



Versicherungsrechts-NEWS

Nr. 5/2018

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.	Selbstmordversuch infolge psychischer Erkrankung ist „unfreiwillig“	2
1.2.	BUFT-Bedingungen: ausreichend transparent?	4
1.3.	3-Jahres-Frist des § 163 VersVG gilt auch in der BerufsunfähigkeitsV	5
1.4.	Stenogramm - weitere aktuelle versicherungsrechtliche Entscheidungen im Überblick	7
2.	International	8
2.1.	Zur Beweislast für den Versicherungsfall in der BerufsunfähigkeitsV	8
2.2.	Stenogramm - weitere Entscheidungen aus Europa im Überblick	10
II.	Fälle aus der Rechtsservice- und Schlichtungsstelle (RSS) des Fachverbandes der Versicherungsmakler	11
	Auto im See - gedeckt? (RSS-0018-17 = RSS-E 26/17)	11
III.	Fälle aus der Beratung	13
1.	Unklare Ablehnung eines Zahnersatzes	13
2.	Aufrechnung gegenüber dem Geschädigten im Konkurs des Schädigers	13
IV.	Gesetzgebung, Literatur & Sonstiges	14
1.	Schmerzensgeldsätze	14
2.	Erwachsenenschutz-Gesetz: Sachwalterschaft wird ersetzt	14



I. Versicherungsrechtliche Judikatur

1. Österreich

1.1. Selbstmordversuch infolge psychischer Erkrankung ist „unfreiwillig“

Der Kläger hat bei der Beklagten eine Unfallversicherung abgeschlossen. Die mitversicherte Gattin des Klägers verfiel nach der Geburt einer Tochter in eine Depression mit Schlafstörungen. Am Morgen des 24.6.2014, nach massiven nächtlichen Angstzuständen, stürzte sich die Frau aus 7m Höhe vom Balkon und erlitt beim Sturz schwerste Verletzungen.

Die Vorinstanzen stellten weiters Folgendes fest:

Zum Vorfallszeitpunkt (24. 6. 2014) litt die Versicherte an einer schweren depressiven Störung im Sinn einer postpartalen (postnatalen) Depression. Der Selbstmordversuch war Auswirkung/Folge dieser Krankheit. Selbstmordhandlungen sind ein Abwendungsverhalten. Die betroffene Person gewinnt die subjektive Überzeugung, nicht mehr in diese Welt zu passen und will aus dem Leben scheiden. Bei Auftreten von Selbstmordgedanken spricht man von einer suizidalen Einengung. Es ist davon auszugehen, dass bereits mit dem Zeitpunkt der Öffnung der Balkontüre und des Anlehns eines Stuhls an die Brüstung der suizidale Handlungsvollzug einsetzte, sich die Versicherte entschied, Selbstmord zu begehen und sich auch unmittelbar danach dazu entschloss. In der Phase des suizidalen Handlungsvollzugs ist das gesamte Verhalten auf die Selbsttötung ausgerichtet. Aufgrund der psychosewertigen depressiven Verstimmung können hiezu keine Alternativen mehr gesehen werden. Aufgrund mangelnder subjektiv erkennbarer Alternativen kann nicht mehr von einer freien Willensbildung gesprochen werden. Die Versicherte war in der Lage, ihr Handeln zu erkennen, eine Alternative bestand aber nicht, sodass die Dispositionsfähigkeit als aufgehoben bezeichnet werden muss. Die Versicherte konnte in der Phase des suizidalen Abwendungsverhaltens die Gefahr eines Selbstmordversuchs nicht mehr erkennen und auch nicht abwenden. Eine wesentliche Beeinträchtigung der psychischen oder physischen Leistungsfähigkeit durch Medikamente lag zum Vorfallszeitpunkt nicht vor.

Mit Unfallmeldung vom 13. 8. 2014 wurde der Beklagten der Vorfall mitgeteilt.

Der Versicherer wendete ein, die Versicherte habe den Sturz freiwillig herbeigeführt, weshalb kein Unfall im Sinn des Art 6.1. UA00 vorgelegen habe. Der Kläger habe eine Gefahrenhöhung infolge Suizidneigung der Versicherten nicht und den Unfall nicht wie in den Bedingungen festgelegt, innerhalb einer Woche gemeldet.

Der Kläger begehrte die Feststellung der Deckungspflicht der Beklagten. Es habe ein plötzlich von außen auf den Körper der Versicherten wirkendes Ereignis, nämlich der Sturz, vorgelegen, wobei die Versicherte zum Vorfallszeitpunkt willensunfähig gewesen sei. Die Frist zur Unfallmeldung sei intransparent und gröblich benachteiligend. Die insoweit behauptete Obliegenheitsverletzung gründe gegebenenfalls weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit.

Sowohl das Erst- als auch das Berufungsgericht bestätigten die Deckungsablehnung. Es liege kein Unfall im Sinne der Versicherungsbedingungen vor.



Der OGH hob mit Beschluss vom 20.12.2017, 7 Ob 113/17v, die Urteile der Vorinstanzen auf und verwies die Rechtssache an das Erstgericht zurück.

Er hielt zum Unfallsbegriff Folgendes fest:

Im Allgemeinen ist ein Unfall ein vom Versicherten nicht beherrschbares und im Hinblick auf die dadurch entstandene Gesundheitsschädigung unfreiwilliges Geschehen. In diesem Sinn liegt auch nach Art 6.1. UA00 ein Unfall dann vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Die „Unfreiwilligkeit“ bezieht sich dabei stets auf die Verletzung, nicht auf das Unfallereignis. Steht nicht fest, dass sich der Versicherte zumindest bedingt vorsätzlich verletzen wollte, die Verletzung also freiwillig (zwecks Selbstbeschädigung) erfolgte, ist im Allgemeinen vom Vorliegen eines Versicherungsfalles auszugehen.

Für den Bereich der Lebensversicherung bleibt nach § 169 VersVG bei Selbstmord des Versicherten die Verpflichtung des Versicherers bestehen, wenn die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist. Nach dieser Rechtslage liegt eine freie Willensbestimmung nicht vor, wenn der Wille nicht vom Intellekt, sondern von außerhalb des Intellekts liegenden emotionellen Regungen bestimmt wird, die so stark sind, dass der Handelnde außerstande ist, vernünftigen Erwägungen zu folgen. Haben diese Regungen ihre Grundlage in einer krankhaften Störung der Geistestätigkeit, dann sind die Voraussetzungen des Gesetzes gegeben, unter denen im Fall eines Selbstmords des Versicherten die Verpflichtung des Versicherers aus einer Lebensversicherung bestehen bleibt.

Diese Auffassung von der „freien Willensbestimmung“ liefert durchaus taugliche Anhaltspunkte für ein Verständnis der „(Un-)freiwilligkeit“, das dem eines durchschnittlich einsichtigen Versicherungsnehmers entspricht. Hier lag bei der Versicherten eine suizidale Einengung vor. Sie konnte zwar ihr Handeln, aufgrund ihrer psychoswertigen depressiven Verstimmung aber keine Alternativen mehr zur Selbsttötung erkennen, sodass ihr keine freie Willensbildung mehr möglich und die Dispositionsfähigkeit aufgehoben war. Der Selbstmordversuch war Folge der psychischen Krankheit und in der Phase des krankheitsbedingten suizidalen Abwendungsverhaltens nicht abwendbar. Die damit verbundene Gesundheitsschädigung ist unter diesen Umständen „unfreiwillig“ im Sinn des Art 6.1. UA00.

Das Erstgericht hat sich im fortgesetzten Verfahren mit den vom Versicherer behaupteten Obliegenheitsverletzungen auseinanderzusetzen.

Fazit:

Der OGH zieht die Regelungen in der Lebensversicherung zum Selbstmord auch zur Auslegung für den Begriff der „Unfreiwilligkeit“ in der Unfallversicherung heran. Liegt also eine psychische Erkrankung vor, durch die die versicherte Person nicht mehr einsichtsfähig ist, kann ein Unfall vorliegen. Zu beachten ist jedoch, dass kein Einfluss durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente vorliegen darf. Dieser Einfluss wäre durch den Versicherer zu beweisen.



1.2. BUFT-Bedingungen: ausreichend transparent?

Die Klägerin ist Fachärztin und hat mit der beklagten Versicherung einen Betriebsunterbrechungsversicherungsvertrag für freiberuflich und selbständig Tätige abgeschlossen.

Die Klägerin erlitt im Jahr 2010 eine - operativ versorgte - Meniskusruptur am linken Knie. Am 9. Februar 2014 stürzte die Klägerin und zog sich eine Ruptur des Meniskus im rechten Knie zu; sie entschloss sich diesbezüglich auf ärztliches Anraten zu konservativer Behandlung. Nach vier bis sechs Wochen ging sie wieder arbeiten. Sie erlitt im Juli 2014 erneut eine Ruptur des linken Meniskus.

Die Klägerin stellte im August 2014 bei der BVA einen Antrag auf Bewilligung eines Rehabilitations-, Kur- bzw. Erholungsaufenthalts, welcher zunächst verlorenging, woraufhin sie einen neuerlichen Antrag stellte, der für Jänner 2015 für ein Doppelzimmer bewilligt wurde. Da die Klägerin Schlafstörungen hatte und ein Einzelzimmer jedoch nicht frei war, wurde über ihre Intervention der Termin auf April geändert. Die Klägerin war von 7. bis 28. April 2015 im Rehabilitationstrakt eines medizinischen Zentrums untergebracht, wo sie fünf bis sechs Behandlungen täglich hatte.

Der Versicherer lehnte die Deckung dieses Aufenthaltes aus der Betriebsunterbrechungsversicherung ab, weil eine Rehabilitationsmaßnahme vorliege, welche nicht in direktem Anschluss an eine Heilbehandlung stattgefunden habe. Die Versicherungsnehmerin sei nicht im Sinne der Bedingungen arbeitsunfähig.

Die Ärztin klagte auf rund € 2.000 Leistung für die Zeit des Reha-Aufenthaltes sowie auf Feststellung der Haftung des Versicherers für künftige Betriebsunterbrechungen aus dem Unfall vom 9.2.2014.

Das Erstgericht wies die Klage ab und folgte im Wesentlichen der Argumentation des Versicherers.

Das Berufungsgericht bestätigte die Klagsabweisung. Zwar liege ein Unfall vor, jedoch könne aus dem Rehabilitationsaufenthalt nicht auf eine Arbeitsunfähigkeit der Klägerin geschlossen werden. Der Begriff „medizinisch notwendige Nachbehandlung“ werde durch die Festlegung, dass Rehabilitationsmaßnahmen keine Heilbehandlung seien, näher konkretisiert. Dies sei weder intransparent noch ungewöhnlich iSd § 864a ABGB.

Der OGH gab der Revision der Klägerin nicht Folge (Urteil des OGH vom 20.12.2017, 7 Ob 131/17s). Er verneinte die Deckungspflicht für den Reha-Aufenthalt im Wesentlichen aus folgenden Gründen:

Die ABUB enthalten in ihrem Allgemeinen Teil neben ihrer Überschrift noch Begriffsbestimmungen und Erläuterungen, darunter u.a. die zeitliche Einschränkung der Deckung auf Nachbehandlungen innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall, sowie die Definition, was Heilbehandlung ist und was nicht, bzw. unter welchen Umständen Rehabilitationsmaßnahmen als Heilbehandlung gelten.

Risikoausschlussklauseln in Versicherungsbedingungen für einen Versicherungsnehmer an sich sind nicht objektiv ungewöhnlich. Aus der Systematik und dem Aufbau der Bedingungen lässt sich auch nicht ableiten, dass der Versicherungsnehmer mit der Klausel an der Stelle, an der sie sich in den Bedingungen befindet, nicht hätte rechnen müssen. Sie gehört zu



jenem Teil der Bedingungen, in denen nach der Überschrift allgemein Begriffe bestimmt und Erläuterungen gegeben werden sollen. Der Klausel, die den Sachschaden definiert, folgt jene zum Personenschaden. Dieser wiederum folgt die Klausel, die sich ausdrücklich in der Überschrift auf Sach- und Personenschäden gemeinsam bezieht und Ausschlüsse hinsichtlich bestimmter besonderer Ereignisse definiert, in deren Gefolge die Schäden eintreten („Nicht als Sachschäden und nicht als Personenschäden gelten ...“). Dass diese Klausel damit bereits abschließend alle Risikoausschlüsse für Personenschäden regelt, lässt sich weder aus der Systematik der Bedingungen (die Begriffsbestimmungen und Erläuterungen werden fortgeführt und die Heilbehandlungen gesondert geregelt) noch aus dem Inhalt der Klausel (sie bezieht sich bloß auf „Elementarereignisse“ und keine für Personenschäden spezifischen Umstände) erschließen.

Fazit:

Diese Entscheidung reiht sich in eine Vielzahl von Fällen ein, in denen die Gerichte zu beurteilen hatten, ob bestimmte Klauseln ausreichend transparent sind. Dies ist jedoch immer im Einzelfall zu prüfen.

1.3. 3-Jahres-Frist des § 163 VersVG gilt auch in der Berufsunfähigkeitsversicherung

Der Kläger schloss im September 2007 mit der Beklagten einen Lebensversicherungsvertrag mit Gewinnbeteiligung samt einer Berufsunfähigkeitszusatzversicherung, der die Bedingungen S 605/2 für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung BUZ Plus (2006) zugrundelagen.

Bei Abschluss des Vertrages gab er nicht bekannt, dass er 2002 wegen Depressionen zweimal in Behandlung war, im Oktober 2005 einen Neurologen wegen neurologischer Beschwerden aufsuchte, bzw. im Jänner 2007 von der Hausärztin ein Medikament zur Gewichtsabnahme verschrieben bekommen hatte, welches er im August 2007 wegen Stimmungsschwankungen absetzte und er von der Ärztin ein Muster eines Stimmungsaufhellers erhielt. Er gab diese Beratungen und Behandlungen deshalb nicht an, weil der vermittelnde Vermögensberater ihn darauf hinwies, die Gesundheitsfragen nur dann mit „Ja“ zu beantworten, wenn es sich um „gravierende Erkrankungen“ gehandelt habe.

Am 15. Jänner 2013 stellte der Kläger bei der Beklagten einen Antrag auf Leistung wegen Berufsunfähigkeit und gab an, dass er an einer Anpassungsstörung (Burnout-Syndrom) und einem chronischen Cervicalsyndrom leide.

Mit Schreiben vom 25. Februar 2013 focht die Beklagte den Vertrag gemäß § 10 Z 4 der Allgemeinen Bedingungen der fondsgebundenen Lebensversicherung in Verbindung mit § 9 Z 2 der Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung rückwirkend ab Beginn an und erklärte den Rücktritt. Gleichzeitig überwies sie dem Kläger das vorhandene Deckungskapital von 588 EUR.

Der Kläger klagte u.a. auf Feststellung, dass der Versicherungsvertrag weiter aufrecht sei, weil der Rücktritt unwirksam sei.

Das Erstgericht gab mit Teilurteil diesem Feststellungsbegehren statt. In weiterer Folge wurde daher von den Gerichten nicht die Höhe der Ansprüche des Klägers behandelt, sondern



nur die Frage, ob der Versicherer nach Ablauf von mehr als drei Jahren noch vom Vertrag zurücktreten darf bzw. ob der Kläger bei der Beantwortung der Gesundheitsfragen arglistig war.

Die Untergerichte bejahten die Rechtsansicht des Klägers, dass der Versicherer bei einer Berufsunfähigkeitszusatzversicherung analog zu § 163 VersVG bei Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht nur innerhalb von drei Jahren zurücktreten kann, wenn die Anzeigepflicht nicht arglistig verletzt wurde. Diese Arglist wurde von Erst- und Berufungsgericht jedoch verneint.

Der OGH gab der Revision des Versicherers mit Urteil vom 21.2.2018, 7 Ob 21/18s, nicht Folge.

Es liege zwar eine objektive Obliegenheitsverletzung vor, weil sich der Versicherungsnehmer nicht auf den beratenden Vermögensberater verlassen hätte dürfen, sondern die Erläuterungen auf dem Fragebogen lesen oder zumindest genauer nachfragen hätte müssen.

Diese Obliegenheitsverletzung ist jedoch aus Sicht des OGH aus folgenden Gründen nicht mehr von Bedeutung:

Dieselben Argumente für die Befristung des Rücktritts des Versicherers in der Lebensversicherung und der Krankenversicherung treffen auch auf die Berufsunfähigkeitsversicherung zu: Auch sie dient letztlich der langfristigen Versorgung einer Person (hier des Versicherungsnehmers selbst) im Falle einer unerwarteten Verschlechterung des Gesundheitszustands. Die Gesundheitsfragen sind in der Regel die gleichen, sodass auch hier dem Versicherungsnehmer besonders leicht fahrlässige Fehlangaben unterlaufen können, deren Kausalität für den Eintritt des Versicherungsfalls schwer festzustellen sein wird und die für das übernommene Risiko nach einem längeren Zeitraum nicht wesentlich erscheinen.

Wegen der gleichgelagerten Interessenlage wie in der Lebens- und Krankenversicherung ist daher sowohl bei der Berufsunfähigkeitsversicherung als auch bei der Berufsunfähigkeitszusatzversicherung von einer unechten Lücke auszugehen, die wegen ihrer Berührungspunkte zur Lebensversicherung durch analoge Anwendung des § 163 VersVG zu füllen ist. Um dem zum Durchbruch zu verhelfen muss auch hier gelten, dass diese Regelung halbzwingend ist

Gleichzeitig verneinte auch der OGH das Vorliegen von Arglist bei der Falschbeantwortung von Gesundheitsfragen.

Die Beweislast für das Vorliegen und die Voraussetzungen der Arglist trifft die Beklagte. Es besteht kein allgemeiner Erfahrungssatz, dass ein Versicherungsnehmer, der Antragsfragen bewusst unrichtig beantwortet, regelmäßig mit Arglist in Bezug auf die Willensbildung des Versicherers handelt. Ob er diesen Vorsatz hatte, ist vielmehr eine Tatfrage. Hier steht fest, dass der Kläger - wenn auch irrtümlich - glaubte, nur gravierende Krankheiten angeben zu müssen und den zweimaligen Besuch bei einem Nervenfacharzt im Jahr 2002 vergessen hatte. Daraus allein kann ein Vorsatz des Klägers, auf die Entscheidung des Versicherers Einfluss nehmen zu wollen, nicht abgeleitet werden.

Fazit:



Erstmalig hält der OGH fest, dass die dreijährige Frist des § 163 VersVG auch in der Berufsunfähigkeitsversicherung anzuwenden ist. In Deutschland ist diese Sparte ausdrücklich im VersVG geregelt und verweist dort auf die Regelungen zur Lebensversicherung, in Österreich muss mangels gesetzlicher Bestimmungen im VersVG auf Analogie zurückgegriffen werden.

1.4. Stenogramm - weitere aktuelle versicherungsrechtliche Entscheidungen im Überblick

- **Jahresfrist für die Geltendmachung von Invalidität ist nicht gröblich benachteiligend (OGH vom 24.1.2018, 7 Ob 169/17d)**

Der durchschnittliche Versicherungsnehmer muss mit Befristungen rechnen und sich daher ohnehin durch Einsicht in die Bedingungen über die konkreten Anspruchsvoraussetzungen und Ausschlussfristen informieren. Die Frist ist auch nicht, weil sie mit der einjährigen Frist für den Eintritt der Invalidität zusammenfällt, bereits so verkürzt, dass sie den allgemein von einem durchschnittlichen Versicherungsnehmer erwarteten Zweck einer Unfallversicherung aushöhlen würde.

Die vorliegende Klausel betreffend die einjährige Frist für die Geltendmachung der Invalidität verstößt weder gegen §§ 864a noch 879 Abs 3 ABGB.

- **3-Mann-Wasserbomben: keine Gefahr des täglichen Lebens (OGH vom 21.2.2018, 7 Ob 13/18i)**

Der Versicherungsnehmer hat mit zwei Freunden eine „3-Mann-Wasserbombenschleuder“ in einer Wasserbombenschlacht eingesetzt, was schon begrifflich mit dem gegenseitigen Beschuss der teilnehmenden Gruppen verbunden ist. Die Warnhinweise im Verkaufsportal, die Bedienungsanleitung sowie das äußere Erscheinungsbild und die Mechanik der Verwendung der Schleuder weisen das Gerät im Einsatz gegen Personen wegen der absehbaren Energie und Geschwindigkeit der abgefeuerten Geschosse als offenkundig gefährlich aus. Der vom Versicherungsnehmer betonte Umstand, dass mit der Schleuder nicht gezielt geschossen werden könne, macht das Gerät nicht harmloser, sondern unberechenbarer und daher gefährlicher. Dass dabei an der Schlacht unbeteiligte und daher auf das Geschehen nicht fokussierte Personen in Mitleidenschaft gezogen werden können, liegt beim Einsatz einer solchen Schleuder auf einem Festivalgelände ebenfalls auf der Hand.



2. International

2.1. Zur Beweislast für den Versicherungsfall in der Berufsunfähigkeitsversicherung

Die Klägerin hat bei der beklagten Versicherung eine Rentenversicherung mit Berufsunfähigkeitszusatzversicherung abgeschlossen. In den Versicherungsbedingungen ist u.a. vereinbart:

*1 ... (3) Der Anspruch auf die versicherte Leistung erlischt,
- wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % sinkt, ...*

§ 2

(1) Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate außerstande ist, ihren zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen ausgestaltet war, auszuüben.

Berufsunfähigkeit liegt nicht oder nicht mehr vor, wenn die versicherte Person eine andere Tätigkeit ausübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung in wirtschaftlicher und sozialer Hinsicht entspricht...

§ 7

(1) Nach der Anerkennung können wir unsere Leistungspflicht nachprüfen. Dabei können wir auch erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit i.S.v. § 2 Abs. 1 ausübt...

(3) Liegt der Versicherungsfall nicht vor, stellen wir unsere Leistungen ein..."

Die Klägerin, gelernte Verkäuferin, war und ist Hausfrau. Ihre Tätigkeiten als Hausfrau hat sie anhand eines exemplarischen Tagesablaufes vor bzw. nach Eintritt ihrer orthopädischen, neurologischen und psychiatrischer Beschwerden dargestellt.

Der Versicherer zahlte aus Kulanzgründen für 9 Monate eine Rente, lehnte aber weitere Leistungen unter Berufung auf ein Sachverständigengutachten mit der Begründung ab, es liege keine Berufsunfähigkeit von mehr als 50% mehr vor.

Nunmehr begehrte die Versicherungsnehmerin eine Rente für weitere drei Jahre sowie die Feststellung der Leistungspflicht des Versicherers für die Zukunft.

Das Landgericht Leipzig hat die Klage abgewiesen. Die Klägerin habe keine konkrete Arbeitsbeschreibung abgegeben.

Mit Urteil vom 27.6.2017, 4 U 1772/16, gab das Oberlandesgericht Dresden der Berufung der Klägerin Folge und verwies die Sache zur neuerlichen Verhandlung und Entscheidung an das Erstgericht zurück.

Als für den österreichischen Rechtsbereich von Bedeutung dürfen folgende Entscheidungsgründe hervorgehoben werden:

Grundsätzlich zutreffend ist das Landgericht davon ausgegangen, dass die Klägerin die Beweislast für den bedingungsmäßigen Eintritt der Berufsunfähigkeit gemäß § 2 Abs. 1 AVB-BEZ 05 trägt.



Es ist das Berufsbild der Hausfrau zugrunde zu legen, denn versichert ist grundsätzlich der Beruf, der von der versicherten Person bei Eintritt des Versicherungsfalls zuletzt ausgeübt worden ist.

Für die Prüfung, ob bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit eingetreten ist, ist grundsätzlich die letzte konkrete Berufsausübung maßgebend, so wie sie „in gesunden Tagen“ ausgestaltet war, d.h. solange die Leistungsfähigkeit des Versicherten noch nicht eingeschränkt war. Maßgeblich ist, wie sich die gesundheitliche Beeinträchtigung in der konkreten Berufsausübung auswirke. Dazu muss bekannt sein, wie das Arbeitsfeld des Versicherten tatsächlich beschaffen ist und welche Anforderungen es an ihn stellt. Insoweit ist es Sache desjenigen, der den Eintritt von Berufsunfähigkeit geltend machen will, hierzu substantiiert vorzutragen und im Falle des Bestreitens Beweis für sein Vorbringen anzutreten. Als Sachvortrag genügt dazu nicht die Angabe des Berufsbildes und der Arbeitszeit, vielmehr muss eine ganz konkrete Arbeitsbeschreibung verlangt werden, mit der die anfallenden Tätigkeiten ihrer Art, ihres Umfangs und ihrer Häufigkeit nach für einen Außenstehenden nachvollziehbar werden. Diesen Anforderungen ist die Klägerin für ihre Tätigkeit als Hausfrau vor ihrer Trennung von ihrem Ehemann in den Schriftsätzen vom 08.08.2016 und 10.11.2016 sowie in der vorgelegten Arbeitsbeschreibung gerecht geworden. Die Klägerin hat einen typischen Tagesablauf nachvollziehbar geschildert.

Da jeder Mensch in mehr oder weniger großem Umfang Haushaltstätigkeiten verrichtet, ist eine schlagwortartige Beschreibung wie „Kinder wecken, waschen, Zähne putzen, anziehen und Frühstück für Kinder zubereiten“ oder „Wäsche waschen, Essen kochen, Einkaufen, Kind vom Kindergarten abholen“ ausreichend, damit sich jeder Dritte die ausgeübte Tätigkeit unschwer vorstellen kann. Auch die tabellarische Auflistung der Tätigkeiten ist in plausibler Weise für Dritte nachvollziehbar. Des Weiteren hat die Klägerin im Schriftsatz vom 10.11.2016 dargelegt, welche Tätigkeiten sie aufgrund des Dauerschmerzes mit intensiven Attacken, des plötzlich auftretenden Kraftverlustes sowie der Gleichgewichtsstörungen nicht mehr ausüben kann. Dazu gehören u.a. Fenster putzen, Gardinen aufhängen, Heben und Tragen von schweren Gegenständen, Tätigkeiten in tiefer Rumpfbeuge und Hockposition.

Das Erstgericht wird im fortgesetzten Verfahren die entsprechenden Sachverständigengutachten einzuholen haben. Dazu muss beurteilt werden, ob und in welchem Umfang die Klägerin die von ihr zuletzt ausgeübte Haushaltstätigkeit unter Berücksichtigung der vom Sachverständigen festgestellten Beschwerden noch ausüben kann. Weiters wird zu prüfen sein, ob die Berufsunfähigkeit überhaupt vorliegt: die Versicherte hat sich zwischenzeitlich von ihrem Ehemann getrennt und lebt mit einer Freundin und deren Kindern in einer Wohngemeinschaft. Der Versicherer sieht die nunmehrige Form der Haushaltsführung als sogenannten „Verweisungsberuf“.

Fazit:

Auch in Versicherungsbedingungen österreichischer Versicherer für die Berufsunfähigkeitsversicherung von Hausfrauen und Hausmännern finden sich vergleichbare Definitionen des Versicherungsfalles. Die Kriterien, wie ein Versicherter den Versicherungsfall darzulegen hat, gelten auch für den österreichischen Rechtsbereich. Die Anforderungen an den Versicherungsnehmer dürfen dabei nicht überspannt werden.



2.2. Stenogramm - weitere Entscheidungen aus Europa im Überblick

■ **Kfz-Kaskoversicherung: Falschangaben rechtzeitig berichtigen (OLG Stuttgart, Urteil vom 1.12.2016, 7 U 114/16)**

Eine arglistige Verletzung der Obliegenheit zur Mitwirkung bei der Aufklärung des Schadenereignisses liegt vor, wenn der VN einen falschen Kaufpreis (78.000 statt 61.000 Euro) angibt und wahrheitswidrig mitteilt, dass kein schriftlicher Kaufvertrag und keine Vorschäden vorliegen.

Schickt der VN dem Versicherer danach lapidar doch den Kaufvertrag zu, hat er seine Falschangaben nicht unmissverständlich offenbart. Die Berichtigung ist zudem nicht rechtzeitig erfolgt, wenn Wert und Vorschäden zwischenzeitlich durch eine vom Versicherer beauftragte Begutachtung zutreffend ermittelt wurden.

■ **Klausel über Pflicht zur unverzüglichen Einreichung einer Stehlgutliste ist wirksam (OLG Köln, Urteil vom 15.8.2017, 9 U 12/17)**

Die Klausel „Der Versicherungsnehmer hat bei und nach Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer und der Polizei unverzüglich ein Verzeichnis aller abhanden gekommenen Sachen (Stehlgutliste) einzureichen“ verstößt nicht gegen das Transparenzgebot und benachteiligt den VN auch nicht unangemessen.

Ohne weiteres wird für den durchschnittlichen Versicherungsnehmer - der den Einbruch bei der Polizei als weitere Obliegenheit anzuzeigen hat - deutlich, dass die Einreichung des Verzeichnisses bei der Polizei der Ermöglichung polizeilicher Ermittlungen, insb. deren Sachfahndung, dienen soll. Auch deren Ziele, die Sachen ggf. zurückzuerlangen und die Täter bestenfalls fassen zu können, stehen jedem deutlich vor Augen. Demgemäß erkennt der verständige Versicherungsnehmer, dass er auch diese Angaben über die Diebesbeute so konkret bezeichnen muss, dass der Polizei als außenstehender Dritten eine Identifizierung möglich wird.



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

Auto im See - gedeckt? (RSS-0018-17 = RSS-E 26/17)

Der Antragsteller hat für sein Kfz bei der antragsgegnerischen Versicherung eine Kfz-Kaskoversicherung abgeschlossen.

Vereinbart sind die AKKB 2009, deren Artikel 1 auszugsweise lautet:

„Artikel 1

Was ist versichert?

1. Versichert sind das Fahrzeug und seine Teile, die im versperrten Fahrzeug verwahrt und an ihm befestigt sind, gegen Beschädigung, Zerstörung und Verlust(...)

1.8 darüber hinaus durch Unfall, das ist ein unmittelbar von außen plötzlich mit mechanischer Gewalt einwirkendes Ereignis; Brems-, Betriebs- und reine Bruchschäden sind daher nicht versichert. Betriebsschäden sind Schäden, die im Zusammenhang mit Betriebsvorgängen durch normale Abnutzung, Material- oder Bedienungsfehler an dem Fahrzeug oder an seinen Teilen entstehen.(...)“

Der Antragsteller stellte sein Fahrzeug am 12.7.2015 auf einem Parkplatz an einem See ab. Die Fenster waren leicht geöffnet, der Kofferraumdeckel offen, um den im Fahrzeug befindlichen Hunden ausreichend Frischluftzufuhr zu gewährleisten. Das Fahrzeug setzte sich in der Folge unbemerkt in Bewegung und rollte in den See.

Das eintretende Wasser führte zum Totalschaden des versicherten Fahrzeuges. Die antragsgegnerische Versicherung lehnte die Deckung des Schadens mit Schreiben vom 31.7.2015 wie folgt ab:

„(...)Bezugnehmend auf den Vorfall vom 12.07.2015, müssen wir Ihnen leider mitteilen, dass es sich um kein versichertes Ereignis im Sinne der Ihrem Vertrag zugrundeliegenden Bedingungen - AKKB 2009 - handelt.

Versicherungsschutz besteht für Beschädigungen des Fahrzeuges durch Unfall. Bei einem solchen handelt es sich bedingungsgemäß um ein unmittelbar von außen plötzlich mit mechanischer Gewalt einwirkendes Ereignis.

Laut den uns vorliegenden Unterlagen, rollte das Fahrzeug allmählich ins Wasser. Ein Unfall im Sinne der Bedingungen hat daher nicht stattgefunden.

Zudem stellt das Abstellen Ihres Fahrzeuges mit offenen Fenstern und offenem Kofferraumdeckel, eine auffallende Sorglosigkeit dar, welche wir als grobe Fahrlässigkeit (§61 VersVG) werten müssen.(...)“

Es folgten die Informationen zur qualifizierten Ablehnung nach § 12 Abs 3 VersVG.

Der Antragsteller richtete am 12.8.2015 an die Antragsgegnerin das Ersuchen, den Vorfall nochmals zu überprüfen. Das Ablehnungsschreiben habe er per Email von seinem Versicherungsagenten erhalten.



Mit Schlichtungsantrag vom 8.3.2017 beantragte der Antragsteller, der antragsgegnerischen Versicherung die Deckung des Schadens (unter Abzug des vertraglichen Selbstbehaltes von € 290,--) zu empfehlen. Das Schadensereignis sei ein versichertes Ereignis im Sinne der Bedingungen. Die qualifizierte Ablehnung sei „nicht mehr relevant“, da die Ablehnung nicht an den Kunden, sondern an dessen Versicherungsagenten ging. In der Folge sei über einen Rechtsanwalt bei der Antragsgegnerin interveniert worden.

Die Antragsgegnerin teilte mit Email vom 16.3.2017 mit, sich am Schlichtungsverfahren nicht zu beteiligen. Daher war gemäß Pkt. 2 der Verfahrensordnung der vom Antragsteller geschilderte Sachverhalt der Empfehlung zugrunde zu legen.

In rechtlicher Hinsicht folgt:

(...) Dem Antragsteller ist zuzustimmen, dass das Schadenereignis unter den Begriff des Unfalles iSd Artikel 1 Pkt. 1.8 fällt. Auch das plötzliche Eindringen von Wasser stellt eine mechanische Einwirkung auf das versicherte Fahrzeug dar. Aus dem in der Ablehnung vorgebrachten Einwand des Versicherers, das Fahrzeug sei „allmählich“ ins Wasser gerollt, kann nicht der rechtliche Schluss gezogen werden, das Schadenereignis sei nicht plötzlich eingetreten.

Soweit sich die Antragsgegnerin in ihrem Ablehnungsschreiben auf den Einwand der grob fahrlässigen Herbeiführung des Versicherungsfalles beruft, wäre ihr zu entgegnen, dass zwischen dem Abstellen des Fahrzeuges mit geöffneten Fenstern und geöffnetem Kofferraumdeckel einerseits und dem Abrollen des Fahrzeuges andererseits (noch) kein Kausalzusammenhang besteht. Es liege an der Antragsgegnerin, einen solchen Kausalzusammenhang zu behaupten und zu beweisen. Da sich die Antragsgegnerin am Verfahren jedoch nicht beteiligt hat, war darauf schon von vornherein nicht Bedacht zu nehmen.

Der Antragsteller gesteht selbst zu, dass ihm die qualifizierte Ablehnung durch seinen Versicherungsagenten übermittelt wurde. Es ist daher von deren Zugang und damit vom Beginn des Fristenlaufes des § 12 Abs 3 VersVG auszugehen.

Die Leistungsfreiheit nach § 12 Abs 3 ist nach der ständigen Rechtsprechung nicht von Amts wegen wahrzunehmen, sondern ist vom Versicherer einzuwenden (vgl 7 Ob 46/82). Daher war auch von der Schlichtungskommission dieser Einwand nicht zu berücksichtigen.

Es war daher die Deckung zu empfehlen.

Der Antragsteller wird jedoch in einem allfälligen streitigen Verfahren, wenn sich die Antragsgegnerin auf die Präklusivfrist berufen sollte, den Beweis zu führen haben, dass konkrete Vergleichsverhandlungen geführt worden sind, also wechselseitige Vergleichsvorschläge bestehen (vgl Gruber in Fenyves/Schauer(Hrsg), VersVG, § 12 Rz 77).



III. Fälle aus der Beratung

1. Unklare Ablehnung eines Zahnersatzes

Eine Versicherungsnehmerin schlug sich bei einem Unfall einen Zahn aus, der Versicherer wollte die Kosten für eine Vollkeramikkrone nicht ersetzen, obwohl es sich um die bedingungsgemäß „erstmalige Anschaffung eines Zahnersatzes“ handelte. Die RSS wurde vom Ombudsmann der Fachgruppe Oberösterreich um Beurteilung ersucht, diese bestätigte im Wesentlichen dessen Ersteinschätzung, wonach die Krone als Zahnersatz gelte. Die Argumentation des Versicherers, „mit anderer nach ärztlichen Ermessen erstmaligen Anschaffungen sind aber keine Vollkeramikkronen gemeint, könne nur so gedeutet werden, dass die Vollkeramikkrone u.U. nicht nach ärztlicher Verordnung notwendig war. Gegebenenfalls komme auch die Unklarheitenregel zu Lasten des Versicherers zur Anwendung.

2. Aufrechnung gegenüber dem Geschädigten im Konkurs des Schädigers

Nach einem Haftpflichtfall rechnete der Versicherer gegenüber dem Geschädigten die offenen Haftpflichtprämien des Schädigers auf, zumal sich dieser in einem Sanierungsverfahren befindet. Der Versicherungsmakler fragte bei der RSS nach, ob der Abzug der offenen Prämien bei der Schadensabrechnung zulässig ist.

Die RSS gab dazu folgende Auskunft:

Wir können hier keinen Einwand gegen die Vorgehensweise des Versicherers erkennen. § 35b VersVG gibt diesem die Möglichkeit, die eigenen Leistungen mit fälligen Forderungen gegen den Versicherungsnehmer aufzurechnen. Riedler geht davon aus, dass die Aufrechnung auch schlüssig durch die verminderte Auszahlung der Versicherungsleistung erfolgen kann.

Die Gleichartigkeit der Forderungen ist gegeben, da auch die Schadenersatzleistung eine Geldleistung darstellt.

Entscheidend ist für die Aufrechnung nur, dass zum Zeitpunkt der Auszahlung die Forderung des Versicherers gegen den Versicherungsnehmer fällig war. Im Ergebnis verlagert der Versicherer das Insolvenzrisiko hinsichtlich seiner offenen Prämien an den Geschädigten. Ausgeschlossen ist das aber nur im Bereich der Pflichthaftpflichtversicherung (§ 158g VersVG).



IV. Gesetzgebung, Literatur & Sonstiges

1. Schmerzengeldsätze

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

Leichte Schmerzen: zwischen 100 Euro und 150 Euro (meist 110 Euro)

Mittlere Schmerzen: zwischen 200 Euro und 260 Euro (meist 220 Euro)

Starke Schmerzen: zwischen 300 Euro und 400 Euro (meist 330 Euro)

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

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

2. Erwachsenenschutz-Gesetz: Sachwalterschaft wird ersetzt

Mit 1. Juli 2018 tritt das Erwachsenenschutz-Gesetz in Kraft: Zielsetzung ist die Förderung der Selbstbestimmung von Menschen, die aufgrund von psychischen Krankheiten o.ä. in ihrer Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt sind.

Die bisherige Form der Sachwalterschaft wird durch ein 4-Säulen-Modell ersetzt.

- **Vorsorgevollmacht:** Damit kann jeder/jede festlegen, wer sie/ihn im Fall des Verlusts der Entscheidungsfähigkeit vertreten soll. Diese kann bei Notaren, Rechtsanwälten oder Erwachsenenschutzvereinen erstellt werden,
- **Gewählte Erwachsenenvertretung:** Wer noch in Grundzügen Entscheidungen treffen kann, kann noch immer einen Vertreter wählen. Die Gebarung durch den Vertreter wird jährlich gerichtlich überprüft.
- **Gesetzliche Erwachsenenvertretung:** Dies entspricht weitgehend der jetzigen Sachwalterschaft durch nahe Angehörige. Die Befristung auf jeweils drei Jahre gewährleistet, dass die Notwendigkeit der Vertretung neuerlich geprüft wird.
- **Gerichtliche Erwachsenenvertretung:** Ein gerichtlicher Erwachsenenvertreter kann nur für einzelne, genau beschriebene Tätigkeiten und maximal auf drei Jahre bestellt werden.



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:

Rechtsservice- und Schlichtungsstelle des
Fachverbandes der Versicherungsmakler und
Berater in Versicherungsangelegenheiten
Stubenring 16 / Top 7, 1010 Wien
schlichtungsstelle@ivo.or.at

Impressum:

Medieninhaber:

Fachverband der Versicherungsmakler und
Berater in Versicherungsangelegenheiten

Stubenring 16 / Top 7, 1010 Wien

Offenlegung

Grafik: © Tetra Images / Corbis