



# Versicherungsrechts-NEWS

## Nr. 4/2026

### **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. Versicherer muss bei Behinderung ein „versicherbares Risiko“ anbieten (OGH vom 25.2.2026, 7 Ob 131/25b).....2
2. Sachschaden oder Mangel - ein Fall für die Bauwesenversicherung? (OGH vom 25.2.2026, 7 Ob 153/25p).....4
3. Unfall beim Feuerspucken? (OGH vom 25.2.2026, 7 Ob 200/25z).....6
4. Stenogramm - weitere versicherungsrechtliche Urteile im Überblick .....8  
Unfallversicherung: Auslegung des Art 7 AUVB (OGH vom 25.2.2026, 7 Ob 10/26a) 8  
Beweislast für Voraussetzungen der Deckungserweiterung liegt beim  
Versicherungsnehmer (OGH vom 25.2.2026, 7 Ob 222/25k) .....8  
Haftpflichtversicherung: Deckungsanspruch von Begehren des Geschädigten  
abhängig (OGH vom 25.2.2026, 7 Ob 189/25g).....9  
Kosten des Versicherungsmaklers sind Schadenersatzansprüche nach § 1333 Abs 2  
ABGB (OGH vom 26.2.2026, 2 Ob 9/26a).....9

Redaktionsschluss: 31.3.2025



## 1. Versicherer muss bei Behinderung ein „versicherbares Risiko“ anbieten (OGH vom 25.2.2026, 7 Ob 131/25b)

Eine interessante Frage zur Anwendung der Bestimmungen des § 1d VersVG, die die Diskriminierung von Menschen mit Behinderung verhindern soll, landete vor kurzem beim Obersten Gerichtshof. Eine potentielle Kundin stellte am 5.10.2023 einen Antrag auf Abschluss einer Krankenversicherung für ambulante Heilbehandlung. Die maximale Leistung des Versicherers pro Jahr ist mit 2.700 EUR festgelegt, die tarifmäßige Prämie beträgt 62,59 EUR pro Monat. Dem Antrag war der ausgefüllte Gesundheitsfragebogen beigelegt, aus dem hervorgeht, dass bei der Frau am 31.8.2023 Multiple Sklerose diagnostiziert wurde.

Der Versicherer führte eine Risikoprüfung mit einem evidenzbasierten Risikoprüfungssystem durch, das auf die größte anonymisierte medizinische Datenbank Europas zurückgreift. Die Risikoprüfung ergab Risiken für Erkrankungen bei bestimmten Teilbereichen, die bis zum 20fachen eines gesunden Menschen betragen. Der Versicherer leitete daraus Risikozuschläge für Teilbereiche ab, die insgesamt zu einem Gesamtrisikozuschlag von 304 % führen.

Dies hätte dazu geführt, dass die Versicherungsnehmerin im Laufe eines Jahres mehr an Prämien zahlen hätte müssen als sie maximal an Leistungen des Versicherers erhalten hätte. Der Versicherer lehnte daher den Versicherungsantrag ab.

Die Frau klagte daraufhin den Versicherer, dass dieser zum Abschluss einer Krankenversicherung unter Ausschluss des Risikos „Multiple Sklerose“ verpflichtet werde. Hilfsweise begehrte sie die Feststellung der Haftung des Versicherers für zukünftige Schäden, die aus der Ablehnung des Vertragsabschlusses entstünden. Der Umstand einer Behinderung - im konkreten Fall die Diagnose „Multiple Sklerose“ - dürfe nach § 1d VersVG zu keiner Benachteiligung führen.

Der Versicherer wendete weiterhin ein, aufgrund der Diagnose wäre der erforderliche versicherungsmathematische Prämienzuschlag so hoch, dass das Risiko nicht versicherbar iSd § 1d VersVG sei.

Das Erstgericht folgte dieser Argumentation und wies die Klage ab. Das Berufungsgericht bestätigte diese Entscheidung. Ziel des § 1d VersVG sei, die Rechtsposition der behinderten Person im Versicherungsvertragsrecht zu verbessern. Eine andere Behandlung dürfe keinesfalls an das Vorliegen der Behinderung geknüpft werden. Die Berücksichtigung der Behinderung sei aber erlaubt, wenn der Gesundheitszustand einen bestimmenden Faktor für die Risikokalkulation im betreffenden Versicherungszweig darstelle und der individuelle Gesundheitszustand der versicherten Person eine wesentliche Erhöhung der Gefahr bewirke.

Der OGH ging in seiner Revisionsentscheidung zuerst auf den Zweck des 2012 eingeführten § 1d VersVG ein:

*Nach den Gesetzesmaterialien soll § 1d VersVG sicherstellen, dass in Versicherungsverträgen Diskriminierungen von Menschen mit Behinderungen unterbleiben; die Rechtsposition der behinderten Person im Versicherungsvertragsrecht soll verbessert werden. Im Versicherungsvertragsrecht dürfe eine andere Behandlung keinesfalls an das Vorliegen einer Behinderung geknüpft werden, gleichzeitig sei jedoch auf das dem Versicherungsrecht immanente Erfordernis der Versicherbarkeit des zu deckenden Risikos Bedacht zu nehmen. Ein versicherbares Risiko liege nicht vor, wenn der Versicherungsfall*



*bereits eingetreten ist oder, etwa bei der Krankenversicherung, wenn die Eintrittswahrscheinlichkeit und/oder -häufigkeit des Versicherungsfalls um ein Vielfaches erhöht ist und/oder die durchschnittlich zu erwartende Leistungssumme um ein Vielfaches höher liegt als in diesem Versicherungszweig kalkuliert. Ein Prämienzuschlag oder eine Einschränkung des Leistungsumfangs könne wirksam vorgesehen werden, wenn der Gesundheitszustand einen bestimmenden Faktor für die Risikokalkulation in dem betreffenden Versicherungszweig darstellt (zB in der Krankenversicherung) und der individuelle Gesundheitszustand der behinderten Person eine wesentliche Erhöhung der Gefahr bewirkt.*

*Nach § 1d Abs 3 VersVG hat der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber offenzulegen, aufgrund welcher (insbesondere statistischer) Daten er zu einer wesentlichen Erhöhung der Gefahr kommt und aufgrund welcher Änderung in der versicherungsmathematischen Berechnung sich der Prämienzuschlag oder die mangelnde Versicherbarkeit des Risikos nach Abs 1 ergibt. Fehlen statistische Daten oder sind die Daten unzureichend, so ist die Gefahrenhöhung auf der Grundlage von für den individuellen Gesundheitszustand der versicherten Person relevantem und verlässlichem medizinischen Wissen darzulegen, wenn der Versicherungsnehmer dies verlangt.*

Aus Sicht des OGH hat der Versicherer das erhöhte Risiko korrekt im Sinne des § 1d Abs 3 VersVG ermittelt und der potentiellen Kundin diese Risikofaktoren mitgeteilt. Er folgte auch der Ansicht, dass aufgrund der Risikozuschläge das Risiko nicht wirtschaftlich sinnvoll versicherbar sei.

Jedoch begehre die Klägerin auch Versicherungsschutz für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlungen wegen Krankheit, Unfall oder Schwangerschaft „unter Ausnahme des Risikos 'Multiple Sklerose'“.

Der OGH hielt fest, dass nach § 1d Abs 4 VersVG (entgegen der Ansicht der Klägerin) Risikoausschlüsse nicht als gelinderes Mittel gegenüber einer Ablehnung anzusehen seien. Allerdings werde in der österreichischen Lehre übereinstimmend betont, dass zwar eine sachliche Differenzierung zulässig ist und § 1d VersVG keinen generellen Kontrahierungszwang begründet, der Versicherer aber mit einer behinderten Person kontrahieren muss, wenn das Risiko versicherbar ist und er mit einer nicht behinderten Vergleichsperson abschließen würde. Daher komme die Lehre zum Schluss, dass auch dann ein Kontrahierungszwang bestehe, wenn das Risiko trotz der Behinderung mit einem Prämienzuschlag oder einer Verminderung der Leistung versicherbar sei. Der Begriff des „unversicherbaren Risikos“ sei in diesem Zusammenhang eng auszulegen.

Unter Berücksichtigung des Ziels des § 1d VersVG, Diskriminierungen von Menschen mit Behinderung zu unterbinden und die Rechtsposition von Menschen mit Behinderungen im Versicherungsvertragsrecht zu verbessern, müsse daher auch ein Anspruch auf Abschluss eines Versicherungsvertrages mit allenfalls reduzierten Leistungsumfang oder einer erhöhten Prämie bestehen. Der Versicherer sei daher verpflichtet, den Abschluss eines Vertrages anzubieten, wenn durch Prämienzuschlag, Risikoausschluss, Verminderung des Leistungsumfangs oder Kombination dieser Maßnahmen ein versicherbares Risiko erreicht werden könne.

Der von der Klägerin angesprochene Risikoausschluss sei jedoch nicht klar abzugrenzen. Ein Ausschluss allein der Behandlungen der Grunderkrankung bzw auch eine Erweiterung des



Ausschlusses auf jene Heilbehandlungen, die als Folge der Erkrankung der Klägerin erforderlich werden, für die die Multiple Sklerose also zumindest mitursächlich war, würde nämlich mit sich bringen, dass die Versicherung in jedem einzelnen Versicherungsfall abklären müsste, ob die MS-Erkrankung der Frau mitursächlich ist. Dies sei aber womöglich medizinisch nicht einwandfrei nachzuweisen und stelle einen zusätzlichen Aufwand für den Versicherer dar.

Andererseits sei nach Ansicht der Klägerin diese ja auch diskriminiert, wenn jegliche Heilbehandlung, also auch solche, die von ihrer Behinderung unabhängig sei, vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sei.

Aus Sicht des OGH sei es aber möglich, im Rahmen der Vertragsfreiheit der Parteien alle Partialrisiken, bei denen nach der Datenlage kein erhöhtes Risiko besteht, jedenfalls zu versichern, diejenigen mit erhöhtem Risiko unter Prämienzuschlag (wenn wirtschaftlich sinnvoll) oder gar nicht. Wenn unter diesen Gesichtspunkten ein versicherbares Risiko zu ermitteln wäre, wäre der Versicherer zum Vertragsabschluss verpflichtet, wenn dieser Vertrag auch den Bedürfnissen der Kundin entspräche.

Diese Kombination aus Risikoausschlüssen und Prämienzuschlägen wurde von den Unterinstanzen mit den Parteien jedoch nicht erörtert. Der OGH darf die Parteien nicht mit einer Rechtsauffassung überraschen, die diese nicht beachtet haben, daher musste der OGH die Entscheidungen der Vorinstanzen aufheben und die Rechtssache zur neuerlichen Erörterung und Entscheidung an das Erstgericht zurückverweisen.

#### Fazit:

Soweit erkennbar, ist dies die erste höchstgerichtliche Entscheidung, die auf den 2012 eingeführten § 1d VersVG im Detail eingeht. Der OGH stellt klar, dass der Versicherer ein versicherbares Risiko ermitteln muss und er dabei aber sich nicht nur auf Prämienzuschläge berufen darf, sondern ggf. auch Risikoausschlüsse, soweit diese zweckmäßig handhabbar sind, anbieten muss.

## **2. Sachschaden oder Mangel - ein Fall für die Bauwesenversicherung? (OGH vom 25.2.2026, 7 Ob 153/25p)**

Eine Bauherrin ließ im Zuge der Errichtung eines Gebäudes auch eine Anlage zur Heizung und Kühlung mittels einer Grundwasseranlage samt dreier Wärmepumpen errichten. Nach Inbetriebnahme der Anlage kam es nach wenigen Tagen zu Funktionsstörungen, der hohe Mangengehalt des Grundwassers führte zu Verschlämmungen und Verstopfungen in der Anlage. Es stellte sich nach einigen Reparaturversuchen rasch heraus, dass ein störungsfreier Betrieb selbst mit regelmäßiger intensiver Reinigung der Filter nicht möglich war. Die Bauherrin entschloss sich daher, das Anlagensystem von Grundwasser- auf Erdwärme umzustellen. Auch nach dieser Umstellung konnten wesentliche Teile der Gesamtanlage unverändert weiter verwendet werden, jedoch mussten eine Wärmepumpe für den Betriebszustand „Erdwärme“ parametrisiert und einige weitere Adaptierungen an der Anlage vorgenommen werden. Im Ergebnis sind die Wärmepumpen und große Teile des Anlagensystems auch nach der Umstellung gleich geblieben und weiterhin funktionstüchtig.



Schwer in Mitleidenschaft gezogen und mit Ablagerungen verschmutzt wurden jedoch Brunnenpumpe, Filter, Wärmetauscher und die Rohrleitungen.

Die Bauherrin forderte von ihrem Bauwesenversicherer rund 286.000 EUR an Kosten des Umbaus.

Der Versicherer wendete ein, es fehle an einer versicherten Beschädigung oder Vernichtung der Anlage, da diese nur verschmutzt worden sei. Da sich die ursprünglich konzeptionierte und eingesetzte Grundwasseranlage aufgrund der konkreten natürlichen Gegebenheiten als untauglich erwiesen habe, liege zudem ein bloßer Mangel an der versicherten Sache und kein Sachschaden vor.

Das Erstgericht gab der Klage statt, das Berufungsgericht änderte dies (soweit hier von Bedeutung) als Teil- und Zwischenurteil zu Gunsten der Klägerin ab. Ein Sachschaden iSd Art 13 BW 1/75 setze keine Substanzverletzung voraus, sondern genüge eine Beeinträchtigung der Gebrauchsfähigkeit der Sache. Eine solche liege vor, da die Grundwasseranlage aufgrund der Verschlämmung/Verschmutzung gebrauchsunfähig geworden sei. Dieser Umstand sei nach dem unstrittigen Sachverhalt auf eine natürlich bedingte nachträgliche Änderung in der Zusammensetzung des Grundwassers zurückzuführen. Der Versicherungsfall sei daher eingetreten. Das Zwischenurteil ergehe jedoch, weil Feststellungen zur Schadenshöhe fehlten und daher die Sache nicht entscheidungsreif sei.

Der OGH bestätigte die Entscheidung des Berufungsgerichts.

Ein in der Bauwesenversicherung versicherter Sachschaden sei vom nicht versicherten Mangel so abzugrenzen: Haftet ein Mangel der Bauleistung unmittelbar an, dh ist er integraler Bestandteil der Leistung oder Teilleistung schon in ihrer Entstehung und fließt die Beeinträchtigung in die Herstellung der Leistung durch die Art, wie sie angelegt oder ausgeführt wird, unmittelbar ein, so liegt ein ersatzfähiger Schaden ausschließender Leistungsmangel vor. Dagegen handelt es sich um einen Sachschaden, wenn - vom Gegenstand der Leistung oder Teilleistung her betrachtet - von außen eine schädigende oder zerstörende Einwirkung erfolgt.

Der OGH verwies auf frühere Entscheidungen bzw. die Lehre, wonach eine Verschmutzung zwar normalerweise kein Sachschaden sei, weil sie in der Regel keine derart starke Verbindung mit der Sache eingehe, dass diese dadurch nachhaltig beeinträchtigt werde. Schmutz sei dann nur ein Schönheitsfehler. Werde allerdings durch die Verschmutzung die Gebrauchsfähigkeit des Bauwerks beeinträchtigt oder erfahre dieses dadurch eine Minderung des Verkehrswerts, liege ein Sachschaden vor.

Auch im vorliegenden Fall sei bereits eine körperliche Einwirkung auf die Substanz der vorhandenen Anlage durch das einfließende Bodenwasser und die dadurch hervorgerufenen Ablagerungen eingetreten, die die Gebrauchsfähigkeit der Anlage wesentlich beeinträchtigen.

Auf die Zusatzdeckung für Sachschäden durch Planungsfehler müsse nicht zurückgegriffen werden, da nach den Feststellungen etwaige Planungsfehler nicht ursächlich gewesen seien. Vielmehr habe sich nach abgeschlossener Planung die Zusammensetzung des Grundwassers geändert, was letztlich zur Verschlämmung geführt hat.

Es liege prinzipiell ein Totalschaden an der Anlage vor, da die Wiederherstellung der gestörten Funktion der Anlage ohne Änderung der Bauweise technisch unmöglich sei. Die



Kosten der Umstellung würden über den ursprünglichen Kosten der Errichtung liegen. Allerdings wird im fortgesetzten Verfahren zu klären sein, welchen Wert die weiterhin nutzbaren Teile der Anlage haben und ob eventuell an diesen Teilen noch Mangelschäden abzuziehen seien.

#### Fazit:

Die Bauwesenversicherung schützt als Sachversicherung die im Rahmen eines Bauprojekts zu erbringenden Leistungen (Bauwerke) während ihrer Entstehung. Je nach Komplexität des Projektes bedarf die Betreuung des Vertrages mitunter hohes technisches Verständnis, um die Risiken versicherungstechnisch richtig zu beurteilen.

### **3. Unfall beim Feuerspucken? (OGH vom 25.2.2026, 7 Ob 200/25z)**

Ein Versicherungsnehmer nahm als Mitglied eines Perchtenvereins an einem Workshop für Feuerspucken teil. Dabei verschluckte er sich mit der brennbaren Flüssigkeit, die Flüssigkeit löste eine Lungenentzündung und eine Bronchitis aus, wodurch er 18 Tage stationär im Krankenhaus verbringen musste.

Noch während des Aufenthalts meldete er seinem Unfallversicherer den Schaden: *„Bei einem Seminar über Feuerspucken verkutzte sich VN. Dabei kam irrtümlich einen kleinen Teil der Flüssigkeit in seine Lunge.“*

Er klagte in weiterer Folge den Versicherer auf Zahlung von rund 7.600 EUR an Genesungsgeld sowie rund 2.000 EUR Ersatztagesgeld, weiters beehrte er die Feststellung, dass ein Unfallereignis vorliege, kein Leistungsausschlussgrund vorliege und der Versicherer deckungspflichtig sei.

Der Versicherer wendete ein, es liege kein Unfall im Sinn der Versicherungsbedingungen vor. Es habe ein willentliches und wissentliches in den Mund nehmen des Pyrofluids vorgelegen und kein versehentliches Einatmen giftiger Stoffe. Auch seien dem Versicherungsnehmer Obliegenheitsverletzungen vorzuwerfen.

Das Erstgericht wies die Klage ab, das Berufungsgericht gab der Berufung nicht Folge. Beim Verschlucken („Verkutzen“) der brennbaren Flüssigkeit handle es sich hingegen um einen körperinternen Vorgang im engeren Sinn. Eine auf den Körper einwirkende Kraft, die außerhalb des Einflussbereichs des eigenen Körpers gelegen sei, sei gerade nicht festzustellen gewesen. Damit sei der Unfallbegriff des Art 6 Z 1 AUVB 2016 nicht erfüllt. Eine versehentliche Einnahme von giftigen oder ätzenden Stoffen nach Art 6 Z 2.3 AUVB 2016 liege ebenso wenig vor. Die Aufnahme des gefährlichen Pyrofluids in den Mund sei nicht versehentlich, sondern bewusst und willentlich erfolgt. Das spätere Einatmen dieser dann bereits in der Mundhöhle befindlichen Flüssigkeit stelle kein weiteres Einnehmen dar, möge auch dieser weitere Vorgang versehentlich erfolgt sein. Der Unfallbegriff nach Art 6 AUVB 2016 sei daher nicht erfüllt.

Der OGH gab der Revision teilweise Folge und sprach dem Versicherungsnehmer rund 9.600 EUR samt Zinsen zu.

Er ging in seiner Begründung zuerst auf die bisherige Judikatur zum Unfallsbegriff ein. Er hielt fest, dass auch eigenes Verhalten unzweifelhaft einen Unfall herbeiführen könne. Ein



gewolltes und gesteuertes Verhalten des Versicherungsnehmers könne nicht als Unfallereignis angesehen werden. Ein Unfall liege dagegen aber 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.

So sei auch vom OGH bereits das Verschlucken eines Knochensplitters, das zu einer Verletzung der Darmhaut führte, als Unfall eingestuft worden.

Ebenso sei im hier vorliegenden Fall nicht das Verschlucken des Klägers an sich, sondern der Kontakt des Pyrofluids mit dem Lungenbereich aufgrund des versehentlichen Aspirierens der Flüssigkeit als Unfallereignis zu qualifizieren.

Dass an diesem von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis auch ein Verschlucken der Flüssigkeit mitwirkte, schließe einen Unfall nach der dargestellten Rechtsprechung des Fachsenats nicht aus. Das die schadensstiftende Kausalkette auslösende Ereignis bestand hier nicht lediglich in einem körperinternen Vorgang, sondern in der versehentlichen, nicht bestimmungsgemäßen Einwirkung einer von außen zugeführten, körperfremden Flüssigkeit auf die Atemwege und den Lungenbereich.

Der Versicherungsnehmer habe die brennbare Flüssigkeit zwar zunächst bewusst und gewollt in den Mund genommen. Das anschließend intendierte Ausspucken der Flüssigkeit sei jedoch durch das ungewollte Verschlucken und Aspirieren unterbrochen worden, wodurch die Flüssigkeit versehentlich in den Lungenbereich des Klägers gelangte. Das weitere Geschehen entzog sich damit durch das unerwartete Verschlucken seiner Beherrschung. Eine völlig beherrschte und gewollte Situation, die einen Unfall ausschließen würde, liege somit nicht vor.

Der OGH verneinte weiters das Vorliegen einer Obliegenheitsverletzung. Dass sich der Versicherungsnehmer nach dem ersten Verschlucken erst in der darauffolgenden Nacht, als der Hustenreiz stärker wurde, in ärztliche Behandlung begab, sei ihm nicht grob fahrlässig anzulasten.

Auch die Aufklärungsobliegenheit nach Art 14 Z 2 lit b und e AUVB 2016 sei nicht verletzt worden. Die Erstmeldung sei nicht falsch gewesen, in der nachfolgenden Kommunikation seien die Angaben weiter präzisiert worden, wodurch der Versicherer den Sachverhalt feststellen habe können.

Auch wenn die Leistungsklage erfolgreich war, blieb die Klage hinsichtlich des Feststellungsbegehrens erfolglos. Eine Feststellungsklage kann nur dann eingebracht werden, wenn eine Leistungsklage nicht möglich ist. Der Versicherungsnehmer habe aber bereits die Leistungsklage auch hinsichtlich einer Invaliditätsabgeltung einbringen können, da ein Jahr seit dem Unfall vergangen ist. Soweit der Grad der Invalidität nicht feststellbar sei, wäre eine Neubemessung innerhalb von 4 Jahren nach dem Unfall möglich.

Die teilweise Abweisung der Klage hatte insofern nachteilige Auswirkungen für den klagenden Versicherungsnehmer, als dadurch jede Seite ihre eigenen Kosten des Verfahrens selbst zu tragen hatte.



#### Fazit:

Der OGH korrigiert hier zu Recht die Ansicht der Unterinstanzen und bejaht einen Unfall im Sinne der Bedingungen. Die Literatur und Judikatur zum Unfallsbegriff ist recht umfangreich, dennoch ist jeder Fall im Einzelnen zu prüfen, die Expertise des Versicherungsmaklers ist hier für den Versicherungsnehmer entscheidend.

## **4. Stenogramm - weitere versicherungsrechtliche Urteile im Überblick**

### **Unfallversicherung: Auslegung des Art 7 AUVB (OGH vom 25.2.2026, 7 Ob 10/26a)**

Nach der ausdrücklichen Verweisung in Art 7 A AUVB 1998 erfolgt die Leistung nur „gemäß Artikel 7“. Nach dem klaren und für einen durchschnittlich verständigen Versicherungsnehmer auch verständlichen Wortlaut in Art 7 Abs 1 wird aus der versicherten Summe die „dem Grad der Invalidität“ entsprechende Leistung erbracht. Da in Art 7 C und 7 D anders als in Art 7 A nicht auf Art 7 AUVB 1998 verwiesen, sondern diesem im Gegenteil ausdrücklich derogiert werde („Abweichend von Artikel 7“) hat für diese Vertragsbausteine die anteilige Auszahlung der Versicherungsleistung gesondert geregelt werden müssen, weshalb das vom Kläger angestrebte Ergebnis (Anm: Auszahlung der vollen Versicherungssumme bereits ab 1% Invalidität) aus dem abweichenden Wortlaut der unterschiedlichen Vertragsbausteine nicht ableitbar sei. Für eine Anwendung des § 915 ABGB bleibt kein Raum.

### **Beweislast für Voraussetzungen der Deckungserweiterung liegt beim Versicherungsnehmer (OGH vom 25.2.2026, 7 Ob 222/25k)**

Der Versicherungsnehmer, der eine Versicherungsleistung behauptet, muss die anspruchsbegründenden Voraussetzungen des Eintritts des Versicherungsfalls beweisen. Den Versicherungsnehmer trifft auch die Beweislast, dass der Schaden während der Versicherungszeit eingetreten und demnach als Versicherungsfall zu behandeln ist.

Wie der Versicherungsnehmer die Beweislast dafür trägt, dass der Schaden während der Versicherungslaufzeit eingetreten ist, trägt er bei einer Deckungserweiterung auf vorvertragliche Schäden auch die Beweislast dafür, dass ein solcher versicherter Vorschaden vorliegt. Dies umfasst hier denotwendig auch die Frage, ob nach dem Inhalt des Vorvertrags mit dem Drittversicherer eine Deckung für den eingetretenen Schaden bestand. Für mögliche Beweiserleichterungen gibt es keine sachliche Rechtfertigung, weil der Versicherungsnehmer nur die Police und die Versicherungsbedingungen zum Vorvertrag vorlegen muss.

(hier: Abflussrohr wird 2002 bei Bauarbeiten beschädigt, ab 2003 kam es zu Vermorschung, Schwammbildung und Fäulnis. Der Versicherungsnehmer bemerkt 2022 den Schaden und wendet sich an den Leitungswasserschadenversicherer, bei dem er 2021 einen Vertrag abgeschlossen hat und beruft sich auf eine Vordeckungsklausel.)



### **Haftpflichtversicherung: Deckungsanspruch von Begehren des Geschädigten abhängig (OGH vom 25.2.2026, 7 Ob 189/25g)**

Bei der Haftpflichtversicherung ist der Versicherer gemäß § 149 VersVG verpflichtet, dem Versicherungsnehmer die Leistung zu ersetzen, die dieser aufgrund seiner Verantwortlichkeit für eine während der Versicherungszeit eintretende Tatsache an einen Dritten zu bewirken hat. Der Deckungsanspruch des Haftpflichtversicherten ist durch das versicherte Risiko spezialisiert und von dem vom Geschädigten erhobenen Anspruch abhängig. Andernfalls hätte es nämlich der Versicherungsnehmer in der Hand durch bloße, dem Anspruch des Geschädigten widersprechende, Behauptungen Deckung zu erlangen. Grundlage für die Prüfung, ob ein gedeckter Versicherungsfall vorliegt, ist daher der geltend gemachte Anspruch ausgehend von dem vom Geschädigten behaupteten Sachverhalt.

(hier: Treuhänder verlangt von Rechtsanwalt mittels Stufenklage die Abrechnung und Auszahlung des noch nicht verwendeten Treugeldes, dies ist ein nicht in der Haftpflichtversicherung versicherter Erfüllungsanspruch)

### **Kosten des Versicherungsmaklers sind Schadenersatzansprüche nach § 1333 Abs 2 ABGB (OGH vom 26.2.2026, 2 Ob 9/26a)**

Der erkennende Senat hat sich erst jüngst ausführlich mit der Zulässigkeit des Rechtswegs im Zusammenhang mit Kosten der außergerichtlichen Schadensregulierung und Betreuung durch einen Berater in Versicherungsangelegenheiten auseinandergesetzt. Er ist dabei zum Ergebnis gekommen, dass die notwendigen und zweckentsprechenden Kosten des Geschädigten für die außerprozessuale Einschaltung eines Beraters in Versicherungsangelegenheiten im Rahmen dessen gewerberechtlicher Befugnisse nach dem § 1333 Abs 2 ABGB zugrunde liegenden materiell-rechtlichen Ansatz als Schadenersatzansprüche zu behandeln und daher im Rechtsweg geltend zu machen sind.



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. OGH i.R. Hon.-Prof. Dr. Johann Höllwerth.

Nähere Infos bei:

Rechtsservice- und Schlichtungsstelle des  
Fachverbandes der Versicherungsmakler und  
Berater in Versicherungsangelegenheiten  
Wiedner Hauptstraße 57, 1040 Wien  
[rss@wko.at](mailto:rss@wko.at)

**Impressum:**

Medieninhaber:

Fachverband der Versicherungsmakler und  
Berater in Versicherungsangelegenheiten  
Wiedner Hauptstraße 57, 1040 Wien

**Offenlegung**

Grafik: © Tetra Images / Corbis