



Versicherungsrechts-NEWS

Nr. 9/2025

Versicherungsrechts-NEWS

des Fachverbandes der Versicherungsmakler und
Berater in Versicherungsangelegenheiten

Aktuelle Judikatur zum Versicherungsrecht & Versicherungsvermittlerrecht
zusammengestellt von der Rechtsservice- und Schlichtungsstelle des Fachverbandes (RSS)

Inhalt

1. Krankenversicherung: genereller Ausschluss von Geschlechtsumwandlungen ist diskriminierend (OGH vom 7.8.2025, 7 Ob 58/25t)2
2. Versicherer muss sich im Prozess aktiv auf Präklusivfrist des § 12 Abs 3 VersVG berufen (OGH vom 7.8.2025, 7 Ob 97/25b)4
3. Außerprozessuale Kosten der Beratung im Schadenfall sind Schadenersatzansprüche (OGH vom 29.7.2025, 2 Ob 104/25w)6
4. Stenogramm - weitere versicherungsrechtliche Urteile im Überblick9
Schäden aus unterschiedlichen Sparten müssen im Prozess aufgeschlüsselt werden (OGH vom 25.6.2025, 7 Ob 25/25i)9
Unfallversicherung - Tanzen auf Stehtisch in alkoholisiertem Zustand erfüllt Ausschlussstatbestand (OGH vom 25.6.2025, 7 Ob 100/25v)9
Unfallversicherung: bloßer Hinweis auf Folgeschäden ist kein ausreichend schlüssiges Vorbringen im Prozess (OGH vom 7.8.2025, 7 Ob 124/25y)9
Darf Versicherungsnehmer auf Unterlassung klagen, wenn Krankenversicherer Prämien oder Leistungen ändern wollen? (OGH vom 7.8.2025, 7 Ob 117/25v) 10

Redaktionsschluss: 31.8.2025



1. Krankenversicherung: genereller Ausschluss von Geschlechtsumwandlungen ist diskriminierend (OGH vom 7.8.2025, 7 Ob 58/25t)

Der Verein für Konsumenteninformation brachte eine Verbandsklage gegen einen österreichischen Versicherer wegen folgender Klausel in seinen Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankenkosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB 2005 - Fassung 01/2024) ein:

„Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

[...] 2.1. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung des Versicherten (Mitversicherten) wegen Krankheit und Unfallsfolgen. [...]

[...] 2.4. Als Versicherungsfall gelten nicht:

- kosmetische Behandlungen und Operationen und deren Folgen, soweit diese Maßnahmen nicht der Beseitigung von Unfallsfolgen dienen sowie Geschlechtsumwandlungen;*
- Zahnimplantationen sowie die damit im ursächlichen Zusammenhang stehenden Maßnahmen und Folgen, soweit diese nicht der Beseitigung von Unfallsfolgen dienen;*
- nicht ärztliche Hauspflege sowie Maßnahmen der Geriatrie, der Rehabilitation [...] und der Heilpädagogik;*
- alle Formen der künstlichen Befruchtung [...] sowie die damit im ursächlichen Zusammenhang stehenden Maßnahmen und Folgen.“*

Insbesondere bemängelte der VKI den Passus über den Ausschluss von Geschlechtsumwandlungen. Die Klausel verstoße gegen § 1c VersVG, der verfassungskonform dahin zu interpretieren sei, dass eine Diskriminierung zwischen sämtlichen Geschlechtern verboten sei.

Der Versicherer argumentierte, dass die Klausel weder rechts- noch sittenwidrig sei. Der Risikoausschluss betreffe jeden Versicherungsnehmer unabhängig vom Geschlecht. Dass ausschließlich transidente Personen geschlechtsangleichende Behandlungen benötigen würden, begründe keine Diskriminierung aufgrund des Geschlechts.

Die Unterinstanzen beurteilten das Klagebegehren unterschiedlich: Während das Erstgericht keine Diskriminierung erkannte und die Klage abwies, änderte das Berufungsgericht die Entscheidung im Sinne einer Klagestattgebung ab. Die Klausel schließe Geschlechtsumwandlungen generell als Versicherungsfall aus, auch wenn sie medizinisch notwendig seien. Vordergründig schließe sie zwar jeden Versicherungsnehmer von der Versicherungsleistung aus. Tatsächlich bedeute sie jedoch eine geschlechtliche Diskriminierung von transidenten Personen. Nur diese würden von einer medizinisch notwendigen Geschlechtsumwandlung (Geschlechtsanpassung) ausgeschlossen.

Der OGH bestätigte die Entscheidung des Berufungsgerichts.

Er definierte vorab die Begriffe „Intersexualität“, „Transgender“ und „Krankheit“:

„Der Begriff Intersexualität bezeichnet eine Variante der Geschlechtsentwicklung, die, weil die geschlechtsdifferenzierenden Merkmale durch eine atypische Entwicklung des



chromosomalen, anatomischen oder hormonellen Geschlechts gekennzeichnet sind, die Einordnung eines Menschen als männlich oder weiblich nicht eindeutig zulässt. Sie liegt somit vor, wenn ein Mensch den äußeren Merkmalen nach weder dem weiblichen noch dem männlichen Geschlecht eindeutig zuordenbar ist.“

„Der Begriff Transgender (verwendet werden auch die Begriffe Transidentität, Transsexualität, Gender-Dysphorie oder Gender-Inkongruenz) bezeichnet Personen, die genetisch und/oder anatomisch bzw hormonell einem Geschlecht (männlich/weiblich) zugewiesen sind, sich in diesem Geschlecht aber falsch oder unzureichend beschrieben fühlen oder jede Form der Geschlechtszuordnung und Kategorisierung ablehnen. Er wird somit für Menschen verwendet, für die herkömmliche Geschlechtergrenzen nicht passen. Dazu gehören Personen, die sich einem temporären oder permanenten Geschlechterwechsel innerhalb des binären Modells unterziehen, aber auch Personen, die sich in beiden Geschlechtern des binären Modells oder außerhalb des binären Modells („drittes Geschlecht“) identifizieren oder die Kategorie „Geschlecht“ als Identifikationskriterium ablehnen. Der Begriff transident wird insbesondere für Menschen im „falschen“ anatomischen Geschlecht verwendet.“

„Eine Krankheit ist ein abnormer (regelwidriger) Körper- oder Gesundheitszustand, der ärztlicher Behandlung bedarf.“

Transgender zu sein sei keine Krankheit, ebenso wenig Intersexualität. Einem damit verbundenen klinisch-relevanten Leidensdruck könne aber Krankheitswert zukommen. Bei Transsexualität sei dies nach der Rechtsprechung dann gegeben, wenn die innere Spannung zwischen dem körperlichen Geschlecht und der seelischen Identifizierung mit dem anderen Geschlecht so ausgeprägt sei, dass nur durch die Beseitigung dieser Spannung schwere Symptome psychischer Krankheiten behoben oder gelindert werden könnten.

Nach der im Verbandsprozess gebotenen Auslegung im kundenfeindlichsten Sinne wäre jede an versicherten Personen vorgenommene Geschlechtsumwandlung, auch bei Vorliegen von Krankheitswert und medizinischer Behandlungsnotwendigkeit, vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

In weiterer Folge setzte sich der OGH mit der Regelung des § 1c VersVG auseinander (auszugsweise):

„Nach § 1c VersVG darf der Faktor Geschlecht - vorbehaltlich des § 93 Abs 7 VAG - nicht zu unterschiedlichen Prämien oder Leistungen für Frauen und Männer führen.

§ 1c VersVG - wie auch § 91 Abs 2 VAG - setzen die durch den Gerichtshof der Europäischen Union (C-236/09, Test-Achats) modifizierte Richtlinie 2004/113/EG (Unisex-RL) um. Danach darf der Versicherer bei Verträgen, die seit dem 21. Dezember 2012 abgeschlossen wurden, keine verschiedenen Prämien und Leistungen für Männer und Frauen vereinbaren (7 Ob 37/20x). Das Verbot der Geschlechterdiskriminierung in § 1c VersVG ist umfassend und absolut. Es dürfen keine geschlechtsspezifischen Obliegenheiten, Risikoausschlüsse oder Wartefristen vereinbart werden.

Der Wortlaut des § 1c VersVG spricht einerseits vom Faktor „Geschlecht“, andererseits bezieht er sich aber ausdrücklich nur auf Männer und Frauen. Art 5 Abs 1 Unisex-RL ist hingegen neutraler formuliert. Danach haben die Mitgliedstaaten dafür Sorge zu tragen, dass die Berücksichtigung des Faktors Geschlecht bei der Berechnung von Prämien und



Leistungen im Bereich des Versicherungswesens und verwandter Finanzdienstleistungen nicht zu unterschiedlichen Prämien und Leistungen führt. Nach der Rechtsprechung des EuGH ist Transsexualität dem Begriff „Geschlecht“ zuzuordnen.

Art 8 EMRK schützt somit nicht nur Männer vor Diskriminierungen wegen ihres männlichen Geschlechts und Frauen vor Diskriminierungen wegen ihres weiblichen Geschlechts. Vielmehr schützt er auch Menschen, die sich keiner dieser beiden Kategorien in ihrer geschlechtlichen Identität zuordnen, vor Diskriminierungen wegen dieses weder allein männlichen noch allein weiblichen Geschlechts.

Dies muss auch für das Diskriminierungsverbot des § 1c VersVG gelten.

§ 1.2.4. erster Spiegelstrich zweiter Fall AVB 2005 ist neutral formuliert, sodass keine unmittelbare Diskriminierung vorliegt. Eine mittelbare Diskriminierung setzt voraus, dass diese neutral formulierte Regelung eine Person, die einem Geschlecht angehört, gegenüber Personen des anderen Geschlechts in besonderer Weise benachteiligen kann.

Dies ist hier der Fall: Die Klausel nimmt an versicherten Personen vorgenommene Geschlechtsumwandlungen generell, also auch bei Vorliegen von Krankheitswert und medizinischer Behandlungsnotwendigkeit, vom Versicherungsschutz aus. Vordergründig schließt sie jeden Versicherten von der Versicherungsleistung aus. In Wahrheit bedeutet sie jedoch eine geschlechtliche Diskriminierung von intersexuellen und transgender Personen, weil eine Geschlechtsumwandlung nur bei dieser (dritten) Personengruppe infrage kommt. Bei Personen, deren äußere Geschlechtsmerkmale dem weiblichen oder dem männlichen Geschlecht eindeutig zuordenbar sind und bei denen die Geschlechtsidentität mit dem ihnen bei der Geburt zugeordneten Geschlecht übereinstimmt, kann der Versicherungsfall Geschlechtsumwandlung nämlich nicht zum Tragen kommen. Das Kernargument der Beklagten, der Ausschluss betreffe sowohl Umwandlungen von Mann zu Frau als auch von Frau zu Mann und behandle daher alle Versicherten gleich, ist nicht zutreffend. Vielmehr diskriminiert die inkriminierte Klausel transgender und intersexuelle Personen wegen ihres weder allein männlichen noch allein weiblichen Geschlechts, weil sie dieser Personengruppe die Möglichkeit nimmt, eine medizinisch notwendige Geschlechtsumwandlung mit Kostendeckung der Beklagten durchzuführen. Die Klausel verstößt daher gegen § 1c VersVG in Verbindung mit § 32 Abs 2 GIBG.

Fazit:

Das konkrete Versicherungsunternehmen darf die inkriminierte Klausel nicht mehr verwenden und sich gegenüber Versicherungsnehmern auch nicht auf diese Klausel berufen. Auch wenn das Urteil unmittelbar nur gegen den betroffenen Versicherer wirkt, gelten die Grundsätze dieser Entscheidung auch gegenüber anderen Versicherern, die sich auf vergleichbare Klauseln nicht berufen sollten.

2. Versicherer muss sich im Prozess aktiv auf Präklusivfrist des § 12 Abs 3 VersVG berufen (OGH vom 7.8.2025, 7 Ob 97/25b)

Ein Fall aus der Rechtsschutzversicherung landete vor dem Obersten Gerichtshof. Inhaltlich ging es bei dem Rechtsstreit um die Frage der Deckung gegen eine Bank wegen angeblich zu



viel verrechneter Zinsen. Der Versicherer lehnte die Deckung ab, weil er den Rechtsschutz-Versicherungsvertrag bereits 2019 gekündigt habe und die zweijährige Nachmeldefrist des Art 3.3. ARBG 2011 bereits abgelaufen war. Doch mit diesen inhaltlichen Fragen befassten sich die Gerichte bisher nicht.

Denn der Versicherer hatte bereits 2022 die Deckung (offenbar qualifiziert im Sinne des § 12 Abs 3 VersVG) abgelehnt, doch die Klage dagegen war erst 2024 eingebracht worden.

Während das Erstgericht die Klage abwies, hob das Berufungsgericht diese Entscheidung auf und verwies die Rechtssache an das Erstgericht zurück. Es war nämlich der Meinung, dass das Erstgericht zu Unrecht von Amts wegen die 1jährige Präklusivfrist des § 12 Abs 3 VersVG aufgegriffen hat. Der Versicherer hatte sich nämlich im erstgerichtlichen Verfahren nicht auf diese Frist berufen. Wenn nun diese Frist nur auf Einwendung des Versicherers wahrzunehmen wäre, dann hätte der Versicherer keine Möglichkeit mehr, dies im Berufungsverfahren nachzuholen.

Mangels gefestigter höchstgerichtlicher Rechtsprechung zu der Frage, ob § 12 Abs 3 VersVG von Amts wegen zu berücksichtigen sei, wurde der Rekurs an den OGH zugelassen.

Der OGH ging ausführlich auf die Lehre in Deutschland und Österreich ein: Nach der deutschen Rechtsprechung stehe das Berufen auf den Ablauf einer zuvor nach § 12 Abs 3 VVG gesetzten Klagsfrist im Prozess zur Disposition des Versicherers. Das Gericht habe den Fristablauf deshalb nur dann zu beachten, wenn sich der Versicherer im Prozess ausdrücklich darauf berufe. Eine Prüfung von Amts wegen komme insoweit nicht in Betracht. Denn die Präklusivfrist sei allein zugunsten des Versicherers geschaffen worden und stehe daher auch zu dessen Disposition. Ihm allein sei - im Gegensatz zur Verjährung - überlassen, ob und wann er die Frist durch Erklärung in Gang setze. Zudem könne er die Präklusivfrist durch einseitige Erklärung nachträglich verlängern oder auf sie verzichten. Daher sei es Sache des Versicherers, im gerichtlichen Verfahren zu erkennen zu geben, ob er sich auf die Frist berufen wolle.

Die österreichische Lehre dagegen sei in dieser Frage uneinheitlich. Gruber, Steinbüchler und Schauer wurden dahingehend zitiert, dass § 12 Abs 3 VersVG eine Präklusion des Anspruches normiere. Dies bedeute, dass der Anspruch des Versicherungsnehmers unabhängig von einer Willensbetätigung des Versicherers verfriste. Wenn der Anspruch des Versicherungsnehmers nicht mehr bestehe, könne der Versicherer aber auch nicht mehr nachträglich auf die Geltendmachung der Präklusion verzichten.

Anderer Ansicht seien A. Ehrenzweig, Lorenz und Jeremias. Der Versicherer könne auf die Einrede der Verjährung verzichten, daher könne er auch auf die Einrede der Präklusion verzichten.

In weiterer Folge hielt der OGH fest:

Der Zweck der Ausschlussfrist des § 12 Abs 3 VersVG liegt in der möglichst raschen Klärung der Berechtigung einer Deckungsablehnung und der Vermeidung mit fortschreitender Zeit verbundener Beweisschwierigkeiten. Dies liegt im Interesse des Versicherers, weil durch jede Verzögerung in der Erledigung zweifelhafter Ansprüche die zuverlässige Feststellung der maßgebenden Tatsachen erschwert wird. Eine ähnliche Zielsetzung liegt den Bestimmungen über die Verjährung zugrunde. Primäre Zielsetzung des Verjährungsrechts



ist nämlich der Schutz des Schuldners vor Überraschung und Beweisnot, womit primär seinen Individualinteressen Rechnung getragen werden soll

Die gesetzlich zu Gunsten des Versicherers geschaffene Position deckt sich zudem mit dessen umfassender Befugnis, über die Ausschlussfrist des § 12 Abs 3 VersVG zu disponieren. Nach der Erhebung von Ansprüchen ist es dem Versicherer allein überlassen, ob und wann er die Ausschlussfrist mit einer qualifizierten Deckungsablehnung iSd § 12 Abs 3 VersVG in Gang setzt. Der Versicherer kann eine laufende Frist auch nachträglich verlängern. Zudem kann er - selbst nach Eintritt der Präklusion - auf die Geltendmachung der Rechtsfolgen des § 12 Abs 3 VersVG verzichten. Die Berufung auf den Fristablauf steht damit zu seiner Disposition.

Diese Rechtslage und die Ähnlichkeit der Zielsetzung rechtfertigt im Fall des § 12 Abs 3 VersVG eine analoge Heranziehung des § 1501 ABGB. Der Ablauf der dort normierten Verfallsfrist ist daher nicht von Amts wegen, sondern nur über Einwendung wahrzunehmen.

Das Berufungsgericht hat damit zutreffend erkannt, dass mangels Einwendung der Beklagten die amtswegige Wahrnehmung der Präklusion nach § 12 Abs 3 VersVG ausscheidet.

Fazit:

Trotz gewichtiger Gegenstimmen der Lehre zieht der OGH eine Analogie zur Verjährung und verlangt, dass der Versicherer sich im Prozess aktiv auf die Präklusivfrist des § 12 Abs 3 VersVG beruft. Dies eröffnet auch nach Ablauf der Präklusivfrist gewisse Möglichkeiten, mit dem Versicherer in Verhandlungen zu treten. Letztlich ist es aber für den Prozess und die dort beteiligten Rechtsanwälte von entscheidender Bedeutung.

Im konkreten Fall müssen nun die Gerichte nochmal den Rechtsstreit von vorne aufrollen und insbesondere feststellen, ob ein oder mehrere Versicherungsfälle vorliegen und wann diese eingetreten sind.

3. Außerprozessuale Kosten der Beratung im Schadenfall sind Schadenersatzansprüche (OGH vom 29.7.2025, 2 Ob 104/25w)

Eine Personengesellschaft war Halterin eines LKWs, der durch einen Verkehrsunfall beschädigt wurde, sie klagte den Schaden von der gegnerischen Kfz-Haftpflichtversicherung ein. Zu diesem Schaden zählte sie auch das Honorar eines Beraters in Versicherungsangelegenheiten iHv 360 EUR, die dieser auch im Detail aufschlüsselte.

Das Erstgericht wies die Klage zur Gänze ab, es ging von einem Alleinverschulden des LKW-Lenkers aus. Das Berufungsgericht sah eine Verschuldensteilung, hob jedoch das Urteil teilweise auf, weil es davon ausging, dass das Honorar des Beraters nicht als Schaden eingeklagt werden dürfe, sondern dies sogenannte „vorprozessuale Kosten“ seien. Diese dürfen eben nicht gesondert eingeklagt werden, formell müsse daher die Klage in diesem Punkt wegen Unzulässigkeit des Rechtsweges zurückgewiesen werden.

Was so formaljuristisch klingt, hat aber einen sehr wesentlichen Hintergrund: Sollte zum Beispiel der Anspruch von der Versicherung erfüllt werden, könnte der Honoraranspruch des



Beraters weiterhin als Schadenersatzanspruch eingeklagt werden, auch wenn zB der Anspruch in der Sache selbst bereits durch Zahlung erfüllt sein sollte.

Der OGH hatte nun zum Rekurs hinsichtlich der teilweisen Zurückweisung der Klage Stellung zu nehmen. Er führte zum Gewerbeumfang des Versicherungsmaklers und Beraters in Versicherungsangelegenheiten aus:

Nach § 94 Z 76 GewO ist das Gewerbe der „Versicherungsvermittlung (Versicherungsagent, Versicherungsmakler und Beratung in Versicherungsangelegenheiten)“ ein reglementiertes Gewerbe. Nähere Vorschriften zu diesem Gewerbe finden sich in den stark europarechtlich (zuletzt RL 2016/97/EU) determinierten §§ 137 ff GewO, Regeln zur Ausübung dieses Gewerbes in der Verordnung der Bundesministerin für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort über Standes- und Ausübungsregeln für Gewerbetreibende, die die Tätigkeit der Versicherungsvermittlung ausüben, BGBl II 2019/162. Soweit im hier interessierenden Zusammenhang von Relevanz ist Versicherungsvermittlung unter anderem das „Mitwirken“ bei der „Verwaltung und Erfüllung“ von Versicherungsverträgen „insbesondere im Schadensfall“ (§ 137 Abs 1 Z 2 GewO). Diese Befugnis ermöglicht es dem Berater in Versicherungsangelegenheiten, eine aus einem Schaden resultierende Leistung eines Versicherungsunternehmens namens des von ihm Vertretenen gegenüber dem Versicherungsunternehmen geltend zu machen und bei Anerkennung eines Leistungsanspruchs durch das Versicherungsunternehmen auch über die Höhe des Schadens zu verhandeln und darüber eine Abmachung mit dem Versicherungsunternehmen namens des von ihm Vertretenen abzuschließen. Er kann zwar nicht die Einziehung der Forderung, also das Flüssigmachen der vom Versicherungsunternehmen zuerkannten Leistung, bewerkstelligen, weil darin eine den Inkassoinstituten vorbehaltene außergerichtliche Eintreibung einer Forderung zu erblicken wäre. Keine Bedenken bestehen aber dagegen, dass ein dazu von seinem Auftraggeber bevollmächtigter Berater in Versicherungsangelegenheiten den vom Versicherungsunternehmen auszahlenden Betrag ohne Setzung irgendwelcher Handlungen zu dessen außergerichtlicher Eintreibung (zB Mahnschreiben, Vorsprache zwecks Inkassos) namens des Kunden entgegen nimmt. Nicht ermächtigt ist der Vermittler zur Vertretung des Versicherungsnehmers vor Gericht.

Sodann ging er auf die Bestimmung des § 1333 Abs 2 ABGB ein: Nach dieser Bestimmung kann der Gläubiger neben den gesetzlichen Zinsen auch den Ersatz anderer, vom Schuldner verschuldeter, ihm erwachsenden Schäden geltend machen, insbesondere die notwendigen Kosten zweckentsprechender Betreibungsmaßnahmen. Diese Bestimmung sollte nach europarechtlichen Vorgaben die umstrittene Frage der Ersatzfähigkeit von Inkassokosten lösen. Der Unterschied zwischen „vorprozessualen Kosten“ und den Kosten, die nach § 1333 Abs 2 ABGB zu setzen seien, sei derjenige, dass erstere Aufwendungen zur Vorbereitung eines in Aussicht stehenden Prozesses seien, letztere hingegen den Prozess außergerichtlich gerade vermeiden sollen.

In der Lehre hat sich Christian Huber eingehend mit der Frage der Ersatzfähigkeit der Kosten des Beraters in Versicherungsangelegenheiten auseinandergesetzt. Der OGH führt dazu aus:

Für Parteienvertreter, denen die Rechtsordnung gewerberechtlich ausdrücklich die Befugnis einräume, den Geschädigten außergerichtlich vertreten zu dürfen, müsse ein über die Barauslagen hinausgehender Ersatzanspruch zuerkannt werden. Die Tätigkeit des Beraters in Versicherungsangelegenheiten unterscheide sich von jener eines Inkassobüros maßgeblich. Während Ersterer den Schuldner überzeugen wolle, dass der (deliktische)



Anspruch bestehe und in welchem Ausmaß das der Fall sei, wolle Letzteres den Schuldner überzeugen, die bestehende Schuld gerade gegenüber diesem Gläubiger zu erfüllen. Eine Parallele liege jedoch insoweit vor, als beide eine Dienstleistung anbieten würden, die in einem Wettbewerbsverhältnis zu einem Anwalt stehe, aber auf die außergerichtliche Streitbeilegung beschränkt sei.

In einem aktuellen Aufsatz vertieft Ch. Huber diese Überlegungen. Der historische Gesetzgeber des § 1333 Abs 2 (Abs 3 alt) ABGB habe die Überwälzbarkeit des Honorars der Versicherungsberater nicht bewusst mitregeln wollen. Der Wortlaut der Bestimmung stelle nicht auf subjektiven Verzug, sondern auf einen vom Schuldner verschuldeten Schaden ab. Wie Maßnahmen der Inkassoinstitute seien auch die Tätigkeiten der Versicherungsberater Betreibungs- und Einbringungsmaßnahmen in Bezug auf offene Forderungen und damit auf Prozessvermeidung gerichtet. Es sei daher folgerichtig, die Möglichkeit zur Einklagung als Schadenersatz zu eröffnen. Inhaltlich übe der Versicherungsberater eine den Anwälten vergleichbare Tätigkeit aus.

Diesen Argumenten folgte der OGH inhaltlich und hob den Beschluss des Berufungsgerichts auf.

Es komme jedenfalls nicht § 42 Abs 2 ZPO zur Anwendung. Nach dieser Bestimmung wäre der unterliegende Gegner nur zum Ersatz der Gerichtsgebühren und Barauslagen zu verhalten, wenn eine Partei durch Bevollmächtigte vertreten wird, die nicht Rechtsanwälte oder Notare sind. Gegen eine sinngemäße Anwendung dieser Bestimmung im Schadenersatzrechtlichen Kontext spreche, dass sie erkennbar (nur) die Vertretung durch Winkelschreiber im Prozess verhindern und damit nicht Bevollmächtigte erfassen soll, die vor einem Prozess zur Wahrung der Interessen einer Partei herangezogen werden.

Im Ergebnis seien daher diejenigen aufgewendeten notwendigen und zweckentsprechenden Kosten des Geschädigten, die dieser für die außerprozessuale Einschaltung eines Beraters in Versicherungsangelegenheiten im Rahmen dessen gewerberechtlicher Befugnisse zu tragen hat, nach dem § 1333 Abs 2 ABGB zugrunde liegenden materiell-rechtlichen Ansatz als Schadenersatzansprüche zu behandeln.

Fazit:

Diese Entscheidung stellt eine langjährige Forderung der Branche klar und hebt gleichzeitig die Bedeutung des Versicherungsmaklers und Beraters in Versicherungsangelegenheiten in der Schadenfallabwicklung deutlich hervor. Mit seiner Tätigkeit unterstützt der Versicherungsmakler und Berater in Versicherungsangelegenheiten den Versicherungskunden auch bei der außergerichtlichen Durchsetzung seiner Ansprüche gegenüber dem Haftpflichtversicherer eines Schädigers. Die dabei erwachsenden Kosten sind, soweit sie notwendig, zweckentsprechend und angemessen sind, Teil des Schadens.



4. Stenogramm - weitere versicherungsrechtliche Urteile im Überblick

Schäden aus unterschiedlichen Sparten müssen im Prozess aufgeschlüsselt werden (OGH vom 25.6.2025, 7 Ob 25/25i)

Im Fall unterschiedlicher Ansprüche, die einem unterschiedlichen rechtlichen Schicksal unterworfen sein können, muss klargestellt werden, welcher Teil eines Gesamtbegehrens welchen Anspruch umfassen soll. Werden nämlich aus einem rechtserzeugenden Sachverhalt mehrere Ansprüche abgeleitet und in einer Klage geltend gemacht, dann muss in einem solchen Fall der objektiven Klagehäufung jeder Anspruch zumindest in der Begründung ziffernmäßig bestimmt und individualisiert sein, um dem Bestimmtheitsgebot des § 226 ZPO zu entsprechen.

(hier: unbekannte Täter stahlen aus einem Einfamilienhaus zahlreiche Gegenstände, verwüsteten die Innenräume und verursachten Wasserschäden an Inventar und Gebäude. Der Versicherungsnehmer hätte im Gerichtsverfahren aufschlüsseln müssen, welche Schäden in welchem Umfang aus welcher Versicherungssparte zu decken seien. Da dies nicht erfolgte, war die Klage als unschlüssig abzuweisen.)

Unfallversicherung -Tanzen auf Stehtisch in alkoholisiertem Zustand erfüllt Ausschlussstatbestand (OGH vom 25.6.2025, 7 Ob 100/25v)

Wenn der Blutalkohol allein für die Annahme des Ausschlussgrundes noch nicht ausreicht, ist der Begriff der wesentlichen Beeinträchtigung der psychischen Leistungsfähigkeit danach zu bemessen, ob der Versicherte noch in der Lage ist, mit der jeweiligen Situation, in der er sich in der Zeit des Unfalls befindet, einigermaßen zurechtzukommen.

Die Alkoholisierung des Versicherungsnehmers hat offensichtlich zu dessen Entscheidung geführt, auf einen Stehtisch zu klettern, um darauf zu tanzen, und somit in der Folge zum Sprung und zur Verletzung. Aufgrund seiner Alkoholisierung habe er die Herausforderungen eines solchen Sprungs an eine (erhöhte) Aufmerksamkeit und die - sich dann auch verwirklichende - Gefahr unterschätzt, in alkoholisiertem Zustand von einem Tisch zu springen und sturzfrei zu landen. Dies verwirklicht den Ausschlussgrund nach Art 17, Pkt. 9 AUVB 1989 bzw. Art 15, Pkt 8 AUVB 2015.

Unfallversicherung: bloßer Hinweis auf Folgeschäden ist kein ausreichend schlüssiges Vorbringen im Prozess (OGH vom 7.8.2025, 7 Ob 124/25y)

Die zwischen den Streitteilen in Art 7.1.4.1 AUVB 2018 vereinbarte Gliedertaxe bestimmt nach einem abstrakten und generellen Maßstab feste Invaliditätsgrade bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit des mit ihr benannten Glieds, Organs oder Sinnesorgans. Die Funktions- oder Gebrauchsunfähigkeit wird in Bruchteilen der vollen Gebrauchsunfähigkeit ausgedrückt. Der in der Gliedertaxe vorgesehene Prozentsatz wird entsprechend dieses Bruchteils vermindert. Nach Art 7.1.4.2 AUVB 2018 wird bei teilweisem Verlust oder teilweiser Funktions- oder Gebrauchsunfähigkeit der entsprechende Teil des



Prozentsatzes angenommen. In den AUVB wird aber auch für den Fall Vorsorge getroffen, dass sich der Invaliditätsgrad danach nicht bestimmen lässt. Dann ist nach Art 7.1.4.3 AUVB 2018 maßgebend, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt nach medizinischen Gesichtspunkten beeinträchtigt ist.

(Hier: Versicherungsnehmer muss im Prozess darlegen, in wieweit er durch die infolge des Unfalles erfolgte Hüfttransplantation beeinträchtigt ist)

Darf Versicherungsnehmer auf Unterlassung klagen, wenn Krankenversicherer Prämien oder Leistungen ändern wollen? (OGH vom 7.8.2025, 7 Ob 117/25v)

§ 178f VersVG regelt die Zulässigkeit von vertraglichen Prämien- und Leistungsanpassungsklauseln in Krankenversicherungsverträgen. Prämien- und Leistungsanpassungen sind nur in dem Rahmen, den § 178f VersVG taxativ vorgibt, zulässig.

§ 178g VersVG soll sicherstellen, dass die Vorgaben des § 178f VersVG für einseitige Prämien- oder Vertragsänderungen praktisch eingehalten werden. Diese Bestimmung räumt den dort genannten Institutionen das Recht ein, im Interesse der Versicherungsnehmer Unterlassungsansprüche geltend zu machen. Die zur Verbandsklage berechtigten Institutionen sind von einseitigen Prämien erhöhungen und einseitigen Änderungen des Versicherungsschutzes iSd § 178f VersVG zu informieren.

Schon nach dem insoweit eindeutigen Gesetzeswortlaut kommt die Berechtigung, vom Versicherer gemäß § 178g Abs 1 VersVG die Unterlassung der Änderung zu verlangen, den dort genannten, zur Verbandsklage berechtigten Institutionen zu. Die Rechtsansicht des Berufungsgerichts, dass der einzelne Versicherungsnehmer Unterlassungsansprüche nach dieser gesetzlichen Bestimmung somit nicht geltend machen könne, ist daher nicht korrekturbedürftig.

(hier: Das Berufungsgericht hat dem Versicherungsnehmer auch abseits des § 178g Abs 1 VersVG keinen Unterlassungsanspruch zuerkannt, die vom Versicherungsnehmer dagegen erhobene Revision war nicht gesetzmäßig ausgeführt.)



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 vier Fachleuten, die allesamt umfangreiches Fachwissen auf dem Gebiet des Versicherungsrechtes aufweisen, beurteilt Ihren Fall. Vorsitzende der Schlichtungskommission sind Frau Univ. Prof. Dr. Sonja Bydlinski, MBA und 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
rss@wko.at

Impressum:

Medieninhaber:

Fachverband der Versicherungsmakler und
Berater in Versicherungsangelegenheiten
Stubenring 16 / Top 7, 1010 Wien

Offenlegung

Grafik: © Tetra Images / Corbis