

Versicherungsrechts-Newsletter 5/2014

des Fachverbandes der Versicherungsmakler und Berater in Versicherungsangelegenheiten

OGH-Entscheidungen, RSS-Fälle und aktuelle Literatur
zum Versicherungsrecht & Versicherungsvermittlerrecht -
zusammengestellt von der Rechtsservice- und Schlichtungsstelle des Fachverbandes (RSS)

Vorwort des Fachverbandsobmannes

Sehr geehrte Mitglieder!

Im Newsletter 2/2013 habe ich bereits davon berichtet, dass der österreichische Verfassungsgerichtshof den EuGH um eine Vorabentscheidung ersuchte, ob die Richtlinie über die Vorratsdatenspeicherung mit der EU-Grundrechtscharta vereinbar ist. Nunmehr hat der EuGH in seinem Urteil vom 8.4.2014, C-293/12 (C-594/12) die gesamte Richtlinie für nichtig erklärt, weil sie mit den in der Grundrechtscharta festgeschriebenen Grundsätzen des Datenschutzes (Art 7) und der Datensicherheit (Art 8) und der Verhältnismäßigkeit (Art 52) unvereinbar ist. Die Richtlinie verletze diese Grundrechte in ihrem Wesenskern.

Durch diese Entscheidung fühle ich mich daher in meiner Überzeugung bestärkt, dass der durch die IMD 2 ursprünglich vorgesehene Paradigmenwechsel im Versicherungsvertrieb das in Art 16 der EU-Grundrechtscharta verankerte Grundrecht auf unternehmerische Freiheit verletzt, wie dies auch die deutsche Rechtsprechung wiederholt bestätigte (siehe Newsletter 9/2012 und 7/2013).

Ich weise auch auf die in diesem Newsletter besprochene Entscheidung des EuGH hin, dass eine Zielrichtung die IMD 1 unter anderem war, eine fundierte Ausbildung und ständige Weiterbildung des Versicherungsmaklers im Sinne des Konsumentenschutzes festzuschreiben und alle Versuche der nationalen Regierungen, dieses Ausbildungsniveau zu untergraben, europarechtswidrig sind. Durch derartige Regelungen würde nämlich der Versicherungsmakler als Bundesgenosse des Kunden bzw. des Verbrauchers geschwächt.

Wir nehmen diese Rolle sehr ernst. Wir haben z.B. unverzüglich auf das Urteil des EuGH im Vorabentscheidungsverfahren gegen T-Mobile, vom 9.4.2014, C-616/11, dadurch reagiert, dass wir die Praxis einiger Versicherungen, Zahlscheingebühren trotz der im VersRÄG 2013 festgehaltenen Klarstellung weiterhin einzuheben, hinterfragt haben.

Diese Rechtsprechung bestärkt mich in meiner Meinung, dass es ein wirtschaftlicher und gesetzgeberischer Schwachsinn ist, unseren Berufsstand durch wirtschaftsfeindliche und marktferne Regelungen unter Berufung auf eine Verbesserung des Verbraucherschutzes behindern zu wollen.

Mit freundlichen Grüßen
Gunther Riedlsperger



Inhalt:

I.	Versicherungsrechtliche Judikatur.....	2
1.	Österreich:	2
1.1.	Zur Frage, wie sich eine unfallbedingte Funktionsunfähigkeit eines Körperteils auf die Bemessung der Gliedertaxe des verbleibenden Körperteils auswirkt.....	2
1.2.	Nur völlig untaugliche Täuschung des Versicherers hält Kausalitätsgegenbeweis iSd § 6 Abs 3 VersVG offen.....	5
1.3.	Stenogramm – weitere aktuelle versicherungsrechtliche Entscheidungen im Überblick	7
2.	International:	7
2.1.	EuGH: Nebenberufliche Vermittlungstätigkeit von Angestellten eines Versicherers ist nur unter Einhaltung der Anforderungen der IMD zulässig	7
2.2.	Stenogramm – weitere Entscheidungen aus Europa im Überblick	9
II.	Fälle aus der Rechtsservice- und Schlichtungsstelle (RSS)	10
	RSS-0019-13 = RSS-E 20/13	10
III.	Aus der Beratungstätigkeit des Fachverbandes und der RSS	13
1.	Zur Reaktivierung einer prämienfreigestellten Lebensversicherung.....	13
2.	Zur Unterschrift auf Touchscreens	14
IV.	Sonstiges	14
1.	Arbeit im Krankenstand?	14
2.	„Werbezulage“ ist lohnsteuerepflichtig.....	15
3.	„Faktischer Geschäftsführer“ haftet mit.....	16

I. Versicherungsrechtliche Judikatur

1. Österreich:

1.1. Zur Frage, wie sich eine unfallbedingte Funktionsunfähigkeit eines Körperteils auf die Bemessung der Gliedertaxe des verbleibenden Körperteils auswirkt

Der Kläger ist bei der Beklagten im Rahmen einer Unfallversicherung gegen Invalidität versichert. Die Versicherungssumme bei Invalidität beträgt 100.000 EUR. Dem Versicherungsvertrag liegen die Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUVB 2006) und die Besonderen Bedingungen Nr 8341 zugrunde.



Art 7 der AUVB lautet auszugsweise:

„[...]

1.3 Wie wird der Invaliditätsgrad bemessen?

1.3.1 Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

[...]

oder eines Fußes 50 %

...

des Gehörs eines Ohres 30 %

[...]

1.3.2 Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

Der Kläger erlitt infolge eines Sturzes am 19. 6. 2009 folgende Verletzungen und Dauerfolgen:

1. Eine parietotemporale Fraktur mit sekundärer Einblutung in das rechte Mittelohr. Dies hat zu einer kombinierten Schwerhörigkeit geführt, gleichzeitig trat ein hochfrequentes Ohrgeräusch auf. Die auf den Unfall kausal zurückzuführende Invalidität beträgt 1,5 %.

2. Eine milde neurogene Blasenentleerungsstörung im Sinn eines imperativen Harndrangs sowie situationsbedingter Dranginkontinenz und eine neurogene erektile Dysfunktion. Dies ist mit einem Invaliditätsgrad von 15 % zu bemessen.

3. Einen Bruch des Schläfenbeins mit kleinem minimalem Subduralhämatom, einem Bruch des zwölften Brustwirbelkörpers und einen Bruch beider Fersenbeine. Die Schädigung der Wirbelsäule ist mit 10 % zu bewerten.

Die Bewegungsstörung am Sprunggelenk ergibt 6/20 Fußwert, das zusätzliche Bewegungsdefizit im unteren Sprunggelenk von 2/3 ergibt eine Erhöhung um 3/20 Fußwert.

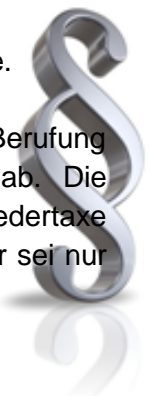
Das Erstgericht stellte weiters fest:

„Auf Grund der auffälligen Minderbeschwiellung errechnet sich ein Aufschlag von 1/20 Fußwert und auf Grund der Arthrosezeichen im unteren Sprunggelenk beidseits ein Aufschlag von 1/20 Fußwert, insgesamt ergibt sich somit für jedes Bein eine Einschätzung von 11/20 Fußwert. Entsprechend der AUVB 2006 (Bewertung Fußwert 50 %) entspricht dies einer Dauerinvalidität von 27,5 % pro Fuß und einer gesamten Invalidität der Beine von 55 %“.

Der Kläger beehrte zuletzt die Zahlung von 203.500 EUR sA. Es sei von einer Gesamtinvalidität von 81,5 % auszugehen. Unter Anwendung der Besonderen Bedingungen Nr 8341 „Dauernde Invalidität - Progression 25/500“ ergebe sich ein Gesamtanspruch von 227.500 EUR. Davon sei die Zahlung der Beklagten in Höhe von 24.000 EUR abzuziehen.

Die Beklagte wandte ein, dass eine behauptete Gesamtinvalidität von 81,5 % nicht vorliege.

Das Erstgericht gab dem Klagebegehren inhaltlich Folge. Das Berufungsgericht gab der Berufung teilweise Folge und wies das Zahlungsbegehren im Umfang von 50.000 EUR sA ab. Die Funktionsbeeinträchtigung infolge Minderbeschwiellung der Fußsohlen sei im in der Gliedertaxe genannten Invaliditätsgrad für die Verletzung eines Fußes bereits mitberücksichtigt, daher sei nur eine Invalidität von 76,5 % gegeben.



Der OGH gab mit Beschluss vom 3.7.2013, 7 Ob 82/13d, der Revision des Klägers Folge und verwies die Rechtssache zur neuerlichen Entscheidung an das Erstgericht zurück.

Aus der Begründung ist auszugsweise hervorzuheben:

Die gemäß Art 7 1.3.1 der AUVB zwischen den Streitteilen vereinbarte Gliedertaxe bestimmt nach dem abstrakten und generellen Maßstab (vgl Grimm, Unfallversicherung⁵ Z 2 Rn 22) feste Invaliditätsgrade bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit der mit ihr benannten Glieder. Gleiches gilt bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit eines durch die Gliedertaxe abgegrenzten Teilbereichs eines Gliedes. Demgemäß beschreibt die benannte Bestimmung abgegrenzte Teilbereiche des Beines und ordnet jedem Teilbereich einen festen Invaliditätsgrad zu, der mit Rumpfnähe des Teilgliedes steigt. So wird etwa der Invaliditätsgrad bei Verlust oder Funktionsfähigkeit eines Fußes mit 50 % bestimmt. Muss also einem Versicherten ein Fuß unfallbedingt amputiert werden oder ist der Fuß wegen eines unfallbedingten Dauerschadens vollständig funktionsunfähig, steht der Invaliditätsgrad nach der Gliedertaxe - unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität - in dieser Höhe unverrückbar fest.

Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Funktions- oder Gebrauchsunfähigkeit wird der entsprechende Teil des Prozentsatzes angenommen. Die Funktions- oder Gebrauchsunfähigkeit eines Gliedes wird üblicherweise in Bruchteilen der vollen Gebrauchsunfähigkeit ausgedrückt. Der in der Gliedertaxe vorgesehene Prozentsatz wird entsprechend dieses Bruchteils vermindert

Im Ergebnis legte der OGH Art 7. 1.3.1 und Art 7.1.3.2 der AUVB dahingehend aus, dass nach Wortlaut und Gliederung kein Zweifel daran besteht, dass bei allen in der Gliedertaxe für einzelne Teilbereiche angeführten Invaliditätsgraden jeweils bereits mitberücksichtigt ist, wie sich ein unfallbedingter Verlust oder die unfallbedingte Gebrauchsbeschränkung eines rumpfferneren Körpergliedes auf den verbleibenden Gliederrest auswirkt. Dass der Verlust eines rumpfferneren Gliedes auch die Gebrauchsfähigkeit des verbleibenden Teils beeinträchtigt, kann daher nicht zu einer Erhöhung der Leistung des Versicherers führen. Die zwangsläufigen Folgen der Unfallverletzung eines „Untergliedes“ für die Funktion der gesamten Extremität, zum Beispiel Muskelverschmächtingen, sind mit den Prozentsätzen der Gliedertaxe für Verlust und Funktionsunfähigkeit des distalen Gliedmaßenabschnitts bereits abgegolten und dürfen daher nicht zusätzlich berücksichtigt werden.

Das Berufungsgericht ist zwar dieser Rechtsprechung zutreffend gefolgt, doch reichen zur endgültigen Beurteilung weder die Feststellungen des Erstgerichts noch die des Berufungsgerichts aus. Das Erstgericht werde zu prüfen habe, woraus diese genannte Minderbeschwiellung überhaupt resultiert und ob es sich dabei um eine unfallbedingte Funktionsstörung des Fußes selbst oder aber um eine Ausstrahlung der Funktionsbeeinträchtigung des Fußes auf das Bein handelt.

Fazit:

Es dürfte klar sein, dass zB bei Funktionsunfähigkeit eines Armes der Verlust der Hand nicht gesondert geltend gemacht werden kann, sondern bereits in der Gliedertaxe für den Arm berücksichtigt ist. Im konkreten Fall begehrte der Versicherungsnehmer eine hinausgehende Abgeltung, weil die sich die Minderbeschwiellung auch auf die Funktionsfähigkeit des gesamten Beines auswirken sollte. Es muss hier medizinisch bewiesen werden, dass diese Einschränkung über die bereits anerkannte Invalidität des Fußes von 50% des Fußwertes hinausgeht. Dieser

gering anmutende Unterschied macht aber bei der vereinbarten Progression eine Differenz von 50.000 € aus. Es ist daher zu beachten, dass derartige Fragen in medizinischen Gutachten genau und detailliert beantwortet werden.

1.2. Nur völlig untaugliche Täuschung des Versicherers hält Kausalitätsgegenbeweis iSd § 6 Abs 3 VersVG offen

Am 4. 11. 2011 kam die Klägerin gegen 19:45 Uhr im Zuge eines Ausweichmanövers von der Straße ab, ihr Fahrzeug überschlug sich, es kam zu einem Totalschaden. Sie selbst wurde nicht verletzt. An fremden Sachen trat kein Schaden auf.

Die beim Unfall nicht alkoholisierte Klägerin nahm danach Alkohol zu sich. Der in der Folge durch die Polizei vorgenommene Alkotest fiel positiv aus.

Aufgrund dieser Ergebnisse wurde die Klägerin wegen des Verdachts der Übertretung nach § 5 StVO bei der Bezirkshauptmannschaft angezeigt. Dieses Verwaltungsstrafverfahren und das ebenfalls eingeleitete Führerscheinentzugsverfahren wurden letztlich eingestellt.

Der Klägerin war bewusst, dass es besser sei, gegenüber der Beklagten die Polizeiintervention und die festgestellte Alkoholisierung zu verschweigen, um Schwierigkeiten bei der Schadensabwicklung zu vermeiden. Eine Beeinträchtigung der Interessen der Beklagten durch die unwahren bzw unvollständigen Angaben der Klägerin war nicht ausgeschlossen, zumal erst geklärt werden musste, ob die Klägerin bereits zum Unfallszeitpunkt alkoholisiert war.

Die Klägerin beehrte zuletzt die Zahlung von 9.090 EUR sA. Sie sei nicht alkoholisiert gewesen, sie habe erst nach dem Unfall Alkohol konsumiert. Zu keiner Zeit habe sie die Absicht gehabt, die Beklagte im Zuge der Schadensmeldung bzw bei weiteren Erhebungen zu täuschen oder etwas zu verschleiern, um sich die Versicherungsleistung zu erschwindeln oder die Abwicklung zu erleichtern. Vielmehr habe die Klägerin sämtliche Anfragen der Beklagten wahrheitsgemäß beantwortet.

Die Beklagte beantragte die Abweisung des Klagebegehrens. Weiters habe sie im Zuge der Schadensmeldung und der Schadensbearbeitung vorsätzlich ihre Aufklärungsobliegenheiten durch das Verschweigen der Polizeiintervention, des positiven Alkoholtests und der Einleitung eines Führerscheinentzugsverfahrens verletzt, sodass die Beklagte leistungsfrei sei.

Das Erstgericht wies das Klagebegehren ab und schloss sich im Wesentlichen der Argumentation der Beklagten an. Die Klägerin sei zwar zum Unfallszeitpunkt nicht alkoholisiert gewesen, habe bei der Verschweigung des Nachtrunks und der polizeilichen Ermittlungen gegenüber dem Versicherer mit „dolus coloratus“ gehandelt.

Das Berufungsgericht änderte das Urteil im klagestattgebenden Sinne ab. Im Wesentlichen führte das Berufungsgericht aus, dass weder das Verschweigen des Alkotests noch des Führerscheinentzugsverfahrens „täuschungsg geeignet“ gewesen sei. Damit habe die Klägerin den Nachweis erbracht, es habe ihr am Täuschungsvorsatz gefehlt. Sie mache daher zu Recht geltend, dass sie keine vorsätzliche Obliegenheitsverletzung begangen habe oder eine solche folgenlos geblieben sei.

Es erklärte die Revision für zulässig, „weil es im Fall einer tatsächlichen Fehlbeurteilung durch das Berufungsgericht zu einer ungerechten Entscheidung im Einzelfall kommen würde“ und darüber hinaus die Frage, wann dolus coloratus „konkret“ vorliege, von erheblicher Bedeutung sei.

Der OGH gab mit Urteil vom 2.10.2013, 7 Ob 150/13d, der Revision der Beklagten Folge und stellte das klageabweisende Urteil des Erstgerichts wieder her.

Nach ausführlicher Auseinandersetzung mit der Rechtsprechung zur Frage der Obliegenheitsverletzung nach dem Versicherungsfall und der Möglichkeit des Kausalitätsgegenbeweises kam der OGH zur rechtlichen Beurteilung, dass die Klägerin dadurch, dass sie der Beklagten die Einleitung der verwaltungsbehördlichen Verfahren und die Vornahme eines positiven Alkotests durch die Polizei nicht bekanntgab, vorsätzlich die sie nach Art 5.3.1 und 5.3.2 AFIB 2007 treffenden Obliegenheiten verletzt.

Im Besonderen begründete der OGH diese rechtliche Beurteilung wie folgt:

Ausgehend von den den Obersten Gerichtshof bindenden Feststellungen, wonach die Klägerin diese Umstände gegenüber der Beklagten verschwieg, um Schwierigkeiten bei der Schadensabwicklung hintanzuhalten, ist ihr dolus coloratus vorzuwerfen.

Zu prüfen ist daher, ob dem Verschweigen des positiven Alkotests und der Einleitung der Verwaltungsstrafverfahren „Täuschungseignung“ zukommt. Von Bedeutung ist dabei nicht, ob die „Manipulationen“ auf die Feststellung des Versicherungsfalles und auf die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers Einfluss hatten, weil damit eine inhaltliche Prüfung des Kausalitätsgegenbeweises vor Feststellung seiner Zulässigkeit vorgenommen würde. Das heißt, allein daraus, dass letztlich keine Alkoholisierung der Klägerin zum Unfallszeitpunkt vorlag, kann das Fehlen der Täuschungseignung der von der Klägerin unterlassenen Aufklärungen nicht abgeleitet werden.

Entscheidend ist vielmehr, ob dem Verhalten der Klägerin, nämlich den positiven Alkotest und die Einleitung der Verwaltungsverfahren nicht bekannt zu geben, eine abstrakte Eignung zur Irreführung des Versicherers zukommt. Dies ist hier zu bejahen. Das Vorgehen der Klägerin war jedenfalls abstrakt geeignet, die Beweislage nach dem Versicherungsfall zu Lasten der Beklagten zu verschleiern, da sie wesentliche Umstände verschwieg, die durchaus den Verdacht einer Alkoholisierung bereits zum Unfallszeitpunkt nahelegen konnten.

Da der Klägerin im Zusammenhang mit ihrem täuschungsgerechten Verhalten dolus coloratus vorzuwerfen ist, ist der Kausalitätsgegenbeweis ausgeschlossen und der Einwand der Beklagten, auf Grund der Verletzung der Obliegenheiten nach Art 5.3. AFIB 2007 leistungsfrei zu sein, zutreffend.

Fazit:

Im Hinblick auf die äußerst strenge Judikatur der Gerichte bei vorsätzlichen falschen Schadensmeldungen muss jedem Versicherungsnehmer ausdrücklich empfohlen werden, Schadensmeldungen korrekt und ausführlich abzugeben. Vorsätzlich falsche Schadensmeldungen haben in der Regel nur dann keinen Einfluss, wenn dem Versicherer die wahren Begebenheiten bereits bekannt waren und daher dieser durch die falsche Schadensmeldung nicht getäuscht werden kann.

1.3. Stenogramm – weitere aktuelle versicherungsrechtliche Entscheidungen im Überblick

■ Zur Anzeigepflicht von Krankheiten in der Pflege-Krankenversicherung (OGH vom 13.11.2013, 7 Ob 170/13w)

In der Krankenversicherung kommt es nicht nur auf die Erheblichkeit der einzelnen Krankheit, sondern auch auf die Häufigkeit des durch die behandelten Krankheiten geprägten Gesamtbildes des Gesundheitszustands an. Beschwerden und Schmerzen sind bei entsprechender Frage auch dann anzeigepflichtig, wenn sie noch nicht eindeutig einer Krankheit zugeordnet worden sind. Ihre Einschätzung durch den Versicherungsnehmer als harmlos spielt für die Entstehung der Pflicht keine Rolle, sofern sie nicht offenkundig belanglos sind und alsbald vergehen. Angabepflichtig sind auch indizierende Umstände, also äußere Umstände, die auf das Bestehen eines gefahrenerheblichen Zustands schließen lassen. Auch ohne das Vorliegen einer ärztlichen Diagnose muss der Antragsteller Symptome, wegen der er sich in ärztliche Behandlung begeben hat, angeben; Bewertung und Beurteilung müssen dem Versicherer überlassen bleiben.

■ Zur Anzeigepflicht nach einem Wildschaden (OGH vom 21.11.2013, 1 Ob 197/13x)

Das Wort "unverzüglich" ist dahin zu verstehen, dass die Anzeige des Wildschadens ohne unnötigen Aufschub zu erfolgen hat, damit die erhebenden Sicherheitsorgane an Ort und Stelle die nötige Spurensicherung und Beweissicherung vornehmen können.

Die Anzeigepflicht des Versicherten nach Art 8 Abs 1 Z 1 AKHB dient einerseits der Klarstellung der Identität des Schädigers zur Sicherung zivilrechtlicher Ansprüche des Geschädigten und hat andererseits auch den Zweck, durch zeitgerechte Erhebungen der Sicherheitsorgane am Unfallort vorhandene Beweise sicherzustellen.

(Anm.: Die klagende Versicherung machte Ansprüche aus dem Titel der Amtshaftung geltend, es lag eine vertretbare Rechtsansicht des erkennenden Gerichts vor, zumal der Versicherungsnehmer im Anlassverfahren nachweisen konnte, die verspätete Meldung nicht mit dolus coloratus erstattet zu haben.)

2. International:

2.1. EuGH: Nebenberufliche Vermittlungstätigkeit von Angestellten eines Versicherers ist nur unter Einhaltung der Anforderungen der IMD zulässig

Der griechische Staatsrat, das höchste Verwaltungsgericht in Griechenland, hat dem EuGH folgende Frage vorlegt:



Es wollte wissen, ob Art. 2 Nr. 3 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 der Richtlinie 2002/92 dahin auszulegen ist, dass es einem Angestellten eines Versicherungsunternehmens, der die Anforderungen des Art. 4 Abs. 1 der Richtlinie nicht erfüllt, verwehrt ist, gelegentlich und nicht hauptberuflich Tätigkeiten der Versicherungsvermittlung auszuüben, wenn dieser Angestellte nicht im Rahmen seines Beschäftigungsverhältnisses mit diesem Unternehmen tätig wird, das sein Handeln aber gleichwohl beaufsichtigt.

2007 wurde in der Umsetzung der Richtlinie 2002/92 im innerstaatlichen Recht ein Unterabsatz eingefügt, wonach Angestellte von Versicherungsunternehmen ausnahmsweise Tätigkeiten der Versicherungsvermittlung selbständig durchführen dürfen, ohne den Vorschriften der Richtlinie zu unterliegen, wenn die jährlichen Bruttoeinnahmen 5.000 € nicht übersteigen.

Eine Reihe von Berufsverbänden, darunter der Panhellenische Verband der Versicherungsberater sowie den Verband der hellenische Versicherungsmakler, klagten den griechischen Staat bzw. den Staatssekretär für Entwicklung sowie den Bund der Versicherungsvereine Griechenlands, weil sie dieses Gesetz bzw. den darauf basierenden Erlass für richtlinienwidrig hielten. Mit ihrer Klage rügten sie, dass die genannten Mitarbeiter durch die mangelhafte Umsetzung der Richtlinie ohne Nachweis ihrer Kenntnisse und Fertigkeiten Versicherungen vermitteln dürften.

Mit Urteil vom 17.10.2013, C-555/11, hat der EuGH unter anderem Folgendes erwogen:

Mit der Richtlinie 2002/92 als Ganzes wird – wie aus ihren Erwägungsgründen 6 bis 8 hervorgeht – eine doppelte Zielsetzung verfolgt, nämlich zum einen die Vollendung und das reibungslose Funktionieren des einheitlichen Versicherungsmarkts durch die Beseitigung von Hindernissen für die Niederlassungsfreiheit und den freien Dienstleistungsverkehr und zum anderen die Verbesserung des Verbraucherschutzes in diesem Bereich.

Eine Auslegung, die es einer bestimmten Gruppe von Personen erlaubt, Vermittlungsdienstleistungen anzubieten, obwohl sie die in Art. 4 Abs. 1 der Richtlinie 2002/92 dafür vorgesehenen Voraussetzungen nicht erfüllen, würde diese doppelte Zielsetzung beeinträchtigen.

Zum einen würde eine solche Auslegung der Richtlinie 2002/92 merkliche Unterschiede zwischen den auf dem einheitlichen Versicherungsmarkt tätigen Vermittlern schaffen, da die Vermittler unabhängig davon, ob sie diese Voraussetzungen erfüllen, Vermittlungstätigkeiten für die gleiche Art von Versicherungsverträgen durchführen könnten. Diese Auslegung würde darüber hinaus dem aus dem neunten Erwägungsgrund der Richtlinie 2002/92 hervorgehenden Ziel widersprechen, die Gleichbehandlung aller Kategorien von Versicherungsvermittlern sicherzustellen.

Zum anderen würde eine solche Auslegung die Gewährleistung eines hohen Verbraucherschutzniveaus auf dem Versicherungsmarkt, d. h. eines hohen Schutzes der Versicherungsnehmer, nicht ermöglichen. Es kann nämlich nicht davon ausgegangen werden, dass die Angestellten eines Versicherungsunternehmens, die in diesem Unternehmen mit dem unmittelbaren Vertrieb von Versicherungsdienstleistungen befasst sind, in jedem Fall über die angemessenen Kenntnisse und Fertigkeiten verfügen, die notwendig sind, um die Versicherungsvermittlung individuell auszuüben, und dass sie somit die Qualität einer solchen Vermittlung garantieren können. Es kann auch nicht davon ausgegangen werden, dass solche Angestellte, ohne über diese Kenntnisse und Fertigkeiten zu verfügen, in der Lage sind, ihren

Kunden bei Abschluss, Änderung oder Erneuerung ihres Versicherungsvertrags die in Art. 12 der Richtlinie 2002/92 vorgesehenen Auskünfte zu erteilen.

Im Ergebnis beantwortete er die Vorlagefrage wie folgt:

Art. 2 Nr. 3 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 der Richtlinie 2002/92/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. Dezember 2002 über Versicherungsvermittlung ist dahin auszulegen, dass es einem Angestellten eines Versicherungsunternehmens, der die Anforderungen des Art. 4 Abs. 1 der Richtlinie nicht erfüllt, verwehrt ist, gelegentlich und nicht hauptberuflich Tätigkeiten der Versicherungsvermittlung auszuüben, wenn dieser Angestellte nicht im Rahmen seines Beschäftigungsverhältnisses mit diesem Unternehmen tätig wird, das sein Handeln aber gleichwohl beaufsichtigt.

Fazit:

In diesem Urteil wird festgestellt, dass die Richtlinie 2002/92/EG dem reibungslosen Funktionieren des einheitlichen Versicherungsmarktes und der Verbesserung des Verbraucherschutzes dienen soll. In diesem Sinne müssen alle Versicherungsvermittler die erforderlichen Qualifikationen besitzen, aber auch über eine Haftungsabsicherung verfügen, die Informationspflichten gegenüber ihren Kunden erfüllen, etc. Die zulässigen Ausnahmen sind taxativ in Art 1 Abs 2 der Richtlinie aufgezählt. Diese Ausnahmen sind eng auszulegen.

Auch die österreichische Regierung hat in diesem Verfahren diese Position erfolgreich vertreten.

2.2. Stenogramm – weitere Entscheidungen aus Europa im Überblick

■ Voraussetzungen des qualifizierten Zahlungsverzugs bei mehreren Versicherungsnehmern (BGH, Urteil vom 8.1.2014, IV ZR 206/13)

Die Fristsetzung wegen Zahlungsverzugs mit einer Folgeprämie gem. § 39 Abs. 1 VVG a.F. muss bei einer Mehrheit von VN, auch wenn diese unter derselben Anschrift wohnhaft sind, durch gesonderte schriftliche Mitteilung gegenüber jedem VN erfolgen.

■ Fälligkeit von Versicherungsleistungen ist auch während offener Erhebungen über Anzeigepflichtverletzungen gehemmt (LG Berlin, Urteil vom 12.6.2013, 23 O 341/12)

Erhebungen des Versicherers gem. § 213 VVG dürfen sich in der Leistungsprüfung grundsätzlich auch auf den vorvertraglichen Gesundheitszustand des VN erstrecken.

Werden die insoweit durch den Versicherer erbetenen Informationen nicht eingereicht, hindert dies die Fälligkeit etwaiger Ansprüche.



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

1. RSS-0019-13 = RSS-E 20/13

Der Antragsteller hat bei der antragsgegnerischen Versicherung einen aufrechten Rechtsschutz-Versicherungsvertrag. Diese Rechtsschutzversicherung inkludiert u.a. auch den Baustein für Liegenschafts- und Mietrechtsschutz im Privat- und Betriebsbereich.

Der Antragsteller ersuchte bei der antragsgegnerischen Versicherung um Deckung für folgenden Schadenfall:

Auf seiner Liegenschaft stürzte am 12.12.2012 das Stallungsgebäude während Grabungsarbeiten einer Baufirma ein. Die Höhe des Schadens wurde von verschiedenen Sachverständigen unterschiedlich beurteilt, sodass der Versicherungsnehmer vom Schädiger einen offenen Schaden iHv € 69.267,45 einklagen möchte.

Der Antragsteller hat gemeinsam mit seinem Bruder am 3.9.2012 einen Kaufvertrag über diverse Grundstücke, so auch jenes, auf dem sich das beschädigte Stallungsgebäude befindet, geschlossen. Aufgrund von Einwänden der Grundverkehrsbehörde wurde der Kaufvertrag im November 2012 abgeändert, sodass lediglich der Antragsteller Käufer sein solle. In einem weiteren Vertrag vom Mai 2013 wurde zwischen dem Antragsteller und seinem Bruder vereinbart, dass letzterer die Hälfte der Liegenschaften ankaufe, diese gemeinsam bewirtschaften und Investitionen geteilt werden sollen.

Die Antragstellerin lehnte die Deckung des oben beschriebenen Rechtsschutzfalls mit Schreiben vom 10.6.2013 mit folgender Begründung ab:

„(...) Unser Versicherungsnehmer war im Zeitpunkt des Versicherungsfalles nicht grundbücherlicher Eigentümer der Liegenschaft (siehe Grundbuchsauszug vom 8.2.13) und war daher die betroffene Liegenschaft nicht mitversichert im Risikobereich Liegenschafts-Rechtsschutz.

Die betroffene Liegenschaft wird auch nicht ausschließlich von unserem Versicherungsnehmer genützt.(...)“

Dagegen richtet sich der Schlichtungsantrag des Antragstellers vom 31.7.2013. Der Antragsteller bringt zusammenfassend vor, ihm müsse Rechtsschutz gewährt werden, weil der Käufer auch als „außerbücherlicher“ Eigentümer versichert sei. Sollte daraus kein Versicherungsschutz zu erlangen sein, sei er auch wie ein Pächter zu beurteilen, das Pachtrisiko wäre ebenfalls in gegenständlichem Rechtsschutzversicherungsvertrag versichert.

Die Antragsgegnerin beantragte die Abweisung des Schlichtungsantrages und begründete dies zusammengefasst wie folgt:

„(...) Entsprechend Art. 25.1.1. ARB 2003 haben der Versicherungsnehmer und seine Angehörigen in ihrer Eigenschaft als Eigentümer, Mieter, Pächter oder persönlich dinglich Nutzungsberechtigte des versicherten Objektes, das ausschließlich den Wohn- oder Betriebszwecken des Versicherungsnehmers oder seiner Angehörigen dient, Versicherungsschutz. Nach Art. 5.1. ARB zählen zu den mitversicherten Angehörigen nicht die Geschwister.

- Aus Art. 25.2.2.1.3. ARB 2003 ergibt sich, dass der Versicherungsschutz die Wahrnehmung rechtlicher Interessen aus dinglichen Rechten am versicherten Objekt umfasst. Wenn der Fall versichert ist, fällt er unter diesen Punkt. Eine weitere Prüfung, ob der Fall unter Art. 25.2.3. fällt erübrigt sich (siehe VVO Erläuterungen zu den Musterbedingungen S 241 zu Art. 24.2.4.).

(...)

Im Gegenständlichen Fall ist daher ua zu prüfen, ob

1. die beschädigte Liegenschaft überhaupt versichert ist
2. die begehrte Maßnahme unter die positive Deckungsumschreibung fällt
3. ein Ausschlussgrund vorliegt

Ad 1.: Aus dem Sachverhalt ergibt sich, dass der Versicherungsnehmer im Zeitpunkt der Beschädigung nicht Eigentümer war. Beim derivativen Erwerb wird Eigentum an unbeweglichen Sachen grundsätzlich durch Eintragung im Grundbuch erlangt. Zum Vorbringen, es habe im Zeitpunkt der Beschädigung außerbücherliches Eigentum vorgelegen ist auf 10 Ob 18/05b zu verweisen. (...)

Auch wenn man die (unzulässige) Ausdehnung des Begriffes „Eigentümer“ auf „außerbücherlicher Eigentümer“ in Art. 25.1.1. ARB 2003 vornähme, wäre zu diesem Punkt nichts gewonnen, da entsprechend des Sachverhaltes die Liegenschaft nicht ausschließlich den Betriebszwecken des Versicherungsnehmers dient, sondern auch jenen seines Bruders, der Miteigentümer und Mitbewirtschafter ist. Daraus ergibt sich, dass bereits die Voraussetzungen des Art. 25.1.1. ARB 2003 nicht erfüllt sind.

Ad 2.: Soweit sich die Wahrnehmung rechtlicher Interessen auf dingliche Rechte bezieht, ist auf obige Ausführungen zu verweisen, wonach eben im Zeitpunkt des Versicherungsfalles kein dingliches Recht des Versicherungsnehmers an der Liegenschaft bestand, sondern lediglich ein Anwartschaftsrecht. Auch entsprechend dem VVO Kommentar zu den ARB 2007 hat der Eigentümer nur Versicherungsschutz, wenn sein Eigentumsrecht im Grundbuch eingetragen ist (S 230). Da im für die Beurteilung wesentlichen Zeitpunkt des Versicherungsfalles keine Eintragung des Versicherungsnehmers als Eigentümer im Grundbuch vorlag, sind auch die Deckungsvoraussetzungen des Art. 25.2.1.3. ARB 2003 nicht gegeben.

Ad 3.: Grundsätzlich gilt, dass die Gefahr des Unterganges mit dem Zeitpunkt der Übergabe der verkauften Sache übergeht. Erst mit Übergabe erlangt der Erwerber Eigentum. Bei unbeweglichen Sachen erfolgt die Übergabe durch Eintragung im Grundbuch. Der deliktische Schadenersatzanspruch wegen Beschädigung der Scheune würde daher dem damals noch im Grundbuch eingetragenen (Verkäufer) zustehen. Tatsächlich ist daher (der Verkäufer) der deliktisch Geschädigte, da sich der Schaden ereignete, als er noch Eigentümer war. Dies mag nun für die außergerichtliche Regulierung der Haftpflichtversicherung belanglos sein, kann allerdings bei gerichtlicher Abklärung der Frage, ob (der Antragsteller) hier überhaupt aktiv klagslegitimiert gegenüber der (Baufirma) ist, Probleme aufwerfen. Dazu ist darauf hinzuweisen, dass die Geltendmachung von Ansprüchen, die an den Versicherungsnehmer abgetreten wurden, nachdem der Versicherungsfall eintrat, ausgeschlossen ist, es sei denn auch ohne die Abtretung bestünde Versicherungsschutz (Art. 7.2.4. ARB 2003). (...)

Die Schlichtungskommission wies den Schlichtungsantrag mit folgender Begründung ab (auszugsweise):

Nach dem im vorliegenden Fall vereinbarten Art. 25 ARB ist im Selbstnutzungsbereich der Versicherungsnehmer und seine Angehörigen in ihrer Eigenschaft als Eigentümer, Mieter, Pächter oder persönlich dinglich Nutzungsberechtigter des versicherten Objekts, das ausschließlich den Wohn- oder Betriebszwecken des Versicherungsnehmers oder seiner Angehörigen dient, versichert.

Insofern der Antragsteller meint, auch ein außerbücherliches Eigentum zähle dazu, so ist dies durch den Wortlaut der Bedingungen nicht gedeckt. Nach ständiger Rechtsprechung besteht außerhalb der im Gesetz normierten Ausnahmen vom Eintragungsgrundsatz kein Platz für außerbücherliches Eigentum (Dittrich/Tades aaO, § 431 E 1). Folgende Ausnahmen vom Eintragungsgrundsatz sind normiert (vgl Dittrich/Tades aaO, § 431 II): Erwerb des Erben durch Einantwortung, Ersitzung, Erwerb durch Zuschlag, Enteignung, Verschmelzung von Gesellschaften des Handelsrechts, Übertragung des „Deutschen Eigentums“ nach 1955 sowie das Heimfallsrecht der Republik Österreich.

Die tatsächliche physische Übergabe eine Liegenschaft ist sachenrechtlich bedeutungslos (Dittrich/Tades aaO E 2a).

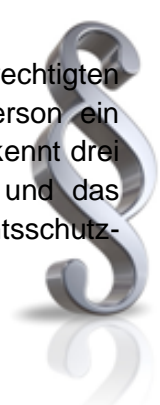
Soweit der Antragsteller vorbringt, er sei als Mieter und Pächter rechtsschutzversichert, ist ihm Folgendes zu entgegnen:

Ein Bestandvertrag wird gemäß § 1091 ABGB, wenn sich die in Bestand gegebene Sache ohne weitere Bearbeitung gebrauchen läßt, ein Miethvertrag; wenn sie aber nur durch Fleiß und Mühe benützt werden kann, ein Pachtvertrag genannt.

Diese Voraussetzungen treffen aber auf den außerbücherlichen Eigentümer nicht zu, weil dieser eben die Liegenschaft aufgrund eines nicht verbücherten Kaufvertrages benützt und nicht aufgrund eines (entgeltlichen) Miet- oder Pachtvertrages. Die Gegenleistung für die außerbücherliche Benützung besteht in der Leistung des Kaufpreises, nach dem Vertragswillen sollte bis zur endgültigen Verbücherung des Eigentumsrechts darüber hinaus kein gesondertes Entgelt geleistet werden.

Dass er die Liegenschaft bereits nutzte und das dortige Stallungsgebäude renovieren ließ, begründet keinen Bestandvertrag hinsichtlich dieser Liegenschaft (vgl MietSlg 19.089, Dittrich/Tades aaO, § 1092 E 3).

Unter dinglich Nutzungsberechtigten sind die aus einer Personaldienstbarkeit berechtigten Personen zu verstehen. Durch eine Personaldienstbarkeit wird einer bestimmten Person ein beschränktes dingliches Nutzungsrecht am versicherten Objekt eingeräumt. Das ABGB kennt drei Arten von Personalservituten, nämlich das Fruchtgenussrecht, das Gebrauchsrecht und das Wohnungsrecht (vgl ARB 2007, Erläuterungen zu den Musterbedingungen für die Rechtsschutz-Versicherung).



Wendet man diese Kriterien der Rechtsprechung auf den unbestrittenen Sachverhalt an, dann ist der Antragsgegnerin beizupflichten, dass für den gegenständlichen Rechtsschutzfall keine Deckung besteht.

Der Argumentation der Antragsgegnerin, dass die Liegenschaft nicht ausschließlich den Wohn- und Betriebszwecken des Antragstellers diene, ist entgegenzuhalten, dass im Zeitpunkt des Versicherungsfalles lediglich der Antragsteller Käufer der Liegenschaft war und kein aufrechter Nutzungsvertrag mit dessen Bruder bestand.

Jedoch ist der Antragsgegnerin zuzustimmen, dass der deliktische Schadenersatzanspruch wegen Beschädigung der Scheune dem damals im Grundbuch eingetragenen Verkäufer zusteht. Dieser Anspruch wäre aufgrund der im Kaufvertrag vereinbarten Gefahrtragungsregeln (Pkt. IV des Kaufvertrages) an den Käufer abzutreten. Die Geltendmachung von Ansprüchen, die an den Versicherungsnehmer abgetreten wurde, nachdem der Versicherungsfall eingetreten ist, ist gemäß Art 7.2.4. der ARB 2003 ausgeschlossen. Eine Vereinbarung, wonach Schadenersatzansprüche des Eigentümers an den Käufer abgetreten werden, ist dem Kaufvertrag nicht zu entnehmen.

Da somit eine Abtretung des Anspruches aktenkundig nicht vor oder spätestens mit dem Versicherungsfall erfolgt ist, ist auch aus diesem Grund dem Antragsteller der Versicherungsschutz zu versagen.

III. Aus der Beratungstätigkeit des Fachverbandes und der RSS

1. Zur Reaktivierung einer prämienfreigestellten Lebensversicherung

Ein Mitglied wandte sich mit folgendem Sachverhalt über die zuständige Fachgruppe an die RSS: Sein Kunde hatte eine prämienfreigestellte Lebensversicherung, die noch einem Garantiezins von 3% unterlag. Der Versicherer lehnt es ab, diese Versicherung zu reaktivieren. Frage: Hat der Kunde einen Anspruch auf Reaktivierung des Vertrages, insbesondere mit dem bestehenden Garantiezins?

Die RSS gab dazu folgende Auskunft:

Gemäß § 173 VersVG steht dem VN das Recht zu, jederzeit für das Ende der laufenden Versicherungsperiode die Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung zu verlangen. Weder kann aus dieser Norm ein Recht auf eine „Teilumwandlung“, noch ein Anspruch auf Reaktivierung des bereits umgewandelten Vertrags abgeleitet werden. Solche Rechte bedürfen einer vertraglichen Vereinbarung (vgl 7 Ob 16/01f, ähnlich 7 Ob 176/06t).

Sollte der Versicherer einer solchen Reaktivierung, die als Vertragsänderung oder Novation zu interpretieren ist, zustimmen, stellt sich die Frage, ob dies im Sinne der Höchstzinssatzverordnung als Neuvertrag (der max. mit 1,75% verzinst werden darf) zu sehen ist oder nicht.

Aus § 2 Abs 3 Höchstzinssatzverordnung kann im Umkehrschluss abgeleitet werden, dass eine Reduktion von Prämie, Versicherungssumme oder Laufzeit keinen Neuvertrag darstellt. Insofern

kann dem Mitglied auch beigespflichtet werden, dass bei einer Prämienfreistellung der neue Höchstzinssatz nicht anwendbar ist.

Der VN zieht daraus aber den Schluss, dass auch eine Reaktivierung unter den alten Garantiezins fällt. Eine ausdrückliche gesetzliche Regelung ist nicht erkennbar, wir sind aber der Meinung, dass eine Reaktivierung einen Neuvertrag im Sinne des § 2 Höchstzinssatzverordnung darstellt – im Zweifel müsste das die FMA beantworten können. Der Versicherer kann aber aus den oben dargelegten Gründen ohne vertragliche Grundlage auf keinen Fall gezwungen werden, den Vertrag wieder aufleben zu lassen.

2. Zur Unterschrift auf Touchscreens

Ein Mitglied brachte an die RSS die Frage heran, ob Unterschriften auf Tablets oder Smartphones gleichwertig zu Unterschriften auf Papier seien.

Dazu gab die RSS folgende Auskunft:

Die Unterschrift am Tablet ist jedenfalls keine Unterschrift im Sinne des § 886 ABGB. Es gibt unseres Wissens nur eine Lösung, bei der man das Schriftstück aufs Tablet legt und in einem quasi 2x unterschreibt – daraus ergibt sich eine Originalunterschrift, die am Tablet bleibt aber eine Kopie.

Eine qualifiziert sichere elektronische Signatur iSd SignaturG, die der Unterschrift gleichgestellt sein kann, liegt in aller Regel ebenfalls nicht vor – dafür bräuchte man eine Signaturkarte.

Die Unterschrift am Tablet ist daher nicht viel mehr als eine Möglichkeit, zu beweisen, dass der Kunde eine entsprechende Erklärung abgegeben hat. Soweit hierfür keine besondere Form notwendig ist, ist das auch kein großes Problem. Die meisten Erklärungen des Kunden bei Vertragsabschluss sind ohnehin formfrei.

Außerdem wurden gerade im Versicherungsvertragsrecht die meisten „Schriftlichkeiten“ durch eine „geschriebene Form“ ersetzt – und diese ist durch eine derartige Tab-Unterschrift wohl erfüllt. Praktisch hat diese den Vorteil, dass sie einen recht hohen Beweiswert darstellen dürfte. Ein Techniker wird (wie bei einem graphologischen Gutachten) anhand der mitgespeicherten Daten (Druck aufs Tablet, Geschwindigkeit, Linienführung) recht sicher sagen können, ob diese Unterschrift von derselben Person stammt wie eine Vergleichsunterschrift.

IV. Sonstiges

1. Arbeit im Krankenstand?

Der Oberste Gerichtshof hat sich in der Entscheidung 9 ObA 115/13x mit der Frage beschäftigt, ob Arbeitnehmer auch im Krankenstand dem Arbeitgeber für Auskünfte zur Verfügung stehen müssen. In einzelnen Medien wurden Diskussionen über einen sogenannten „Teilkrankenstand“ geführt. Der Anlassfall muss jedoch differenziert gesehen werden:

Eine Mitarbeiterin einer Anwaltskanzlei hatte Probleme mit dem ihr zugeteilten Partneranwalt und war wegen Burn-Outs im Krankenstand. Der Arbeitgeber versuchte seine Mitarbeiterin mehrfach schriftlich bzw. telefonisch zu erreichen, um für rund 20 Minuten bestimmte Themen zu besprechen. Die Arbeitnehmerin war zu dieser Zeit u.a. auf einem (auch kontrollärztlich bewilligten) Urlaub bzw. nahm Beratungstermine in der Arbeiterkammer wahr. Da sich die Arbeitnehmerin unter Bezug auf ihren derzeitigen Gesundheitszustand weigerte, in die Kanzlei zu kommen und dort auch mit dem Partneranwalt diese Themen zu besprechen, wurde sie fristlos gekündigt.

Der OGH stellte nunmehr fest, dass die Entlassung unzulässig war, weil die Arbeitnehmerin durch ihr Verhalten kein vertrauensunwürdiges Verhalten gesetzt habe. Primär habe sich der Arbeitnehmer im Krankenstand so zu verhalten, dass seine Arbeitsfähigkeit möglichst bald wieder hergestellt werde.

Ein Arbeitnehmer hat daneben aber auch die Treuepflicht zu seinem Arbeitgeber zu wahren. Es kann daher gerechtfertigt sein, dass der Arbeitnehmer bei einem Krankheitsbild wie im vorliegenden Fall auch für unbedingt erforderliche Informationen zur Verfügung steht. Dafür muss jedoch vom Arbeitgeber konkretisiert werden, welche Informationen er benötigt, warum er sie nicht auf anderem Weg beschaffen kann und welcher Schaden ihm droht, wenn er die Information nicht zeitgerecht erhält. Da der Arbeitgeber nicht nachweisen konnte, dass er dies der Arbeitnehmerin dargelegt hat, war die fristlose Entlassung unzulässig.

Im konkreten Fall wurde außerdem von den Vorinstanzen festgestellt, dass der Arbeitnehmerin ein persönlicher Kontakt mit dem Partneranwalt – wie er in den Aufforderungsschreiben eingefordert wurde - aufgrund ihres Gesundheitszustandes unzumutbar war.

2. „Werbezulage“ ist lohnsteuerpflichtig

Ein Arbeitgeber wollte seinen Arbeitnehmern eine steuerfreie Zulage verschaffen. Er zahlte ihnen 720 Euro pro Jahr dafür, dass sie auf ihren Privat-Kfz Aufkleber des Unternehmens trugen. Wären diese Zahlungen bei den Arbeitnehmern Einkünfte aus selbständiger Arbeit, wären diese (weil unterhalb der Grenze von € 730) nicht in der Arbeitnehmerveranlagung zu berücksichtigen. Im Zuge einer Steuerprüfung beim Arbeitgeber stellte der Prüfer fest, die Zahlungen seien Vorteile aus dem Dienstverhältnis, das zuständige Finanzamt erließ Bescheide, mit denen der Arbeitgeber für die Lohnsteuer und Dienstgeberbeiträge hafte.

Der Arbeitgeber war mit seiner Beschwerde vor dem Verwaltungsgerichtshof nicht erfolgreich (Erkenntnis vom 19.12.2013, 2011/15/0158). Der VwGH bestätigte die Ansicht der Finanzbehörde, dass der Arbeitgeber die Werbeverträge nur mit seinen Mitarbeitern geschlossen hätte. Die Werbezahlung wäre nur dann kein Arbeitslohn, wenn der Arbeitgeber gleichartige Verträge auch mit Dritten abgeschlossen hätte.



3. „Faktischer Geschäftsführer“ haftet mit

In einem Rechtsstreit zwischen einer Gebietskrankenkasse und dem gewerberechtigten Geschäftsführer eines in Insolvenz gegangenen Bauunternehmens führte der Oberste Gerichtshof zur Haftung desselben als „faktischer Geschäftsführer“ u.a. aus.

Der gewerberechtliche Geschäftsführer ist nur für die Einhaltung der gewerberechtlichen Bestimmungen, nicht aber für die Einhaltung aller sonstigen Rechtsvorschriften verantwortlich. Eine Haftung für allenfalls vorenthaltene Sozialversicherungsbeiträge wäre nur dann begründbar, wenn ihm darüber hinaus – ohne förmlich bestellt zu sein - ein maßgeblicher Einfluss auf die Geschäftsführung zukommt, egal ob er Angestellter, Gesellschafter, Angehöriger oder gar Außenstehender ist.

Darüber hinaus können leitende Angestellte als Beitragstäter nach §§ 12, 74, 153c StGB wegen des Vorenthaltens von Dienstnehmerbeiträgen zur Sozialversicherung strafbar sein (Strafdrohung bis zu 2 Jahre Haft) und damit auch zivilrechtlich haften (Beschluss des OGH vom 19.3.2013, 4 Ob 173/12p).



Die

Rechtsservice- und Schlichtungsstelle

des Fachverbandes der Versicherungsmakler und Berater in Versicherungsangelegenheiten behandelt rechtliche Probleme in Versicherungsfragen, wenn der Versicherungsvertrag von einem Makler vermittelt wurde

- rechtlich fundiert
- rasch
- kostengünstig

Eine Kommission, bestehend aus fünf Fachleuten, die allesamt umfangreiches Fachwissen auf dem Gebiet des Versicherungsrechtes aufweisen, beurteilt Ihren Fall. Vorsitzender der Schlichtungskommission ist Herr SenPräs. d. OLG i.R. Hofrat Dr. Gerhard Hellwagner.

Nähere Infos bei:

Interessensverband der Versicherungsmakler und Berater
in Versicherungsangelegenheiten Österreichs

Johannesgasse 2/Stiege 1/2.Stock/Tür 28, 1010 Wien

schlichtungsstelle@ivo.or.at

Impressum:

Medieninhaber:

Fachverband der Versicherungsmakler und Berater in Versicherungsangelegenheiten

Johannesgasse 2/Stiege 1/2.Stock/Tür 28, 1010 Wien

Offenlegung



Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen trotz sorgfältigster Bearbeitung ohne Gewähr. Eine Haftung der Wirtschaftskammern Österreichs ist ausgeschlossen.