

Versicherungsrechts-Newsletter 2/2014

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!

In den Versicherungsrechts-Newslettern des Jahres 2013, aber auch in der Ausgabe 1/2014 habe ich angekündigt, dass wir als Standesvertreter sorgfältig prüfen werden, in wieweit die endgültige Fassung der IMD 2-Richtlinie unserem Berufsstand schadet.

Der derzeitige Verhandlungsstand ist der, dass im sogenannten ECON-Ausschuss (Wirtschafts- und Währungsausschuss) des Europäischen Parlaments über den Kommissionsentwurf und die dazu zahlreich ergangenen Abänderungsanträge am 22.1.2014 abgestimmt wurde. Die endgültige Abstimmung im Plenum ist derzeit für Ende Februar vorgesehen.

Daneben wurden zwischen Vertretern des Europäischen Parlaments, der Kommission und des Rates Gespräche über die MiFID II-Richtlinie (Richtlinie über Märkte für Finanzinstrumente) geführt. Eine zwischen diesen Verhandlern abgestimmte Fassung der Verordnung ist derzeit noch nicht veröffentlicht, in wieweit hier Regelungen über Versicherungsanlageprodukte (PRIIPs) enthalten sein werden, kann daher derzeit nicht mit Sicherheit gesagt werden.

Unabhängig von diesen zu lösenden politischen Fragen möchte ich festhalten, dass nach der Rechtsprechung des EuGH alle Rechtsakte von europäischen Organen danach zu prüfen sind, ob sie mit den Bestimmungen der Europäischen Grundrechtscharta übereinstimmen. Sache des Unionsgesetzgebers ist es, Maßnahmen festzulegen, die er für erforderlich hält, um den europäischen Binnenmarkt zu erreichen. Dabei sind die Grundsätze der Subsidiarität und der Verhältnismäßigkeit zu beachten.

Die IMD 2-Richtlinie in ihrer ursprünglichen Fassung verstößt meines Erachtens grob gegen die Grundsätze der Subsidiarität und der Verhältnismäßigkeit. Sie hätte das reibungslose Funktionieren des Binnenmarktes betreffend die Versicherungsprodukte erheblich behindert, weil sie das europäische Grundrecht der Versicherungsmakler auf freie unternehmerische Tätigkeit (Art 16 Grundrechtscharta) grob verletzt und damit einen Berufsstand, der wie andere Klein- und Mittelunternehmer das Rückgrat des europäischen Wohlfahrtsstaates bildet, in seiner Existenz ungerechtfertigterweise gefährdet.

Mit freundlichen Grüßen
Gunther Riedlsperger



Inhalt:

I.	<u>Versicherungsrechtliche Judikatur</u>	2
1.	Österreich:	2
1.1.	Zur Deckungspflicht bei einer medizinischen Notwendigkeit der Heilbehandlung nach deutschen Versicherungsbedingungen	2
1.2.	Zur Frage der Eintrittspflicht eines Exzedenten bei speziellen Vereinbarungen des VN mit dem Grundversicherer	5
1.3.	Stenogramm – weitere aktuelle versicherungsrechtliche Entscheidungen im Überblick	8
2.	International:	9
2.1.	Zur Frage einer nachträglichen Beratungspflicht bei Wunsch eines Versicherungsnehmers nach Herabsetzung der Versicherungssumme	9
2.2.	Stenogramm – weitere Entscheidungen aus Europa im Überblick	10
II.	<u>Fälle aus der Rechtsservice- und Schlichtungsstelle (RSS)</u>	11
	RSS-0013-13 = RSS-E 14/13	11
III.	<u>Aus der Beratungstätigkeit des Fachverbandes und der RSS:</u>	13
1.	Zur Frage der groben Fahrlässigkeit bei Sachschäden in der Kfz-Kasko	13
2.	Zu Mindestauszahlungsbeträgen bei Provisionen	14
IV.	<u>Sonstiges:</u>	15
1.	Neu in 2014: bezahlte Pflegekarenz, Erweiterung der Familienhospizkarenz	15
2.	Neu in 2014: Lohnfortzahlung im Katastrophenfall	16

I. Versicherungsrechtliche Judikatur

1. Österreich:

1.1. Zur Deckungspflicht bei einer medizinischen Notwendigkeit der Heilbehandlung nach deutschen Versicherungsbedingungen

Der Kläger beehrte die Deckung des stationären Aufenthaltes seiner mitversicherten Gattin.

Die beklagte Versicherung wendete ein, die Operation im rechten Unterkiefer der mitversicherten Gattin des Klägers hätte auch ambulant durchgeführt werden können.

Das Erstgericht wies das Klagebegehren ab und schloss sich im Wesentlichen der Meinung der beklagten Partei an.

Der rechtlichen Beurteilung des Erstgerichts lag im Wesentlichen folgender Sachverhalt zugrunde:

Dem Krankenversicherungsvertrag liegen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, Musterbedingungen MB/KK 2009 (in der Folge AVB) zu Grunde. Sie lauten auszugsweise:

„§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
Teil I



...

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person durch Krankheit oder Unfallfolgen. ...

(3) ... Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

...

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

Teil I

...

(4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen....“

Die mitversicherte Gattin des Klägers hatte im rechten Unterkiefer einen verlagerten, nicht durchgebrochenen Weisheitszahn. Zur schonenden und auf den Nervverlauf Rücksicht nehmenden operativen Entfernung des Zahns wurde ihr vom behandelnden Arzt eine Operation unter Vollnarkose empfohlen. Es galt, den Nerv bei der Operation nicht zu zerren, zu quetschen oder direkt zu verletzen. Dies erforderte ein vorsichtiges Vorgehen und einen erhöhten Zeitaufwand. Eine Schädigung des Nervs hätte die Gefühllosigkeit im Mundwinkel an der Unterlippe rechts bewirken können. Die Mitversicherte wurde von 16:00 Uhr bis 18:00 Uhr operiert. Es handelte sich um eine aufwendige Operation. Die Operation hätte auch ambulant bei zwei Terminen erfolgen können. Die von der Gattin des Klägers gewählte Operation im Krankenhaus war aber insgesamt „medizinisch empfehlenswert, in der Dauer insgesamt kürzer als mehrere ambulante Eingriffe, weniger belastend und für den Patienten angenehmer und prinzipiell sinnvoller“. Das Erstgericht hielt in der Beweiswürdigung noch fest, dass nach den (nicht protokollierten) Ausführungen des Sachverständigen eine ambulante Behandlung, wie von der Beklagten gefordert, an „mittelalterliche Folter“ grenze, „die jedem Patienten unzumutbar“ sei.

Das Berufungsgericht änderte das erstinstanzliche Urteil ab und gab dem Klagebegehren statt. Das hier maßgebliche deutsche Recht stelle bei mehreren zur Verfügung stehenden Maßnahmen nicht auf wirtschaftliche, sondern allein auf medizinische Notwendigkeiten ab. Die ambulante Behandlung unter bloßer Lokalanästhesie sei nahezu unzumutbar.

Das Berufungsgericht ließ letztlich die Revision zu, da die Frage, ob die von der Gattin des Klägers gewählte stationäre Behandlung mit Allgemeinanästhesie als „medizinisch notwendig“ im Sinne der vereinbarten AVB anzusehen sei oder ob dabei auch auf die Zumutbarkeit einer alternativen und wesentlich unangenehmeren ambulanten Behandlung abzustellen sei, eine erhebliche Rechtsfrage darstelle.

Der OGH wies die Revision der beklagten Partei zurück, weil nach dessen Ansicht keine erhebliche Rechtsfrage vorliege.

Er führte diesbezüglich unter anderem aus:

Der Versicherungsvertrag untersteht auf Grund der Rechtswahl der Parteien deutschem Recht. Entspricht die Auslegung der anzuwendenden ausländischen Sachnorm durch das Berufungsgericht der ständigen Rechtsprechung des ausländischen Höchstgerichts und der ausländischen Lehre, so ist das Fehlen einer Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofs für die Beurteilung der Rechtserheblichkeit im Sinne des § 502 ZPO ohne Bedeutung.



Aus der Begründung des OGH sind für den Bereich der österreichischen Krankenversicherung folgende Ausführungen hervorzuheben:

In § 192 VVG, an dem sich die AVB orientieren, sind sowohl für die Krankheitskostenversicherung als auch für die Krankenhaustagegeldversicherung die Deckungspflicht an die „medizinische Notwendigkeit“ der Heilbehandlung oder des stationären Aufenthalts gebunden. Nach ständiger deutscher Rechtsprechung ist eine Behandlungsmaßnahme medizinisch notwendig, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung vertretbar war, sie als medizinisch notwendig anzusehen. Die medizinische Notwendigkeit ist also nach objektiven Kriterien zu bestimmen. Medizinisch notwendig ist eine konkret durchgeführte Maßnahme oder Leistung dann, wenn sie erforderlich war, um eine Krankheit zu erkennen oder zu behandeln. Es genügt nicht, wenn die Maßnahme lediglich sinnvoll oder nützlich ist oder wenn sie für den Patienten nur bequemer oder praktikabler als andere gleichermaßen geeignete Behandlungsformen ist. Es besteht nicht der Grundsatz, dass grundsätzlich nur die kostengünstigere Behandlung notwendig ist, denn die gesetzliche Regelung stellt auf die medizinische, nicht auf die wirtschaftliche Notwendigkeit ab. Führt ein Arzneimittel rascher zur Genesung, während ein anderes, billigeres eine längere Behandlung erfordert, kann das teurere nicht unter Berufung auf seine Kosten versagt werden, sofern nicht die Voraussetzungen der Übermaßbehandlung nach § 192 Abs 2 VVG gegeben sind. Führt die stationäre Behandlung zu einem rascheren oder komplikationsfreieren Heilerfolg, so kann diese nicht unter Berufung auf Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkte abgelehnt werden. Nur wenn feststeht, dass die ambulante Behandlung ebenso geeignet ist, kann der Versicherungsnehmer auf diese verwiesen werden. Die stationäre Behandlung als notwendig anzusehen ist vertretbar, wenn sie nach den objektiven medizinischen Befunden und Erkenntnissen im Zeitpunkt der Behandlung geeigneter erscheinen sollte als die ambulante, wenn also die spezifischen Einrichtungen des klinischen Krankenhausbetriebs zur Behandlung des bestehenden Leidens besser geeignet sind als die Möglichkeiten des niedergelassenen Arztes oder weil der Versicherungsnehmer aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage ist, die Möglichkeit ambulanter Behandlung zu nutzen.

Nach den Ausführungen des Erstgerichts bestand zwar „Notwendigkeit“, die Operation unter Allgemeinanästhesie stationär im Krankenhaus durchzuführen. Das Erstgericht stellte aber auch fest, dass die von der Gattin des Klägers gewählte Form der Operation insgesamt medizinisch empfehlenswert, für den Patienten weniger belastend und „prinzipiell sinnvoller“ war. Es ist daher im Rahmen der deutschen Judikatur und Lehre die Ansicht vertretbar, dass die beiden Behandlungsmethoden nicht gleichwertig im Sinn der AVB sind, weil zwar der medizinische Erfolg derselbe sein mag, aber die Belastungen der Patientin, um diesen zu erreichen, bei einer ambulanten Behandlung unverhältnismäßig größer gewesen wären. Es ging im vorliegenden Fall nicht um eine bloße Bequemlichkeit. Immerhin wurde die ambulante Behandlung, die nach Ansicht der Beklagten als gleichwertig zu wählen gewesen wäre, vom Sachverständigen als „mittelalterliche Folter, die jedem Patienten unzumutbar ist“, bezeichnet. Auch wenn einem Patienten zuzumuten ist, gewisse Unannehmlichkeiten bei einer ambulanten Behandlung ohne Narkose in Kauf zu nehmen, kann dies nicht so weit gehen, dass er sich einer Tortur unterziehen muss, nur um dem privaten Krankenversicherer Kosten zu ersparen, statt eine Behandlungsmethode zu wählen, die zudem auch aus medizinischer Sicht „prinzipiell sinnvoller“ ist. Die Beurteilung, dass auch die stationäre Behandlung „medizinisch notwendig“ im Sinn der AVB war und die Beklagte Deckung zu gewähren hat, ist insgesamt nicht zu beanstanden.

Der Patient hat üblicherweise keinen Einfluss auf den konkreten Operationstermin. Im vorliegenden Fall hätte nach den Feststellungen zwar ein Operationstermin um 8:00 Uhr selbst bei einer Vollnarkose einen stationären Aufenthalt verhindert, doch müssen Operationen naturgemäß auch nach 8:00 Uhr stattfinden. Dann ist aber ein stationärer Aufenthalt über Nacht medizinisch indiziert und auch als „medizinisch notwendig“ zu beurteilen.

Fazit:

§ 192 Abs 1 dVVG entspricht im Wesentlichen § 178b VersVG. Der deutsche Gesetzgeber schränkt die Leistungspflicht des Versicherers in Abs 2 allerdings insoweit ein, als dieser Aufwendungen für die Heilbehandlung, die in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen, nicht ersetzen muss.

In den österreichischen Musterbedingungen für die Krankenversicherung wird zu Zahnbehandlungen Folgendes bestimmt:

Stationäre Aufenthalte für Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie zahn- und kieferchirurgische Eingriffe gelten nur dann als medizinisch notwendig, wenn eine ambulante Heilbehandlung aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.

Auch wenn die österreichische Bedingungsgrundlage diesbezüglich strengere Anforderungen an die Notwendigkeit eines stationären Aufenthalts stellt, wird die Deckung bei stationären Zahnbehandlungen dann zu gewähren sein, wenn eine ambulante Behandlung unzumutbar ist. Die oben zitierten Ausführungen des Sachverständigen sprechen in diesem Fall für sich.

1.2. Zur Frage der Eintrittspflicht eines Exzedenten bei speziellen Vereinbarungen des VN mit dem Grundversicherer

Die Klägerin hat bei der U AG eine Vermögensschadenhaftpflichtversicherung über eine Versicherungssumme von 726.729 EUR abgeschlossen. Diese unterliegt folgender Aufteilung: „242.243 EUR stehen als Basisversicherungssumme vor dem Kammervertrag zur Verfügung, EUR 484.486 als Excedent nach dem Kammervertrag, frühestens nach 2.422.426 EUR“.

Die Klägerin trat dem Verfahren 52 Cg 127/11g des Handelsgerichts Wien auf Seiten des dortigen Beklagten als Nebenintervenientin bei. Der Klagevertreter legte über seine Leistungen für die Vertretung der Klägerin in diesem Verfahren am 24. 1. 2012 zwei Honorarnoten über 45.485,04 EUR und über 5.152,34 EUR.

Die Klägerin begehrt von der beklagten H AG die Zahlung eines Teils dieser Vertretungskosten von 40.950,46 EUR sA und die Feststellung, dass die Beklagte der Klägerin aufgrund und im Umfang des Excedenten-Haftpflichtversicherungsvertrags Deckungsschutz zu gewähren und die im Verfahren vor dem Handelsgericht Wien anfallenden Kosten und Barauslagen mit jenem Anteil zu ersetzen habe, der von der U AG vereinbarungsgemäß nicht zu ersetzen sei. Der im genannten Verfahren auf Zahlung von 2.995.532,32 EUR sA in Anspruch genommene Beklagte habe der dortigen Klägerin Anteile an einer Gesellschaft veräußert, deren Jahresabschlüsse zum 2005 und 2006 von der Klägerin geprüft und behauptetermaßen unrichtig testiert worden seien.

In Art 3 Abs 4 der Versicherungsbedingungen der U AG ist festgehalten, dass die Abwehrkosten zwar nicht auf die Versicherungssumme angerechnet werden, der Versicherer jedoch diese Kosten nur aliquot leistet, wenn der Anspruch des Dritten die Versicherungssumme übersteigt. Da der

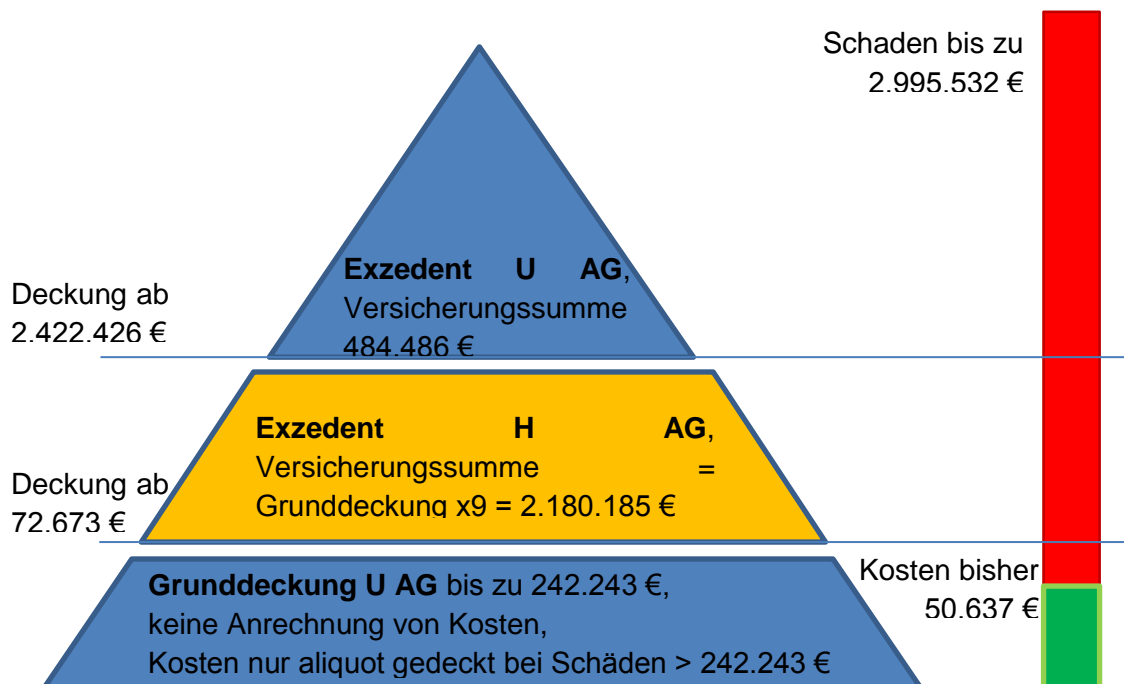
Streitwert im Bezugsverfahren 2.995.532,32 EUR betrage, entstehe damit eine Deckungslücke im Grundvertrag, die nach Ansicht der Klägerin von der Exzedentenversicherung zu schließen sei.

Die Beklagte beantragte die Klageabweisung. Die von der Klägerin angesprochenen Kosten seien vollständig im Rahmen des Grundversicherungsvertrags bei der U AG gedeckt, sie würden nicht die Einstiegsgrenze des Excedenten-Haftpflichtversicherungsvertrags erreichen. Die Versicherungssumme der Grundversicherung in Höhe von 573.106,23 EUR sei nicht ausgeschöpft. Erst wenn die berechtigten Ansprüche die Versicherungssumme übersteigen würden, habe der Grundversicherer das Recht, Kosten entsprechend zu aliquotieren.

Das Erstgericht wies das Klagebegehren ab. Vom Excedenten-Haftpflichtversicherungsvertrag seien unstrittig auch Abwehrkosten umfasst. Die Deckung pro Versicherungsfall und pro versichertem Mitglied beginne bei mindestens 72.673 EUR. Gemäß der Bedingungen seien die Kosten auf die Versicherungssumme anzurechnen. Es ergebe sich daher aus dem Wortlaut des Versicherungsvertrags, dass die Deckung erst bei einem Betrag von mindestens 72.673 EUR beginne. Die bisher aufgelaufenen Kosten hätten diesen Betrag noch nicht erreicht. Sowohl das Leistungsbegehren als auch das Feststellungsbegehren seien daher abzuweisen.

Das Berufungsgericht bestätigte dieses Urteil und sprach aus, dass die ordentliche Revision zulässig sei, da Rechtsprechung zur Frage fehle, wann die Pflicht zur Bevorschussung der Kosten der Nebenintervenientin bei einer Excedenten-Haftpflichtversicherung beginne und was unter dem Begriff „Schadenshöhe“ zu verstehen sei.

Zum Verständnis der rechtlichen Beurteilung des OGH muss das Verhältnis der Versicherungen grafisch dargestellt werden:



Zusammenfassend führt der OGH zur der im vorliegenden Fall zu lösenden Rechtsfrage betreffend die Exzedentenhaftung aus dem Rahmenvertrag der Kammer Folgendes aus:

§ 11 Abs 1 Wirtschaftstreuhandberufsgesetz (WTWG) schreibt den Wirtschaftstreuändern den Abschluss individueller Berufshaftpflichtversicherungen vor. Darüber hinaus versicherte die Kammer der Wirtschaftstreuänder durch den Abschluss des Excedenten-Versicherungsvertrags (Anschlussversicherungsvertrags) Gefahren aus Pflichtverletzungen ihrer Mitglieder, die durch die individuellen Versicherungsverträge nicht gedeckt sind. Der Excedentenversicherer tritt ein, wenn die individuelle Versicherungsleistung (Grundversicherung) ausgeschöpft ist.

Übersteigt der unbegründete Anspruch des angeblich Geschädigten die Grundversicherung, sind nach dem zuvor Ausgeführten die Abwehrkosten des Anspruchs vollständig vom Grundversicherer zu tragen. Eine aliquote Aufteilung oder eine solche nach dem Gegenstandswert der Grunddeckung kommt nicht in Frage. Der Grundversicherer ist leistungspflichtig, solange seine Versicherungssumme nicht verbraucht ist. Es gilt nämlich das Gleiche wie für den Fall der Abwehr eines unbegründeten Haftpflichtanspruchs, der über die Deckungssumme hinausgeht, wenn kein Excedentenversicherer, sondern nur ein Versicherer vorhanden ist. Übersteigt der begründete Anspruch die Grundversicherung, trägt der Grundversicherer die Kosten aus der Wertklasse seiner Versicherungssumme. Den darüber hinausgehenden Kostenbetrag übernimmt der Anschlussversicherer

Entscheidungswesentlich ist, ob die Deckungspflicht der beklagten Excedenten-Haftpflichtversicherung bereits eingetreten ist.

Bei Auslegung des Abschnitts I Pkt. 4 des Excedentenversicherungsvertrags
„Abschnitt I) Allgemeiner Teil

...

4. Versichertes Risiko/Versicherungsschutz:

Excedenten-Haftpflichtversicherung, welche die Kammer der Wirtschaftstreuänder für ihre Mitglieder für den Fall abschließt, dass bei einem Schaden die Leistung der von dem betreffenden Mitglied individuell abgeschlossenen Vermögensschaden-Haftpflichtversicherung nicht ausreicht - gleichgültig ob nur die gesetzlich vorgesehene oder eine höhere Summe im Rahmen des individuellen Vertrages vereinbart ist.

Die in den individuellen Versicherungsverträgen vorgesehenen Versicherungssummen wirken daher wie ein Selbstbehalt zu dem vorliegenden Excedenten-Versicherungsvertrag.“

kommt der OGH im Ergebnis zu folgender rechtlichen Beurteilung:

Eine Grundversicherung ist nach Abschnitt I) 4. des Excedenten-Versicherungsvertrags solange nicht „ausgeschöpft“, als die nach §§ 149, 150 VersVG vom Grundversicherer zu tragenden Abwehrkosten zu decken sind und eine allfällige Differenz zwischen den tatsächlich entstandenen und den vom Grundversicherer gedeckten Abwehrkosten aus einer vom Versicherungsnehmer mit dem Grundversicherer vereinbarten Einschränkung der Hauptleistungspflicht nach §§ 149, 150 VersVG resultiert.

§ 150 Abs 1 Satz 4 VersVG sieht vor, dass der Versicherer die Kosten auf Verlangen des Versicherungsnehmers vorzuschießen hat. Der Vorschuss steht regelmäßig unter dem Vorbehalt der endgültigen Abrechnung, jedoch nicht unter jener des Bestehens des Rechtsschutzanspruchs

Derzeit steht demnach nicht fest, ob die Grundversicherung der Klägerin im Sinn des Abschnitts I) 4. des Excedenten-Versicherungsvertrags ausgeschöpft ist, weshalb zum jetzigen Zeitpunkt auch

die Deckungspflicht der Beklagten als Anschlussversicherer noch nicht eingetreten ist. Ihr gegenüber besteht daher derzeit kein Anspruch auf Leistung eines Kostenvorschusses. Gleiches gilt für das Feststellungsbegehren der Klägerin.

Fazit:

Eine Grundversicherung ist nach Abschnitt I) 4. des Excendeten-Versicherungsvertrags der Kammer der Wirtschaftstreuhänder so lange nicht „ausgeschöpft“, als die nach §§ 149, 150 VersVG vom Grundversicherer zu tragenden Abwehrkosten zu decken sind und eine allfällige Differenz zwischen den tatsächlich entstandenen und den vom Grundversicherer gedeckten Abwehrkosten aus einer vom Versicherungsnehmer mit dem Grundversicherer vereinbarten Einschränkung der Hauptleistungspflicht nach §§ 149, 150 VersVG resultiert.

Der Grundversicherer weicht hier bei der Gestaltung seines Produkts von der üblichen Gestaltung der Haftpflichtversicherung ab, die daraus entstehende Lücke ist nicht vom Exzedenten zu füllen.

1.3. Stenogramm – weitere aktuelle versicherungsrechtliche Entscheidungen im Überblick

■ Zur Auslegung des Begriffs „Betrug“ in der Kfz-Kaskoversicherung (OGH vom 4.9.2013, 7 Ob 135/13y)

Betrug ist nach dem insoweit völlig eindeutigen und daher auch nicht erörterungswürdigen Wortlaut der Vertragsbestimmungen nicht mitversichert. Er ist als Selbstschädigungsdelikt konzipiert und setzt grundsätzlich voraus, dass die Vermögensverminderung unmittelbar durch das eigene Verhalten des bisherigen Besitzers hervorgerufen wird. Da Diebstahl als widerrechtliche Sachentziehung inhaltlich ein Handeln gegen den Willen des Versicherungsnehmers zum dauerhaften oder zeitweisen Verbleib seines Fahrzeugs erfordert, ist eine Subsumtion des Betrugs unter den Diebstahlsbegriff ausgeschlossen.

(Anm: Das Berufungsgericht hat unstrittig festgestellt, dass der Verlust des Fahrzeugs durch Betrug erfolgte.)

■ Zur Haftung einer Stadtgemeinde nach § 1319 ABGB bei Unfall mit einem Segway durch einen ausfahrenden Poller (OGH vom 29.8.2013, 1 Ob 142/13h)

Der am Anfang einer Fußgängerzone aufgestellte Poller ist ein Werk im Sinne des § 1319 ABGB (Schädigung durch ein Bauwerk; Beweislastumkehr). § 1319 ABGB ist ein speziell geregelter Tatbestand der allgemein anerkannten Verkehrssicherungspflichten.

Die Haftung der Stadtgemeinde wurde verneint, weil sie alles ihr Zumutbare zur Verhütung der Gefahren der vorliegenden Art getan habe. Die Polleranlage sei ausreichend beschildert, der Unfall sei auf das mangelhafte Fahrverhalten der Klägerin zurückzuführen.



2. International:

2.1. Zur Frage einer nachträglichen Beratungspflicht bei Wunsch eines Versicherungsnehmers nach Herabsetzung der Versicherungssumme

Die Klägerin, die einen Fachhandel für Fotozubehör betreibt, unterhielt bei der Beklagten mehrere Versicherungsverträge, u.a. eine Inhaltsversicherung zum Neuwert. Versichert waren dabei die Betriebs- und Geschäftsausstattung sowie der Warenbestand gegen Einbruchsdiebstahl und sonstige Risiken.

Am 16.9.2011 fand zwischen dem Geschäftsinhaber der Klägerin und dem Zeugen K, einen bei der Beklagten angestellten Außendienstmitarbeiter, ein Beratungsgespräch statt, in dessen Folge das Versicherungsvertragsverhältnis neu geordnet und für die Inhaltsversicherung die ursprünglich vereinbarte Versicherungssumme von 480.000 EUR auf 390.000 EUR reduziert wurde. Das nicht unterzeichnete Beratungsprotokoll mit Datum vom 7.9.2011 weist aus, dass "kein Beratungsbedarf zu mindestens einem Versicherungsthema" bestanden und der Kunde "die Umstellung/Bündelung der bisher bestehenden Versicherungsverträge in eine neue Unternehmenspolice" gewünscht habe. Als Grund für den erteilten Rat wird im Beratungsprotokoll "Einsparpotential" angegeben sowie, dass "keine abweichenden Kundenwünsche zur empfohlenen Versicherung/Absicherung" bestanden haben.

Aufgrund eines Einbruchs vom 6.10.2011 entstand der Klägerin ein Diebstahlschaden in Höhe von 129.437 EUR. Der Ersatzwert der versicherten Gegenstände zum Neuwert belief sich auf 686.940 EUR. Die Beklagte berief sich auf Unterversicherung und erstattete der Klägerin lediglich den Betrag von 80.834,53 EUR.

Die Klägerin begehrt von der Beklagten Schadensersatz wegen Falschberatung, da sie der Bemessung der Versicherungssumme lediglich die Buchwerte zugrunde gelegt habe.

Das Landgericht Karlsruhe hat der Klage teilweise stattgegeben, rechnete der Klägerin ein Mitverschulden von $\frac{1}{4}$ an.

Das OLG Karlsruhe als Berufungsgericht bestätigte diese Entscheidung (Urteil vom 15.1.2013, 12 U 121/12). In seiner Begründung führte es zusammenfassend aus:

Ein Beratungsanlass, der eine nachvertragliche Beratungspflicht auslöst, besteht dann, wenn der VN in einem Beratungsgespräch den Wunsch nach einer Reduzierung der Versicherungssumme äußert. Der VN muss in diesem Fall auf die Gefahr einer Unterversicherung sowie die Maßgeblichkeit der Wiederbeschaffungswerte für die Versicherungssumme hingewiesen werden. Zwar ist eine Dokumentationspflicht für Beratungen während des Vertragsverhältnisses gesetzlich nicht vorgesehen, jedoch lässt eine dennoch durchgeführte unvollständige Dokumentation eine lückenhafte Beratung vermuten.

Zum Mitverschuldensanteil:

Grundsätzlich kann dem Versicherungsnehmer schon nicht entgegengehalten werden, er habe dem Rat des Versicherers nicht ohne weiteres vertrauen dürfen.

Zwar hat das Landgericht zutreffend darauf hingewiesen, dass von dem Inhaber der Klägerin die Kenntnis erwartet werden konnte, dass es sich bei der Inhaltsversicherung um eine Versicherung zum Neuwert handelt und die Unrichtigkeit der Versicherungssumme dem Inhaber der Klägerin bei seinem Informationsstand hinsichtlich seiner betrieblichen Zahlenwerte hätte auffallen müssen. Auch ist davon auszugehen, dass dem Inhaber der Klägerin durchaus hätte auffallen können, dass unter Berücksichtigung der Anschaffungskosten die Versicherungssumme deutlich zu niedrig angegeben war. Der Mitverschuldensanteil ist insoweit aber angemessen in Höhe eines Viertels berücksichtigt. Ein höheres Mitverschulden ist in Anbetracht dessen, dass primär dem Versicherer aufgrund seiner Sachkunde die Aufklärung über zutage getretene Risiken im Versicherungsschutz obliegt, insbesondere hinsichtlich der Risiken einer Unterversicherung, nicht anzusetzen.

Fazit:

Im konkreten Fall muss darauf hingewiesen werden, dass es sich um die Haftung des Versicherers für die Fehlberatung ihres Außendienstmitarbeiters handelt. Aus den §§ 137g und 137h GewO kann für Österreich abgeleitet werden, dass der Vermittler in derartigen Fällen seine Beratung genau dokumentieren muss, um eine Haftung zu vermeiden.

2.2. Stenogramm – weitere Entscheidungen aus Europa im Überblick

■ **Zur Definition der Arbeitsunfähigkeit in der Krankentagegeldversicherung (OLG Köln, Urteil vom 24.8.2012, 20 U 77/12)**

Die Regelung in den Bedingungen der Krankentagegeldversicherung, wonach Arbeitsunfähigkeit nur dann vorliegt, wenn der Versicherte seine berufliche Tätigkeit „in keiner Weise“ ausüben kann, unterliegt als leistungsbeschreibende Klausel nicht der Inhaltskontrolle nach § 307 Abs. 1 BGB. Unabhängig davon weicht sie nicht von wesentlichen Grundgedanken der gesetzlichen Regelung ab.

■ **Zum Deckungsschutz für Ansprüche gegen einen Lebensversicherer aus Widerruf, wenn die Lebensversicherung vor der Rechtsschutzversicherung abgeschlossen wurde (BGH, Urteil vom 24.4.2013, IV ZR 23/12)**

Begehrt der VN einer Rechtsschutzversicherung Deckungsschutz für die Verfolgung eigener Ansprüche („Aktivprozess“), richtet sich die Festlegung des verstoßabhängigen Rechtsschutzfalls iSv § 4 Abs 1 S. 1 c ARB 04 allein nach der von ihm behaupteten Pflichtverletzung seines Anspruchsgegners, auf die er seinen Anspruch stützt.

Macht der VN einer Rechtsschutzversicherung geltend, er könne dem Abschluss eines Lebensversicherungsvertrags infolge unzureichender Vertragsinformation noch Jahre später widersprechen und daraus Ansprüche gegen seinen Lebensversicherer herleiten, liegt dessen maßgeblicher Verstoß iSv § 4 Abs 1 S. 1 c ARB 04 in der Weigerung, das Widerspruchsrecht anzuerkennen, und nicht in der behaupteten mangelhaften Information bei Vertragsschluss.

(Anm: Der BGH widersprach der Rechtsansicht des Rechtsschutzversicherers, der Verstoß liege bereits im Abschluss der Lebensversicherung 1995 aufgrund mangelhafter Beratung vor. Er begründete dies damit, dass die Umstände des Vertragsschlusses im

Jahr 1995 den für den Versicherungsfall maßgeblichen Pflichtenverstoß auch nicht in dem Sinn ausgelöst hätten, dass bereits die erste Stufe der Verwirklichung der Gefahr einer rechtlichen Auseinandersetzung erreicht gewesen wäre; ähnlich auch RSS-0018-12=RSS-E 19/12, Newsletter 5/2013, S. 10)

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

1. RSS-0013-13 = RSS-E 14/13

Folgender vom Antragsteller geschilderter Sachverhalt wird der Empfehlung zugrunde gelegt:

Der Antragsteller hat bei der antragsgegnerischen Versicherung eine Bauherrenhaftpflichtversicherung abgeschlossen.

Dem Vertrag liegen die AHPR 2003 zugrunde. Deren Pkt. G. 1 und 2 lauten:

„1. Die Versicherung erstreckt sich im Rahmen des versicherten Risikos auch auf Schadenersatzverpflichtungen – einschließlich Ausgleichsverpflichtungen gemäß § 364 b ABGB – des Versicherungsnehmers als Bauherr von eigenen Bauarbeiten (...).“

2. Die Versicherung erstreckt sich nicht auf Schadenersatzverpflichtungen aus Schäden, die nach den anerkannten Regeln von Wissenschaft und Technik überhaupt nicht oder nur mit einem unwirtschaftlichen Aufwand vermieden werden können; (...).“

Versichert ist ein Bauvorhaben in W. Die gesamten Baukosten für dieses Projekt betragen rund € 700.000,--. Im Zuge der Bauarbeiten kam es zu Rissbildungen in den direkt angrenzenden Räumlichkeiten zweier Nachbarobjekte.

Nach einigem Mailverkehr zwischen den Streitparteien hinsichtlich der Besichtigung der Schäden und der weiteren Vorgehensweise sandte der Sachbearbeiter der Antragsgegnerin am 27.3.2012 folgendes Mail an den Antragstellervertreter:

„(...)wir haben nun die Information seitens der Vertragsabteilung erhalten, dass eine Bauherrenhaftpflichtversicherung bis EUR 750.000,- im Rahmen des Rohbaus eingeschlossen ist.

Dies bedeutet, dass unabwendbare Folgeschäden an Objekten Dritter durch Bautätigkeit Deckung finden. Konkret betrifft dies die Nachbargrundstücke der Familien (...).

Nicht gedeckt sind die Kosten der Erhebung der notwendigen Maßnahmen um weitere Schäden zu vermeiden. (...)

In weiterer Folge möchten wir um Kostenvoranschläge seitens der jeweiligen Nachbarn zur Sanierung der respektiven Schäden zur Prüfung durch unseren Sachverständigen ersuchen. (...).“

Der Gutachter der antragsgegnerischen Versicherung kam (zusammengefasst) im Gutachten vom 4.7.2012 zum Schluss, dass beim Einrammen bzw. Ziehen der sogenannten Spundbohlen die

zulässigen Ö-Normen hinsichtlich der Schwinggeschwindigkeiten nicht überschritten wurden und somit die infolge der Tiefbauarbeiten auftretenden Erschütterungen aus technischer Sicht als unvermeidbar anzusehen seien. Weiters seien die Spundwände sachgemäß dimensioniert gewesen, die Schäden seien vielmehr auf eine nicht zu erwartende Lockerung des Donauschotters in diesem Bereich zurückzuführen. Es handle sich dabei um unvermeidbare Schäden.

Die antragsgegnerische Versicherung lehnte daher die Deckung mit Schreiben vom 6.7.2012 mit der Begründung ab, es handle sich um einen unversicherten, weil iSd Pkt G. 2 der AHPR 2003 unabwendbaren Schaden.

Der Antragsteller berief sich in der Folge auf die aus seiner Sicht am 27.3.2012 erfolgte Deckungszusage.

Mit Email vom 25.7.2012 trat die Sachbearbeiterin der Antragsgegnerin, dieser Ansicht wie folgt entgegen:

„(...)wir haben den Fall nochmals eingehend - auch in rechtlicher Sicht - überprüft.

Unser Mail vom 27.3. ist hinsichtlich der Ausführungen zur Deckungssituation missverständlich. Durch diese Erklärung ist jedoch keine Schadenvergrößerung eingetreten, bzw. ist dem VN kein sonstiger konkreter Nachteil entstanden.

Da kein konstitutives Deckungsanerkennnis vorliegt, und der Irrtum rechtzeitig aufgeklärt wurde, bitten wir um Verständnis, dass wir unsere Deckungsablehnung vom 6.7.2012 aufrecht halten müssen.“

Dagegen richtet sich der Schlichtungsantrag des Antragstellers. Er bringt zum einen vor, das Email des Sachbearbeiters der Antragsgegnerin vom 27.3.2012, sei ein konstitutives Anerkenntnis. Weiters sei die Antragsgegnerin durch ein fehlerhaftes Gutachten zum Schluss gekommen, es handle sich um einen technisch mit vertretbaren Mitteln nicht vermeidbaren Schaden.

Dazu legte der Antragsteller eine Bestätigung samt Skizzen einer Baufirma vor, die darstellen soll, dass eine Bauausführung auch in einer geböschten Baugrube möglich gewesen wäre.

Die antragsgegnerische Versicherung teilte mit Email vom 26.6.2013 mit, sich am Schlichtungsverfahren nicht zu beteiligen und verwies hinsichtlich ihrer Rechtsansicht auf das Email vom 25.7.2012.

Die Schlichtungskommission empfahl der antragsgegnerischen Versicherung die Deckung des Schadens und begründete dies zusammenfassend wie folgt:

Gemäß Pkt. 2 der Verfahrensordnung für das Verfahren vor der Schlichtungsstelle, ist, wenn der Antragsgegner sich am Verfahren nicht beteiligt, ausschließlich aufgrund der Angaben des Antragstellers zu entscheiden.

Aufgrund des tatsächlichen Vorbringens des Antragstellers und der von ihm vorgelegten Urkunden, insbesondere aus dem Email vom 27.3.2012 konnte aber der Antragsteller aber auch auf ein konstitutives Anerkenntnis schließen, weil dadurch die Zweifel am Bestehen des

Versicherungsschutzes beseitigt wurden. Zweifel musste der Antragsteller deswegen nach der Aktenlage nicht haben, zumal auch die Antragsgegnerin zugestanden hat, dass die Ausführungen dazu missverständlich waren. Diese „missverständlichen Ausführungen“ können jedoch gemäß § 915 ABGB nicht zu Lasten des Antragstellers gehen. Festzuhalten ist ferner, dass auch für das Anerkenntnis die Vertrauenslehre gilt (vgl. Ditttrich/Tades, ABGB36, § 1375 E 6b) und dieses nicht einseitig widerrufen werden kann (vgl. RS0108207).

Nach der Rechtsprechung ist im Übrigen ein Vertrag wegen Irrtums bloß anfechtbar und bleibt bis zur rechtskräftigen Nichtigerklärung gültig (vgl. SZ 54/7 u.a.).

Weitere Ausführungen erübrigen sich dazu, weil sich die Antragstellerin am Verfahren nicht beteiligt hat.

In tatsächlicher Hinsicht ist wegen der Nichtbeteiligung der Antragsgegnerin das Gutachten des Sachverständigen bzw. die Ausführungen der Baufirma der rechtlichen Beurteilung zugrunde zu legen. Letztere hat in ihrer Bestätigung festgehalten: **„Wir bestätigen, dass eine Ausführung des von uns in Ihrem Auftrag errichteten Gebäudes auch in einer geböschten Baugrube möglich gewesen wäre. Bei einem Böschungswinkel von ca. 60° hätte eine Breite des Arbeitsraumes an der Baugrubensohle mit 10cm ausgereicht. Dadurch wären gegenüber der durchgeführten Baustellenrealisation keine Mehrkosten entstanden.(...)“**

Gerade daraus ergibt sich aber, dass es sich in tatsächlicher Hinsicht um einen Schaden handelt, der nach anerkannten Regeln von Wissenschaft und Technik mit einem wirtschaftlich vertretbaren Aufwand vermeiden hätte lassen können (vgl. Abschnitt G der AHPR 2003, Pkt.2). Im Hinblick auf die Nichtbeteiligung der Antragsgegnerin am Verfahren erübrigt sich eine Stellungnahme der Schlichtungskommission zu dem gegenteiligen Gutachten der von der Antragsgegnerin beauftragten Sachverständigen.

Festzuhalten ist jedoch, dass die Frage der Richtigkeit eines der beiden Gutachten eine Frage der Beweiswürdigung ist, die in einem allfälligen zivilgerichtlichen Verfahren von dem sachlich und örtlich zuständigen Gericht zu beantworten sein wird.

Es war daher spruchgemäß zu entscheiden.

III. Aus der Beratungstätigkeit des Fachverbandes und der RSS:

1. Zur Frage der groben Fahrlässigkeit bei Sachschäden in der Kfz-Kasko

Ein Mitglied wandte sich mit der Frage, ob der Kfz-Kasko-Versicherer in folgendem Fall zu Recht die Deckung ablehne, an die RSS:

Der gegenständliche Unfall sei auf dem Heimweg vom Urlaub auf einer ungarischen Autobahn geschehen. Gegen 2 Uhr früh erblickte der Lenker des Fahrzeugs ein auf der Überholspur liegendes Fahrrad, dem er auswich. Dabei habe er eine Leitschiene leicht gestreift. Da kein Schaden an der Leitschiene zu bemerken war und sich im Fahrzeug ein dreijähriges Kind befand,

sah der Lenker keine Veranlassung, den Schaden unmittelbar der nächsten Polizeidienststelle zu melden.

Die RSS gab dazu folgende Auskunft:

Der Versicherer stützt seine Ablehnung auf Artikel 5 Pkt. 2.1.1. der AKKB 2009 in Verbindung mit § 6 Abs 3 VersVG. Gemäß Artikel 5 Pkt.2.1.1 der AKKB 2009 hat der Versicherungsnehmer nach Eintritt des Versicherungsfalles nach Möglichkeit zur Feststellung des Sachverhaltes beizutragen. Nach § 4 StVO würde – unter der Voraussetzung, dass die Leitschiene nicht beschädigt wurde (was letztlich eine Beweisfrage darstellt) – keine öffentlich-rechtliche Anzeigepflicht bei der nächsten Polizeidienststelle bestehen. Die ungarische Rechtslage dazu ist uns nicht bekannt. Diesfalls wäre zu Gunsten des VN zu berücksichtigen, dass die Schadensmeldung beim Versicherer noch am Unfalltag erfolgt ist.

Nach der österreichischen Rechtsprechung schadet aber auch ein Verstoß gegen eine Unfallanzeigepflicht allein dem VN nicht. Eine relevante Verletzung der Aufklärungspflicht liegt vielmehr nur vor, wenn ein konkreter Verdacht besteht, dass bei unverzüglicher Anzeige andere Sachverhaltsfeststellungen möglich gewesen wären. Dieser konkrete Verdacht ist von der VU zu beweisen, indem sie etwa dartut, dass der VN ein Gasthaus besucht und dort Alkohol konsumiert habe (vgl 7 Ob 258/97).

Nach Studium der einschlägigen Entscheidungen lässt sich der Grundsatz ableiten, dass bei Verletzung der Anzeigepflicht immer von den Umständen des Einzelfalles auszugehen ist. So wurde etwa ausgesprochen, dass keine Verletzung der Aufklärungspflicht vorlag, wenn der VN sein vierjähriges Kind, das Unfallzeuge geworden war, vor allen weiteren Unternehmungen nach Hause bringt (7 Ob 4/95).

Wendet man diese Kriterien der Rechtsprechung auf den vorliegenden Fall an (kein Schaden an der Leitplanke, Unfallzeit 2 Uhr früh auf der ungarischen Autobahn, Anwesenheit eines dreijährigen Kindes, fragwürdige Sicherheitslage auf ungarischen Autobahnen), kann durchaus argumentiert werden, dass keine oder zumindest keine grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung hinsichtlich der Aufklärungspflicht vorliegt.

2. Zu Mindestauszahlungsbeträgen bei Provisionen

Ein Mitglied wandte sich an die RSS und fragte an, auf welcher Rechtsgrundlage Versicherer Courtagen erst ab einem gewissen Mindestsaldo auszahlen würden bzw. ob der Versicherer einen derartigen Mindestsaldo einseitig festsetzen könne.

Die RSS gab hierzu die Auskunft, dass im konkreten Fall eine Auszahlung erst ab einem Saldo von € 70,-- nicht aus der Courtagevereinbarung, die eine kontokorrentmäßige Abrechnung vorsehe, zu entnehmen sei.

Wenngleich auch in 2 Mustercourtagevereinbarungen des Fachverbandes Mindestsaldo vereinbart seien, könne aus § 355 UGB nicht geschlossen werden, dass ein Vertragspartner einen solchen Mindestauszahlungssaldo einseitig festsetzen könne.



IV. Sonstiges:

1. Neu in 2014: bezahlte Pflegekarenz, Erweiterung der Familienhospizkarenz

In der Reihe der gesetzlichen Neuerungen im Jahr 2014 sollen an dieser Stelle die arbeits- und sozialrechtlichen Novellen vorgestellt werden.

Mit dem Arbeitsrechts-Änderungsgesetz 2013 – ARÄG 2013, BGBl. I Nr. 138/2013, wurde die Möglichkeit für Arbeitnehmer geschaffen, bei einem plötzlichen, vorübergehenden Pflegebedarf mit dem Arbeitgeber eine Karenzierung oder eine Teilzeitregelung für den Zeitraum von 1 bis 3 Monaten zu vereinbaren. Dies soll dort Härten vermeiden, wo die bezahlte Dienstfreistellung nicht in Frage kommt. Voraussetzung ist ein Pflegebedarf eines nahen Angehörigen, der Pflegegeld erhält. Während der Pflegekarenz erhält der Arbeitnehmer ein Pflegekarenzgeld in Höhe des fiktiven Arbeitslosengeldanspruchs, weiters übernimmt der Bund den Pensionsversicherungs- und Krankenversicherungsbeitrag.

Für die Dauer einer Karenz nach dem MutterschutzG bzw. Väter-KarenzG kann eine Pflegekarenz nicht vereinbart werden.

Die Bestimmungen über das Pflegekarenzgeld werden auch für die Familienhospizkarenz übernommen.

Die Familienhospizkarenz gibt Arbeitnehmerinnen die Möglichkeit, sich für die Begleitung sterbender Angehöriger oder schwersterkrankter Kinder bei aufrechter Arbeitsverhältnis vorübergehend karenzieren zu lassen, die Arbeitszeit zu verkürzen oder die Lage der Arbeitszeit zu ändern.

Über die Gewährung des Pflegekarenzgeldes entscheidet das Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen. An dieser Stelle sei auf den Newsletter 1/2012 verwiesen, mit Wirkung vom 1.1.2012 wurden die 9 Landespflegegeldgesetze aufgehoben und die Zuständigkeiten zusammengefasst. In der Regel ist die Pensionsversicherungsanstalt für Pflegegeldangelegenheiten zuständig.

Ebenfalls mit dem ARÄG 2013 wurde im Betrieblichen Mitarbeiter- und Selbständigenvorsorgegesetz die Bestimmung des § 52 Abs 1a eingeführt, wonach Alterspensionsbezieher grundsätzlich keine Beiträge zur Mitarbeitervorsorgekasse bezahlen müssen, es besteht jedoch die Möglichkeit zur freiwilligen Beitragsleistung.

Ebenso von besonderer Relevanz ist eine Änderung im Familienlastenausgleichsgesetz 1967. Verdient ein Kind ab dem 19. Lebensjahr im jeweiligen Kalenderjahr mehr als 10.000 €, erlischt nicht mehr der gesamte Anspruch auf Familienbeihilfe für dieses Kalenderjahr. Stattdessen wird die Familienbeihilfe um den 10.000 € übersteigenden Teil gekürzt. Dies gilt bereits für das Kalenderjahr 2013.



2. Neu in 2014: Lohnfortzahlung im Katastrophenfall

Die zweite wichtige arbeitsrechtliche Novelle gibt es durch eine Änderung des Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuches, BGBl. I Nr. 145/2013. Die Neuregelung gleicht das Recht der Arbeiter an das der Angestellten an.

Kann eine Arbeitnehmerin/ein Arbeitnehmer aufgrund einer Katastrophe den Betrieb nicht erreichen oder erscheint sie/er zu spät zur Arbeit, liegt ein Dienstverhinderungsgrund nach § 8 Abs 3 Angestelltengesetz bzw. § 1154b Abs 5 Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch (ABGB) vor. Dies gilt auch dann, wenn die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer mit Aufräumarbeiten des eigenen Hauses beschäftigt ist.

Angestellte und Arbeiterinnen/Arbeiter haben einen Anspruch auf Fortzahlung des Entgelts, wenn sie von Katastrophen individuell betroffen sind. Dieser Anspruch ist für Angestellte grundsätzlich unabdingbar. Neu ist die Bestimmung des § 1154b Abs 6 ABGB, wonach der Anspruch auf Entgeltfortzahlung bei Arbeitern kollektivvertraglich nicht abbedungen werden kann.



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.