumpanlage ist mit einer normgerechten Überlaufleitung, welche im Fall einer Überfüllung in den Kanal entwässert, ausgestattet. Für den Fall, dass sich kein gesammeltes Regenwasser Regenwassertank befindet, wird der Betrieb der mit Regenwasser versorgten sanitären Auslaufstellen durch das Nachspeisen von Trinkwasser in den Vorratsbehälter aufrechterhalten. Die Wärmepumpe bedarf keiner regelmäßigen Überprüfung.

Zu einem nicht mehr feststellbaren Zeitpunkt kurz vor dem 16. 6. 2011 kam es zu einem Wasserschaden im Keller. Die wasserbedingten Schädigungen in Mauerwerk und Boden haben ihre Ursache in einer Verstopfung des Abflusses an der Kondensatwanne der Wärmepumpe und dadurch austretendem Kondenswasser.

Durch ein verdrehtes Einlaufschwimmerventil im Vorratsbehälters der Regenwasser-Pumpenanlage, einen Riss im Ablaufrohr, welches das Überlaufwasser aus dem Vorratsbehälter der Regenwasser-Pumpenanlage im Störfall ableiten soll und durch die Kondensation des Zuluftrohrs zur Luft/Wasserpumpe aufgrund fehlender Dämmung traten weitere sehr kleine Wassermengen aus. Es kann nicht festgestellt werden, dass ohne Verstopfung des Abflusses an der Kondensatwanne der Wärmepumpe wasserbedingte Schädigungen eingetreten oder diese Schäden geringer ausgefallen wären.

In der Folge wurden Trocknungsarbeiten im Keller der Klägerin durchgeführt, wofür sie 4.231,20 EUR bezahlte. Die Klägerin kaufte und verlegte in Eigenregie einen neuen Laminatboden, strich die Wände, entsorgte die kaputten Möbel und Teppiche und reinigte den Keller.

Die Klägerin begehrt die Zahlung von 7.899,70 EUR. Aufgrund des aus der Wärmepumpenanlage austretenden Wassers sei es zu einer wasserbedingten Schädigung des Mauerwerks und des Kellerbodens gekommen. Der Schaden sei gemäß Art 7.2 EHL gedeckt, da es sich um einen Verstopfungsschaden an der Kondensatwanne der Wärmepumpe gehandelt habe. Die Wärmepumpe sei ein geschlossenes System, sodass für die Klägerin die Verstopfung nicht ersichtlich gewesen sei. Der Versicherungsschutz umfasse nicht nur die Behebung der Verstopfung an sich, sondern auch die dadurch verursachten Folgeschäden.



Die Beklagte beantragte die Klageabweisung, das ausgetretene Kondenswasser sei kein Leitungswasser im Sinne der Bedingungen.

Das Erstgericht sprach der Klägerin lediglich die Kosten der Beseitigung der Verstopfung (€ 300) zu, nicht jedoch die Folgekosten. Das Berufungsgericht bestätigte dieses Urteil.

Mit Teilurteil vom 21.9.2017, 7 Ob 118/17d, gab der Oberste Gerichtshof der Revision der Klägerin Folge und sprach der Klägerin € 5.271,20 sA zu. Hinsichtlich der weiteren Ansprüche wurde das Verfahren an das Erstgericht zur Entscheidung nach Verfahrensergänzung zurückverwiesen.

Der OGH gab in seiner Begründung die ständige Rechtsprechung zur Auslegung von Versicherungsbedingungen wieder und kam zu folgender rechtlichen Schlussfolgerung:

Die Versicherung gegen Leitungswasser bietet Schutz gegen Schäden, die durch den Austritt von Wasser aus Zu- oder Ableitungsrohren oder angeschlossenen Einrichtungen von Wasserleitungs-, Warmwasserversorgungs- oder Zentralheizungsanlagen sowie aus Etagenheizungen entstehen. Sie ist eine Sachversicherung, die dem Erhalt des Gebäudes, sohin des Eigentums des Versicherungsnehmers dient.

Eine angeschlossene Einrichtung ist - nach dem Verständnis des durchschnittlichen Versicherungsnehmers - jedes Behältnis, das bestimmungsgemäß Wasser durchlässt oder aufnimmt und dauernd durch eine Zuleitung oder durch eine Ableitung oder durch beides mit dem Rohrsystem verbunden ist. Ausdrücklich werden in Art 1.1 AWB Warmwasserversorgungs- und Heizungsanlagen angeführt. Zu diesen gehören auch Wärmepumpenanlagen.

Bei der gegenständlichen Luft-/Wasserpumpenanlage handelt es sich demnach um eine in Art 1.1 AWB ausdrücklich angeführte angeschlossene Einrichtung.

Das sich in einer Wärmepumpenanlage bildende Kondensat, das - der Konstruktion entsprechend - über eine Kondensatwanne und ein Abflussrohr in den Kanal abgeleitet werden soll, wird vom verständigen Versicherungsnehmer als Wasser aus einer angeschlossenen Einrichtung und damit als Leitungswasser im Sinn der Bedingungen angesehen.

Im vorliegenden Fall trat es - zweifellos bestimmungswidrig - durch den Rahmen der Wärmepumpe aus und floss durch die Boden-/Wandfugen in die Bodenkonstruktion, wodurch diese durchfeuchtet wurde. Für die durch diesen bestimmungswidrigen Austritt entstandenen Schäden besteht demnach bereits Versicherungsschutz nach Art 1.1 AWB.

Im fortgesetzten Verfahren ist noch zu klären, ob die Stromkosten für die Trocknungsgeräte, der Ersatz des Wasserverlustes, die vorkausalen Spesen und die weiteren Schadensbehebungskosten tatsächlich angefallen sind und kausal gewesen sind.

Fazit:

Die Entscheidung bringt für die Versicherungsnehmer Rechtssicherheit für eine Sparte, die erfahrungsgemäß häufig von Streitigkeiten betroffen ist. Auch bei den Schlichtungsfällen der RSS sind Fälle aus der Leitungswasserschadenversicherung häufig vertreten. Umso wichtiger ist eine entsprechende Kenntnis des Versicherungsmaklers über Versicherungsumfang und Bedingungs-lage der Leitungswasserschadenversicherung.



1.4. Stenogramm - weitere aktuelle versicherungsrechtliche Entscheidungen im Überblick

■ **Verschweigen von Schadenfallkündigung der Vorversicherung führt zu Leistungsfreiheit des Versicherers (OGH vom 17.5.2017, 7 Ob 54/17t)**

Bei Rücktritt des Versicherers, nachdem der Versicherungsfall eingetreten ist, bleibt nach § 21 VersVG dessen Verpflichtung zur Leistung bestehen, wenn der Umstand, in Ansehung dessen die Anzeigepflicht verletzt ist, keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder soweit er keinen Einfluss auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hatte. Die Kausalität muss zwischen dem verschwiegenen oder falsch angezeigten Umstand und dem Eintritt des Versicherungsfalls und nicht zwischen dem Verschweigen oder der Falschanzeige und dem Vertragsabschluss bestehen. Im Hinblick auf den Umfang der Leistung darf aber auch zwischen dem nicht oder falsch angezeigten Umstand und dem Schaden keinerlei Kausalzusammenhang gegeben sein. Die Frage des Kausalzusammenhangs ist nach der Lehre von der adäquaten Verursachung zu beurteilen. Der Beweis der fehlenden Kausalität zwischen dem nicht oder falsch angezeigten erheblichen Gefahrenumstand und dem Eintritt des Versicherungsfalls oder dem Umfang der Leistungspflicht des Versicherers obliegt als Ausnahme von der normalen Rücktrittswirkung des § 21 VersVG dem Versicherungsnehmer. Um diesen Beweis zu erbringen, muss der Versicherungsnehmer dartun, dass der Unfall auf jeden Fall aus einem anderen als dem falsch angezeigten oder dem verschwiegenen Umstand eingetreten ist. Der Versicherer bleibt daher nur dann zur Leistung iSd § 21 VersVG verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer jede mögliche Mitursache des falsch angezeigten oder verschwiegenen Umstands an dem Eintritt des Versicherungsfalls und dem Umfang der Leistung des Versicherers ausschließen kann.

■ **Zum Deckungskonkurs infolge Ansprüche mehrerer Sozialversicherungsträger (OGH vom 20.6.2017, 2 Ob 79/17g)**

Sind mehrere Dritte vorhanden und übersteigen ihre Forderungen aus der die Verantwortlichkeit des Versicherungsnehmers begründenden Tatsache die Versicherungssumme, so hat der Versicherer nach § 156 Abs 3 VersVG die Forderungen nach dem Verhältnis ihrer Beträge zu berichtigen. Hierbei sind mehrere Gläubiger nicht nur mehrere verletzte Personen, sondern auch, sofern nur ein Verletzter vorhanden ist, die beteiligten Sozialversicherungsträger (als Legalzessionare) untereinander und im Verhältnis zum Verletzten.

Mit Ausnahme des bevorzugt zu befriedigenden Schmerzensgelds (§ 336 ASVG) sind die Ansprüche des Geschädigten und der Sozialversicherungsträger (Legalzessionare) bei der Verteilung gleichrangig zu behandeln und aus der vorhandenen Deckungssumme verhältnismäßig zu befriedigen.



2. International

2.1. BGH: Fehlsichtigkeit als Krankheit und medizinische Notwendigkeit einer Lasik-Operation

Die Klägerin unterhält bei dem Beklagten eine private Krankenversicherung. In den dem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (im Folgenden: AVB), die insoweit den Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK) entsprechen, heißt es in § 1 Abs. 2:

"Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen (...)."

Die Klägerin, die unter beidseitiger Kurzsichtigkeit mit Astigmatismus litt, unterzog sich im November 2013 einer Femto -Lasik-Operation an den Augen. Sie begehrt vom Beklagten die Erstattung der hierfür angefallenen Operationskosten in Höhe von 3.490 € nebst Zinsen.

Die Parteien streiten darüber, ob die bei der Klägerin vor der Operation vorhandene Fehlsichtigkeit (von -3 und -2,75 Dioptrien) eine bedingungsgemäße Krankheit darstellt und ob die zu deren Beseitigung durchgeführte Operation medizinisch notwendig gewesen ist.

Das Amtsgericht hat die Klage nach Einholung eines Sachverständigengutachtens abgewiesen. Die Berufung der Klägerin ist erfolglos geblieben. Dagegen wendet sich die Klägerin mit ihrer Revision.

Mit Urteil vom 29.3.2017, IV ZR 533/15, hob der BGH das Berufungsurteil des Landgerichts Heidelberg auf und verwies die Rechtssache zur neuerlichen Entscheidung dorthin zurück.

Aus den Ausführungen des BGH ist für den österreichischen Rechtsbereich Folgendes hervorzuheben:

Ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer wird vielmehr davon ausgehen, zum Normalzustand der Sehfähigkeit gehöre ein beschwerdefreies Lesen und eine gefahrenfreie Teilnahme am Straßenverkehr; er wird das Vorliegen einer bedingungsgemäßen Krankheit annehmen, wenn bei ihm eine nicht nur ganz geringfügige Beeinträchtigung dieser körperlichen Normalfunktion vorliegt, die ohne Korrektur ein beschwerdefreies Sehen nicht ermöglicht. Dies folgt schon daraus, dass eine Krankheit nach dem gewöhnlichen Sprachgebrauch auch dadurch gekennzeichnet ist, dass sie eine nicht ganz unerhebliche Störung körperlicher oder geistiger Funktionen mit sich bringt und deshalb die Notwendigkeit einer Heilbehandlung begründet.

In dem dargelegten Verständnis wird der durchschnittliche Versicherungsnehmer auch durch das weitere Klauselwerk bestätigt. Er wird das Vorliegen einer bedingungsgemäßen Krankheit im Falle einer behandlungsbedürftigen Fehlsichtigkeit auch deshalb annehmen, weil ihm gerade für diesen Fall Leistungen vom Versicherer versprochen werden.

Nach alledem hätte das Berufungsgericht das Vorliegen einer bedingungsgemäßen Krankheit nicht verneinen dürfen. Die Korrekturbedürftigkeit eines Zustands, der ohne seine Beseitigung oder die Anwendung von Hilfsmitteln wie Brille oder Kontaktlinsen die genannten Einschränkungen im täglichen Leben mit sich bringt, steht aus medizinischer



Sicht außer Frage und ergibt sich im konkreten Fall auch aus den weiteren Feststellungen des Sachverständigen.

Im fortgesetzten Verfahren wird noch festgestellt werden müssen, ob die Lasik-Operation eine „medizinisch notwendige Heilbehandlung“ darstellt. Dazu hielt der BGH fest:

Mit dem Begriff "medizinisch notwendige" Heilbehandlung wird - auch für den Versicherungsnehmer erkennbar - nicht an den Vertrag zwischen ihm und dem behandelnden Arzt und die danach geschuldete medizinische Heilbehandlung angeknüpft. Vielmehr wird zur Bestimmung des Versicherungsfalles ein objektiver, vom Vertrag zwischen Arzt und Patient unabhängiger Maßstab eingeführt. Diese objektive Anknüpfung bedeutet zugleich, dass es für die Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit der Heilbehandlung nicht auf die Auffassung des Versicherungsnehmers und auch nicht allein auf die des behandelnden Arztes ankommen kann. Gegenstand der Beurteilung können vielmehr nur die objektiven medizinischen Befunde und Erkenntnisse im Zeitpunkt der Vornahme der Behandlung sein. Demgemäß muss es nach den objektiven medizinischen Befunden und Erkenntnissen im Zeitpunkt der Vornahme der ärztlichen Behandlung vertretbar gewesen sein, die Heilbehandlung als notwendig anzusehen.

Ob dies der Fall ist, kann nur anhand der im Einzelfall maßgeblichen objektiven Gesichtspunkte mit Rücksicht auf die Besonderheiten der jeweiligen Erkrankung und der auf sie bezogenen Heilbehandlung bestimmt werden.

Von der medizinischen Notwendigkeit einer Behandlung im Sinne der vorstehenden Ausführungen wird daher dann auszugehen sein, wenn eine Behandlungsmethode zur Verfügung steht und angewandt worden ist, die geeignet ist, die Krankheit zu heilen, zu lindern oder ihrer Verschlimmerung entgegenzuwirken.

Fazit:

Der Begriff der medizinischen Notwendigkeit, der sinngemäß auch in Bedingungen österreichischer Krankenversicherer vorkommt, orientiert sich alleine daran, ob die gewünschte Behandlung erfolversprechend ist. Es ist nicht von Bedeutung, ob es Hilfsmittel gibt, die das Leiden an sich lindern, wie zB das Tragen von Brille oder Kontaktlinsen.

2.2. Stenogramm - weitere Entscheidungen aus Europa im Überblick

■ Kfz-Kasko: Eisplatten lösen sich beim Bremsen - Betriebsschaden (OLG Hamm, Beschluss vom 9.1.2017, 6 U 139/16)

Lösen sich beim Abbremsen eines Fahrzeugs Eisplatten vom Dach eines gezogenen Anhängers und beschädigen diese die Heckklappe des Zugfahrzeugs, greift die Ausschlussklausel in Ziffer A.2.3 AKB 2014, da kein versicherter Unfall vorliegt.



■ **Gebäudeversicherung: Versicherungsnehmer muss Vorschadensfreiheit beweisen (OLG Celle, Beschluss vom 10.10.2016, 8 U 94/16)**

Gemäß § 11 Nr. 1 b) AWB schuldet der Versicherer die Zahlung der notwendigen Reparaturkosten. Notwendig sind solche Maßnahmen, die der Wiederherstellung des ursprünglichen Zustandes dienen. Bei einer vorgeschädigten Sache gilt somit, dass nur solche Reparaturkosten notwendig sind, die nicht bereits vor dem Eintritt des Versicherungsfalls notwendig waren.

Die Beweislast für das Fehlen von Vorschäden trägt der Versicherungsnehmer. Dieser muss im Einzelnen jedenfalls bei entsprechendem Vortrag der Gegenseite oder sonstigen Anhaltspunkten für Vorschäden ausschließen, dass Schäden gleicher Art und gleichen Umfangs bereits vorhanden waren. Kann er dies nicht oder unterlässt er die Darlegung, so geht dies im Streitfall zu seinen Lasten.



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

Sturmschaden: Strittige Auslegung der Rettungskosten-Klausel (RSS-0044-16 = RSS-E 48/16)

Der Antragsteller hat bei der antragsgegnerischen Versicherung eine Eigenheimversicherung abgeschlossen. Vereinbart sind u.a. die Allgemeinen Bedingungen für die Sturmversicherung (AStB), Fassung 2009, sowie die Ergänzenden Allgemeinen Bedingungen für die Sachversicherung (EABS), Fassung 2009, welche auszugsweise lauten:

„Allgemeinen Bedingungen für die Sturmversicherung (AStB), Fassung 2009

Abschnitt A

(...)Was sind Nebenkosten?

Nebenkosten sind Kosten für Maßnahmen, auch für erfolglose, die der Versicherungsnehmer bei einem Schadenereignis zur Abwendung oder Minderung des Schadens für notwendig halten durfte, oder Kosten, die als Folge eines versicherten Schadenereignisses entstehen.(...)

Besonderer Teil

Artikel 1

Welche Gefahren und Schäden sind versichert?

1.5. Nur auf Grund besonderer Vereinbarung haftet der Versicherer für (...)

b) Nebenkosten (Details siehe Art. 2 der Ergänzenden Allgemeinen Bedingungen für die Sachversicherung (EABS))(...)

Ergänzende Allgemeine Bedingungen für die Sachversicherung (EABS), Fassung 2009

Artikel 6

Ersatz der Aufwendungen

6.1. Aufwendungen, auch erfolglose, die der Versicherungsnehmer im Schadenfall zur Abwendung oder Minderung des Schadens für geboten halten durfte, hat der Versicherer zu ersetzen. Darunter fallen aber nicht Aufwendungen, die durch Gesundheitsschädigungen bei Erfüllung der Rettungspflicht verursacht wurden. Auch für Leistungen der im öffentlichen Interesse stehenden Feuerwehren oder anderer zur Hilfe Verpflichteter wird kein Ersatz gewährt.(...)“

Der Antragsteller verständigte am 30.11.2015 einen-zertifizierter Baumkontrolleur, dass sich eine Linde im Sturm massiv in Richtung des versicherten Gebäudes bewegte.

Der Sachverständige besichtigte den Baum am 1.12.2015 gegen 10:30 Uhr, auch an diesem Tag gab es in Wien orkanartige Sturmböen.

Der Sachverständige stellte fest, dass die Baumwurzel schon gebrochen war, sich der Baum stark neigte und sich die gebrochene Wurzel durch die anhaltenden Sturmböen erheblich



bewegte. Er empfahl aufgrund begründeter Gefahr für Leib, Leben und Eigentum, die Feuerwehr zu verständigen, um den Baum bis auf Höhe der Regenrinne einzukürzen.

Das Magistrat der Stadt Wien, Magistratsabteilung 68, stellte am 4.12.2015 eine Kostenrechnung über € 4.060,30. Auf der Rechnung ist Folgendes vermerkt:

„Die MA 68-Feuerwehr und Katastrophenschutz hat gemäß § 1036 ABGB die nachstehend verzeichnete Hilfeleistung bzw. Beistellung durchgeführt. Die daraus der Wiener Berufsfeuerwehr entstandenen Kosten werden mit dem Ersuchen um Erstattung (...) bekannt gegeben.“

Die Antragsgegnerin lehnte die Deckung dieser Kosten mit der Begründung ab, dass Schadensverhütungskosten nicht versichert seien.

Die antragsgegnerische Versicherung teilte in ihrer Stellungnahme an die RSS mit, dass die vorbeugende Abtragung eines Baumes in Bedingungen „schlichtweg“ nicht vom Versicherungsschutz umfasst sei.

In rechtlicher Hinsicht folgt:

Voraussetzung für die Anwendung der §§ 62 f VersVG ist, dass der Versicherungsfall unmittelbar bevorstand oder der Versicherungsnehmer subjektiv dies annehmen durfte, wobei einer solchen Annahme nur grobe Fahrlässigkeit beziehungsweise Vorsatz entgegensteht. Die konkret in Betracht kommenden Maßnahmen müssen generell geeignet sein, den Schaden abzuwehren beziehungsweise zu mindern (vgl RS0114949).

Mit dem Beginn eines Ereignisses, das in seiner Folge wahrscheinlich den Schaden herbeiführen wird, beginnt die Abwendungspflicht und Milderungspflicht (vgl RS0080451).

Wenn der Versicherungsfall eingetreten ist oder unmittelbar bevorsteht und der versicherte Schaden nur noch durch Aufwand von Kosten bekämpft werden kann, so haftet der Versicherer, weil wirtschaftlich der Schaden in der Höhe dieser Kosten nicht abgewendet, sondern nur verlagert worden ist.

Die Schlichtungskommission geht aufgrund des unstrittigen Sachverhaltes davon aus, dass der Versicherungsfall bei Beauftragung der Feuerwehr bereits unmittelbar bevorstand, zumal der Sachverständige festgestellt hatte, dass die Baumwurzel schon gebrochen war, sich der Baum stark neigte und sich die gebrochene Wurzel durch die anhaltenden Sturmböen erheblich bewegte. Damit bestand begründete Gefahr für Leib, Leben und Eigentum.

Der Ersatz von Rettungskosten ist in § 63 VersVG geregelt. Da es sich nicht um eine zwingende Bestimmung handelt (Umkehrschluss aus § 68a VersVG), kann der Ersatz von Rettungskosten jedoch vertraglich ausgeschlossen oder eingeschränkt werden.

Dies ist bedingungsgemäß in Art 6.1 der EABS erfolgt.

Wendet man diese Kriterien zur Auslegung von Versicherungsbedingungen auf Art 6.1. der EABS, insbesondere auf die Vereinbarung „auch für Leistungen der im öffentlichen Interesse stehenden Feuerwehren oder anderer zur Hilfe Verpflichteter“ an, dann kann der Ansicht der Antragsgegnerin aus nachstehend angeführten Gründen nicht beigepflichtet werden:



Gemäß § 15 Abs 2 Wr. FeuerwehrG hat die Hilfeleistung der öffentlichen Feuerwehren innerhalb Wiens kostenlos zu erfolgen, wenn es sich um die Befreiung von Menschen oder Tieren aus einer körperlichen Zwangslage, um Brände oder andere öffentliche Notstände oder um die Bergung von Leichen handelt. Gemäß Abs 3 leg cit bleibt es dem Gemeinderat vorbehalten, für andere Hilfeleistungen und Beistellungen eine Gebühr festzusetzen. Diese Gebühren wurden mit Verordnung des Wiener Gemeinderates vom 25. Juni 2003 zu PrZ. 680/03, betreffend die Festsetzung von Gebühren für Hilfeleistungen und Beistellungen durch die Feuerwehr der Stadt Wien, festgesetzt.

Gemäß § 859 ABGB gründen sich die persönlichen Sachenrechte, vermöge welcher eine Person einer andern zu einer Leistung verbunden ist, gründen sich unmittelbar auf ein Gesetz oder auf ein Rechtsgeschäft oder auf eine erlittene Beschädigung.

Im vorliegenden Fall begehrt die Stadt Wien vom Antragsteller aus dem Titel der Geschäftsführung ohne Auftrag im Notfall gemäß § 1036 ABGB die Zahlung von € 4.060,30. Damit geht klar hervor, dass sie nicht im öffentlichen Interesse tätig war, sondern im privatrechtlichen Interesse des Antragstellers. Die oben genannte Einschränkung des Ersatzes von Rettungskosten greift daher nicht, vielmehr sind die angemessenen Kosten so zu ersetzen, wie wenn der Antragsteller einen privaten Dritten beauftragt hätte, für die Abwehrung und Minderung des Schadens zu sorgen.

Daher war die Deckung zu empfehlen.

Festzuhalten ist jedoch, dass es zum gegenständlichen Sachverhalt und zur Auslegung der konkreten Klausel keine unmittelbar verwertbare Rechtsprechung gibt und im streitigen Verfahren die angerufenen Gerichte zu einer anderen rechtlichen Schlussfolgerung gelangen können, insbesondere bei einem geänderten Sachverhalt.



III. Aus der Beratungstätigkeit des Fachverbandes und der RSS

1. Wann beginnt der Umzug?

Ein Mitglied ersuchte um Auskunft, ob für die Berechnung der Fristen in der Haushaltsversicherung bei Umzug die behördliche Meldung oder der tatsächliche Transport des Wohnungsinhaltes der Anknüpfungspunkt sei. Die RSS gab dazu folgende Auskunft:

Unter Berücksichtigung der üblichen Haushaltsversicherungsbedingungen ist unter „Umzug“ die faktische Übersiedlung des Wohnungsinhaltes zu verstehen, da die Verlegung des Hauptwohnsitzes bei der Meldebehörde ein punktueller Vorgang ist und der Versicherungsschutz „während des Umzuges“ in diesem Fall ohne Bedeutung wäre. Die Ummeldung bei der Behörde hat jedoch eine Indizwirkung, zumal die Verlegung des „Mittelpunkts der Lebensbeziehungen“ in der Regel in die Zeit der faktischen Übersiedlung des Wohnungsinhaltes fallen wird. Daher wird von Versicherungen nach unserer Erfahrung der Meldezettel als Anknüpfungspunkt für das Kündigungsrecht herangezogen, weil die Verlegung des Hauptwohnsitzes einfach zu beweisen ist als der Transport einzelner Gegenstände. Unmittelbar verwertbare Judikatur dazu liegt aber nicht vor.

2. Fristberechnung in der Krankenversicherung bei Schwangerschaften

Ein Mitglied wandte sich mit folgendem Sachverhalt an die RSS:

Die Kundin stellte am 3.10.2016 einen Antrag auf eine Sonderklasseversicherung, die Polizza wurde nach Durchführung einer Risikoprüfung am 25.10. mit Beginn 1.10.2016 ausgestellt. Im November 2016 wird die Schwangerschaft der VN festgestellt, berechneter Entbindungstermin ist der 25.6.2017, also knapp innerhalb der 9monatigen Wartefrist. Weiters besteht ein Optionstarif, diesbezüglich gewährt der Versicherer jedoch keine Deckung. Zu Recht? Die RSS dazu:

Es ist festzuhalten, dass laut dem Antrag keine vorläufige Deckung besteht - somit kommt der Versicherungsvertrag erst mit der Annahme durch den Versicherer (Polizzenausstellung) zustande und trifft die Versicherungsnehmerin bis zu diesem Zeitpunkt auch die Verpflichtung zur Anzeige etwaiger gefahrenerhöhender Umstände.

Hinsichtlich der Grunddeckung besteht für Entbindungen, Fehlgeburten und Schwangerschaftsuntersuchungen Deckung nach Ablauf der besonderen Wartezeit von 9 Monaten, dh. eine Leistungspflicht besteht nur für Geburten ab dem 1.7.2017 bzw. bei Frühgeburten, wenn die VN nachweist, dass die Schwangerschaft bei einem normalen Verlauf zu einer Entbindung ab diesem Zeitpunkt geführt hätte. Hinsichtlich der Grunddeckung hat der Versicherer aber seine Leistungspflicht ohnehin anerkannt.

Was den Optionstarif betrifft, stellt dieser darauf ab, dass der Tarif vor Eintritt der Schwangerschaft abgeschlossen wurde. Nach dem Wortlaut wäre somit der konkrete Fall nur gedeckt, wenn die Schwangerschaft erst nach dem 25.10. (Abschluss=Polizzenausstellung) eingetreten wäre (was mit der Einnistung der befruchteten Eizelle anzunehmen ist). Auch dafür wäre die VN beweispflichtig.



IV. Gesetzgebung, Literatur & Sonstiges

1. VwGH: Alkotest-verweigert, weil nicht auf frischer Tat ertappt

Der Verwaltungsgerichtshof hob unlängst die Strafe gegen einen Mann auf, der einen Alkotest verweigert hatte. Die Polizisten erfuhren von Zeugen, dass der Mann zuvor im Auto sitzend den Motor habe laufen lassen. Die Beamten hatten dies aber nicht selbst gesehen und forderten den offenbar alkoholisierten Mann zum Alkotest auf. Da dieser den Test verweigerte, wurde über ihn eine Strafe von € 1.600 verhängt, die der VwGH aber letztlich aufhob. Die Polizei darf nämlich nur Alkotests vornehmen, wenn die betreffende Person das Fahrzeug lenkt, in Betrieb nimmt oder dies versucht oder der Verdacht besteht, dass die Person alkoholisiert das Fahrzeug gelenkt hat. Da hier aber nur der Verdacht bestand, dass der Mann das Fahrzeug in alkoholisiertem Zustand in Betrieb genommen hat, war die Verfügung eines Alkotests unzulässig - vielmehr hätte die Polizei den Mann bei der Inbetriebnahme des Fahrzeuges auf frischer Tat ertappen müssen.

2. EuGH: Verjährungsfrist bei Gebrauchsgütern

Ein Verbraucher in Belgien erwarb ein Gebrauchtauto, von dem sich kurz nach dem Kauf herausstellte, dass es gestohlen war. Im Kaufvertrag war eine Verkürzung der Gewährleistungsfrist auf 1 Jahr vereinbart. Der Käufer brachte aber erst 1½ Jahre nach dem Kauf Klage gegen den Verkäufer ein. Der EuGH hatte nun die einschlägige EU-Richtlinie über den Kauf von Verbrauchsgütern auszulegen, insbesondere, ob eine Verkürzung der sonst üblichen Gewährleistungsfrist von 2 Jahren auch dazu führt, dass die Ansprüche nicht mehr klageweise geltend werden können. Der EuGH beantwortete das Vorabentscheidungsersuchen mit Urteil vom 13.7.2017, C-133/16, dahingehend, dass nationale Regeln zwar die Gewährleistungsfrist für gebrauchte Waren verkürzen dürfen, die Klagsfrist aber dennoch mindestens 2 Jahre betragen müsse. Dies ist auch für Österreich von Bedeutung: Die 2-Jahres-Frist in § 933 ABGB wird üblicherweise als Verjährungsfrist angesehen, wird gemäß § 9 Abs 1 Satz 2 KSchG im Einzelnen die Gewährleistung verkürzt, bezieht sich dies nur auf den Zeitpunkt, zu dem der Mangel offenkundig werden muss.

3. VW-Aktionärsklagen: Österreichische Gerichte unzuständig

Zahlreiche Aktionäre der Volkswagen AG führten Klage gegen diese, weil VW den Kapitalmarkt nicht rechtzeitig über die Abgas-Manipulationen bei Dieselfahrzeugen informierte. Im nunmehr entschiedenen Verfahren 6 Ob 18/17s, hatte der Käufer seine Aktien 2014 erworben. Er argumentierte, dass der Börsenpreis weit überhöht gewesen sei, zumal VW bereits ab 2009 die Abgaswerte manipuliert hatte. Dies wäre schon damals den Anlegern mitzuteilen gewesen, nicht erst bei Bekanntwerden des Skandals 2015.

Der OGH stellte das Ersturteil (Zurückweisung mangels internationaler Zuständigkeit) wieder her (E vom 7.7.2017). Im Ergebnis seien Anlegerklagen am Sitz des Unternehmens einzubringen, wenn sich der Anspruch auf einen mangelhaften Prospekt stütze. Damit sei auch eine einheitliche Rechtsprechung zu gleichgelagerten Sachverhalten gewährleistet. Der OGH verwarf die Auffassung des Klägers, dass der Verbrauchergerichtsstand Österreich gegeben bzw. der Erfolg der schädigenden Handlung hier gelegen sei.



Die



RSS



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