



# Versicherungsrechts-NEWS

## Nr. 2/2018

### Versicherungsrechts-NEWS

des Fachverbandes der Versicherungsmakler und  
Berater in Versicherungsangelegenheiten

OGH-Entscheidungen, RSS-Fälle und aktuelle Literatur  
zum Versicherungsrecht & Versicherungsvermittlerrecht

zusammengestellt von der Rechtsservice- und Schlichtungsstelle des Fachverbandes (RSS)

#### Inhalt

I.	Versicherungsrechtliche Judikatur .....	2
1.	Österreich .....	2
1.1.	Rechtsschutzversicherung: Obliegenheitsverletzung im Haftpflichtprozess ...	2
1.2.	Unklare Umdeckungsklausel in der Rechtsschutzversicherung - .....	4
1.3.	Generali verliert Verbandsklagsverfahren wegen Dauerrabattklausel .....	6
1.4.	Stenogramm - weitere aktuelle versicherungsrechtliche Entscheidungen im Überblick .....	8
2.	International .....	9
2.1.	BGH: Abgelaufene Widerrufsfrist: kein Rücktritt, aber Schadenersatz .....	9
2.2.	Stenogramm - weitere Entscheidungen aus Europa im Überblick .....	11
II.	Fälle aus der Rechtsservice- und Schlichtungsstelle (RSS) des Fachverbandes der Versicherungsmakler .....	12
	Kassenvertrag-Kündigung ist kein Honorarstreit (RSS-0066-16 = RSS-E 3/17) .....	12
III.	Aus der Beratungstätigkeit des Fachverbandes und der RSS .....	14
1.	LV: Prämienfreistellung erst ab Mindest-Rückkaufswert .....	14
2.	Stornopolizze ist nicht verpflichtend .....	14
IV.	Gesetzgebung, Literatur & Sonstiges .....	15
1.	Franchisevertrag: Wer haftet gegenüber dem Kunden? .....	15
2.	Kein Schutz des Bruders aus Behandlungsvertrag mit Krankenhaus .....	15
3.	EuGH: Bank muss über Wechselkursrisiko von FWK beraten .....	16



## I. Versicherungsrechtliche Judikatur

### 1. Österreich

#### 1.1. Rechtsschutzversicherung: Obliegenheitsverletzung im Haftpflichtprozess

Der Kläger war bei der beklagten Versicherung rechtsschutzversichert. In den ARB 2003 sind in Artikel 8 u.a. folgende Obliegenheiten vereinbart:

*„1. Verlangt der Versicherungsnehmer Versicherungsschutz, ist er verpflichtet,*

*1.1. den Versicherer unverzüglich, vollständig und wahrheitsgemäß über die jeweilige Sachlage aufzuklären und ihm alle erforderlichen Unterlagen auf Verlangen vorzulegen; (...)*

*1.4. alles zu vermeiden, was die Kosten unnötig erhöht oder die Kostenerstattung durch Dritte ganz oder teilweise verhindert;“*

Am 26. 2. 2011 haben drei Personen den Kläger zusammengeschlagen und schwer verletzt. Das Landesgericht Salzburg erkannte die Täter des Vergehens der schweren Körperverletzung nach §§ 83 Abs 1, 84 Abs 1 StGB schuldig.

Es kam in weiterer Folge zu Meinungsverschiedenheiten über die Erfolgsaussichten eines Begehrens auf Verdienstentgang iHv € 50.000. Letztlich erklärte die Beklagte mit Schreiben vom 5. 12. 2012 Kostendeckung für den diesbezüglichen Klagsentwurf vorerst bis zur ersten diesbezüglichen Zeugeneinvernahme verbunden mit dem Ersuchen um Berichterstattung unmittelbar nach diesem Zeitpunkt.

Das Erstgericht im Haftpflichtprozess erteilte dem Rechtsanwalt des Klägers einen Verbesserungsauftrag und trug ihm (ua) auf, binnen 10 Tagen den behaupteten Verdienstentgang aus selbstständiger Erwerbstätigkeit zu substantizieren. In der vorbereitenden Tagsatzung am 13. 1. 2014 und in der Tagsatzung am 1. 7. 2014 erörterte der Richter mit den Parteien des Haftpflichtprozesses, dass auch das ergänzten Tatsachenvorbringen zu den Verdienstentgangsansprüchen des Klägers nicht ausreichend substantiiert sei. Der Klagevertreter berichtete der Beklagten im Anschluss an die Tagsatzungen weder vom Umstand, dass der Richter das Vorbringen zum Verdienstentgang nach wie vor für substanzlos erachtete, noch dass hierauf keine umgehende Reaktion geplant sei.

Weitere Beweisanbote wurden von Erstgericht im Haftpflichtprozess als verspätet zurückgewiesen. Der Kläger erschien zu seiner Parteieneinvernehmung ohne Begründung nicht. Das Erstgericht wies das Begehren auf Verdienstentgang in weiterer Folge als unschlüssig ab. Die Berufung und die außerordentliche Revision gegen dieses Urteil blieben erfolglos.

Der Kläger beehrte zusammengefasst die volle Deckung der Kosten des Haftpflichtprozesses.

Die beklagte Versicherung lehnte dies ab, sie habe den Klagevertreter ausreichend belehrt, in weiterer Folge hätten dieser und der Versicherungsnehmer selbst die Obliegenheiten nach Artikel 8.1.1. und 8.1.4 ARB verletzt.



Das Erstgericht sprach dem Kläger im Ergebnis nur diejenigen Kosten zu, die nicht aus dem Streit über den Verdienstentgang resultierten.

Das Berufungsgericht gab der Berufung nur der Höhe nach geringfügig Folge, im Übrigen blieb es bei der Klageabweisung.

Der OGH gab mit Urteil vom 29.11.2017, **7 Ob 53/17w**, der Revision des Klägers keine Folge.

In seiner Begründung stützte sich der Oberste Gerichtshof ausschließlich auf die Obliegenheitsverletzung nach Artikel 8.1.4 ARB 2003. Nach Widergabe der ständigen Rechtsprechung zur Natur der Obliegenheit nach dem Versicherungsfall kam er zu folgender rechtlichen Beurteilung:

*Das Berufungsgericht ist von der ständigen Rechtsprechung ausgegangen, dass ungeachtet der Ablehnung der Repräsentantentheorie dem Versicherungsnehmer auch in Bezug auf Obliegenheiten das Verhalten des von ihm zur Abwicklung des gesamten Versicherungsverhältnisses Bevollmächtigten zuzurechnen ist. Ob dies (uneingeschränkt) auch für die Prozessführung des beauftragten Rechtsanwalts im Haftpflichtprozess gilt, muss hier nicht geprüft werden, weil der Kläger eigenes grob fahrlässiges Verhalten zu vertreten hat:*

*Hier ist der Kläger im Haftpflichtprozess unentschuldigt nicht zu seiner Einvernahme als Partei erschienen, obwohl ihm aufgrund der Vorgeschichte (Korrespondenz betreffend den Verdienstentgangsanspruch) klar gewesen sein musste, dass diesem Beweismittel entscheidende Bedeutung zukommen werde. Dies begründet jedenfalls in der vorliegenden Fallkonstellation ein grob fahrlässiges Verhalten des Klägers, musste doch in dieser Situation auch einem Laien klar sein, dass ohne diese Beweisaufnahme der behauptete Nachweis eines Verdienstentgangs mangels anderer naheliegender Beweismittel äußerst fraglich sein würde. Die unterbliebene Parteieneinvernahme wurde dann im Haftpflichtprozess auch entscheidungswesentlich, weil das in der letzten Verhandlung erstattete Vorbringen zur Schlüssigstellung des Verdienstentgangs wegen der präkludierten Einvernahme des Klägers nicht sogleich unter Beweis gestellt werden konnte und folglich nach § 179 ZPO zurückgewiesen wurde. Damit hat der Kläger selbst durch sein unentschuldigtes Fernbleiben und die daraus resultierende Abweisung seines Begehrens auf Verdienstentgang verhindert, dass die Prozessgegner (auch) in diesem Umfang kostenersatzpflichtig werden. Damit liegt eine grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung nach Art 8.1.4. ARB 2003 vor.*

*Das Berufungsgericht hat zutreffend erkannt, dass der Versicherungsnehmer den Kausalitätsgegenbeweis strikt zu führen hat und es daher nicht genügt, nur die Unwahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs darzutun. Dazu hätte der Kläger behaupten müssen, dass er auch im Fall seiner möglichen Parteieneinvernahme bei der letzten Verhandlung im Haftpflichtprozess mit seinem Begehren auf Verdienstentgang erfolglos geblieben wäre. Ein solches Vorbringen wird aber durch den bloßen Verweis auf die Unwägbarkeiten des Verfahrensausgangs nicht erstattet.*

#### Fazit:

Der OGH hat sich nicht konkret dazu geäußert, ob ein Fehlverhalten des Rechtsanwaltes dem Versicherungsnehmer als Obliegenheitsverletzung zuzurechnen ist oder nicht. Aus



Sicht der RSS wird dies jedenfalls dann zu bejahen sein, wenn es um Handlungen geht, die ein Versicherungsnehmer prozessual aufgrund des Anwaltszwanges nur durch den von ihm beauftragten Vertreter durchführen kann.

Eine Beschränkung der Deckungszusage bis zu einem gewissen Punkt in einer Instanz ist unzulässig. Die Erfolgsaussichten sind vom Versicherer im Vorhinein zu prüfen. Tauchen während eines Prozesses Tatsachen auf, die diese Beurteilung erschüttern, kann der Versicherer nur mit einer entsprechenden Weisung zur Kostenreduktion reagieren.

## **1.2. Unklare Umdeckungsklausel in der Rechtsschutzversicherung - keine Deckung für Streitigkeiten aus Treuhandverträgen über unbewegliche Sachen**

Der Kläger ist Mitversicherter in einem Rechtsschutzversicherungsvertrag einer GmbH. Es bestand ein Vorvertrag bei einem anderen Versicherer, in dem der Kläger zwar mitversichert war, der Baustein „Allgemeiner Vertrags-Rechtsschutz“ jedoch nur im Betriebsbereich der GmbH versichert war, und zwar mit einer Streitwertobergrenze von € 125.000. Der neue Versicherungsvertrag umfasste auch den Baustein „Allgemeiner Vertrags-Rechtsschutz“ für den mitversicherten Kläger im Privatbereich, und zwar mit einer Versicherungssumme von € 130.000. Es war eine Wartefrist von 3 Monaten vereinbart, wobei „die Wartefrist für jene versicherten Rechtsschutzbausteine (Risiken) entfällt, die (beim Vorversicherer) versichert waren“.

Der Versicherungsfall betraf einen Treuhandvertrag zum Ankauf von ein oder zwei bestimmten Liegenschaften und die Verpflichtung des Treuhänders, die Liegenschaften zu einem symbolischen Kaufpreis von € 1 zu übereignen. Der Kläger hat die Treuhandvaluta von € 500.000 dem Treuhänder vor Abschluss des zweiten Rechtsschutzversicherungsvertrages übergeben. Er kündigte den Treuhandvertrag während der dreimonatigen Wartefrist des Rechtsschutzvertrages und forderte vergeblich die Rückzahlung der Treuhandvaluta.

Die Rechtsschutzversicherung verweigerte die Deckung für die Klage gegen den Treuhänder auf Rückzahlung der € 500.000 wegen Vorvertraglichkeit. Weiters sei der beabsichtigte Liegenschaftserwerb nicht vom Baustein „Allgemeiner Vertragsrechtsschutz“ erfasst und falle darüber hinaus nicht in den Privatbereich.

Das Erstgericht hat das Klagebegehren abgewiesen. Der Treuhandvertrag betreffe den Kauf einer Liegenschaft und sei als Vertrag über eine unbewegliche Sache zu werten. Weiters sei dies eine Maßnahme der Vermögensverwaltung und damit eine selbstständige Tätigkeit, die weder dem Privat- noch dem Betriebs-Rechtsschutz unterliege.

Das Berufungsgericht verwarf diese Rechtsansichten, nahm aber Vorvertraglichkeit an.

Der OGH gab der Revision des Klägers mit Urteil vom 29.11.2017, **7 Ob 97/17s**, nicht Folge.

Er nahm zu den einzelnen Ablehnungsgründen wie folgt Stellung:

1. Zur Vorvertraglichkeit: Die Parteien haben Wartefristen vereinbart, wobei für den Allgemeinen Vertrags-Rechtsschutz gemäß Art 23.1.1. ARB 2005 eine solche von drei Monaten gelten sollte. Es ist unstrittig, dass die Auflösung des Treuhandvertrages und die daraus resultierende, aber nicht erfüllte Verpflichtung des Treuhänders zur



Rückzahlung des ihm überlassenen Geldbetrags in diesen Zeitraum fiel. Allerdings haben die Parteien auch - offenbar zur Vermeidung einer Deckungslücke - vereinbart, dass die „Wartezeiten entfallen für jene versicherten Rechtsschutz-Bausteine (Risiken), die bei der [Vorversicherung] versichert waren“. War für den Kläger „Versicherungsschutz im Privatbereich“ ausdrücklich vereinbart und waren nur unter dem Titel „für den Betrieb“ bestimmte Rechtsschutz-Bausteine (Risiken) ausdrücklich ausgewiesen, so muss dies ein durchschnittlich verständiger Versicherungsnehmer (vgl. RIS-Justiz RS0050063) nicht dahin verstehen, dass der vom Vorversicherer ausdrücklich zugesagte „Versicherungsschutz im Privatbereich“ tatsächlich überhaupt nicht besteht. Vielmehr ist eine vom Versicherer derart unklar gewählte Formulierung iSd § 915 ABGB zu dessen Lasten auszulegen, was auch auf die Beklagte durchschlägt. Daraus folgt, dass für den Kläger „Versicherungsschutz im Privatbereich“ - zumindest - in jenem Umfang bestanden hat, als in der Vorversicherung Rechtsschutz-Bausteine (Risiken) „für den Betrieb“ vereinbart waren. Dort galt aber „Allgemeiner-Vertragsrechtsschutz“ als versichertes Risiko, was demnach auch für den Kläger „im Privatbereich“ zu gelten hatte und - entgegen der Ansicht des Berufungsgerichts - klarzustellen war.

2. Zum Vertrag über unbewegliche Sachen: Nach Art 23.2.1. ARB 2005 umfasst der Versicherungsschutz nur die Wahrnehmung rechtlicher Interessen aus schuldrechtlichen Verträgen des Versicherungsnehmers „über bewegliche Sachen“ sowie aus Reparatur- und sonstigen Werkverträgen des Versicherungsnehmers über unbewegliche Sachen. Die Wahrnehmung rechtlicher Interessen aus sonstigen schuldrechtlichen Verträgen über unbewegliche Sachen umfasst der Versicherungsschutz demnach nicht. Die Vertragsparteien haben demnach eine fremdnützige Erwerbstreuhand vereinbart, nach der der Treuhänder im eigenen Namen, aber im Interesse des Treugebers Liegenschaften erwerben sollte. Im Rahmen der Treuhand wird dabei das Treugut wirtschaftlich dem Treugeber zugeordnet. Ein solches gerade auf den Erwerb des Eigentums an Liegenschaften durch den Versicherten gerichtetes Vertragsverhältnis ist aus der maßgeblichen Sicht eines durchschnittlichen Versicherungsnehmers kein schuldrechtlicher Vertrag „über“ eine bewegliche Sache.

#### Fazit:

Während die Nichtdeckung des Streitfalles als Vertrag über unbewegliche Sachen nachvollziehbar ist, zeigt der vorliegende Fall eine Problematik von Umdeckungsklauseln auf. Der OGH hat im konkreten Fall festgehalten, dass die Klausel unklar sei und dies dem Versicherer nach § 915 ABGB anzulasten sei. Wird eine Umdeckungsklausel aber vom Versicherungsmakler formuliert, gehen Unklarheiten zu seinen bzw. Lasten des Kunden.

Der OGH hat sich im Übrigen nicht mit der Frage beschäftigt, ob die Streitwertgrenze im Betriebsbereich aufgrund der Vordeckungsklausel auch für den gegenständlichen Fall im Privatbereich gegolten hätte.



### 1.3. Generali verliert Verbandsklagsverfahren wegen Dauerrabattklausel

Die Generali verwendet in Versicherungsverträgen mit Verbrauchern folgende Klausel:

*„Dauerrabatt 20 % - Laufzeit mind. 10 Jahre*

*Mit Rücksicht auf die vereinbarte Vertragslaufzeit wird ein Dauerrabatt in Höhe von 20 % der Normalprämie (dies entspricht 25 % der vorgeschriebenen Prämie) gewährt. Bei vorzeitiger Vertragsbeendigung vor Ablauf von 10 Jahren kann der Versicherer die Differenz zwischen dem gewährten Dauerrabatt und dem für die tatsächliche Laufzeit zu gewährenden Dauerrabatt nachfordern. Die Nachforderung berechnet sich wie folgt:*

Kündigung innerhalb eines Jahres*	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nachforderung in % aller vorgeschriebenen Prämien	25,0	22,5	20,0	17,5	15,0	12,5	10,0	7,5	5,0	2,5

*\*Die angeführten Jahre beziehen sich auf den Zeitraum zwischen dem Tag des Vertragsbeginns und demselben Tag der jeweiligen Folgejahre. Diese Nachforderung entfällt, sofern der Versicherungsvertrag vom Versicherer gekündigt wird.“*

Diese Art der Dauerrabattrückforderung führt bei vorzeitiger Vertragsauflösung je nach Vertragslaufzeit zu unterschiedlich hohen Rückforderungsbeträgen, wobei die absoluten Beträge zunächst jährlich ansteigen und sodann fallen. Bei einer Jahresprämie von beispielsweise 1.000 EUR ergibt die Anwendung dieser Dauerrabattregelung folgende Rückforderungsbeträge:

Jahr	kumulierte Jahresprämie	kumulierte verr. Prämie	Rabattrückforderung		kumulierte Prämie inkl. Rückforderung	jähr. D.-Prämie
			in %	Betrag		
1	1.000	800	25,0%	200	1.000	1.000,0
2	2.000	1.600	22,5%	360	1.960	980,0
3	3.000	2.400	20,0%	480	2.880	960,0
4	4.000	3.200	17,5%	560	3.760	940,0
5	5.000	4.000	15,0%	600	4.600	920,0
6	6.000	4.800	12,5%	600	5.400	900,0
7	7.000	5.600	10,0%	560	6.160	880,0
8	8.000	6.400	7,5%	480	6.880	860,0
9	9.000	7.200	5,0%	360	7.560	840,0
10	10.000	8.000	2,5%	200	8.200	820,0

(Grafik: aus 7 Ob 81/1tp)

Der Verein für Konsumenteninformation beehrte die Unterlassung, diese oder singleiche Klausel zu verwenden bzw. sich darauf zu berufen. Die Klausel verletze sowohl § 879 Abs 3 ABGB als auch § 8 Abs 3 VersVG, weil sie weder auf die Rückforderung der nicht amortisierten Abschlusskosten abstelle noch in Form einer streng degressiven Rückforderungsklausel ausgestattet sei. Die Klausel führe zu keiner abfallenden Rückzahlungskurve.

Die Beklagte beantragte die Abweisung der Klage. Die Klausel stelle allein darauf ab, welchen Rabatt der Versicherungsnehmer tatsächlich bisher erhalten habe und welchen er erhalten hätte, wenn von vornherein die tatsächliche Vertragsdauer festgestanden wäre. Die sich daraus ergebende Differenz dürfe die Beklagte vom Versicherungsnehmer nach § 8 Abs 3 Satz 2 VersVG fordern. Wie die Beklagte ihre Prämien gestalte, unterliege keiner



gerichtlichen Inhaltskontrolle, sondern liege in ihrer Tarifautonomie. Die Tarifgestaltung orientiere sich aber ohnehin an versicherungsmathematischen Grundsätzen. Ihr Prämiensystem gehe von einem einjährigen Vertrag und damit von einer Einjahresprämie aus, die für die längeren Vertragslaufzeiten als Bemessungsgrundlage diene. Bei einer Vertragslaufzeit von ein bis zwei Jahren sei die Prämie um 2 % niedriger als beim Jahrestarif, bei einer Vertragslaufzeit von zwei bis drei Jahren um 4 %, usw. Für eine Vertragslaufzeit ab zehn Jahren sei der Tarif um 20 % niedriger als der Jahrestarif. Eine weitere Reduktion sei nicht vorgesehen. Dass etwa im fünften Jahr die rückzuzahlende Prämie höher sei als bei einer früheren Kündigung, sei bloß mathematische Folge der Kumulierung der Vorteile des Versicherungsnehmers durch die unterschiedliche Tarifgestaltung (Prämienrabatt). Er habe fünf Jahre lang einen Prämienrabatt erhalten, den er in dieser Höhe nicht erhalten hätte, hätte er von Anfang an nur einen fünfjährigen Vertrag abgeschlossen. Neben den bei Vertragsschluss entstandenen Fixkosten seien auch variable laufzeitabhängige Kosten und die Risikolage zu berücksichtigen. Der Dauerrabattregelung lägen nicht nur betriebswirtschaftliche Kalkulationen, sondern auch versicherungstechnisch risikorelevante Gesichtspunkte zugrunde. Sollte eine Dauerrabattklausel nur mit einer stets fallenden Rückzahlungskurve zulässig sein, könnte jeder Versicherungsnehmer, der nur einen Dreijahresvertrag wolle, einen Zehnjahresvertrag abschließen, den er dann nach drei Jahren kündige, um unter Nachzahlung eines Dauerrabatts zu einer insgesamt geringeren Risikoprämie zu gelangen als bei einem ursprünglich abgeschlossenen Dreijahresvertrag.

Das Erstgericht wies die Klage ab. Das Berufungsgericht änderte diese Entscheidung ab und gab der Klage im Wesentlichen statt.

Der OGH gab mit Urteil vom 20.12.2017, **7 Ob 81/17p**, der Revision des Versicherers nicht Folge. Es änderte das Urteil dahingehend ab, dass der Versicherer für die Verwendung der Klausel zwar vier Monate Zeit hat, sich aber ab sofort nicht mehr auf die Klausel berufen darf.

Er begründete seine Entscheidung zusammengefasst wie folgt:

*Der Fachsenat hat bereits mehrfach die grundsätzliche Zulässigkeit von vertraglichen Vereinbarungen bejaht, in denen die Nachforderung von Dauerrabatten vorgesehen ist. Eine solche Vereinbarung einer Dauerrabattnachzahlung unterliegt der Inhaltskontrolle nach § 879 Abs 3 ABGB. Ob in diesem Sinn die von der Beklagten verwendete Vertragsklausel unter Berücksichtigung aller Umstände des Falls den Versicherungsnehmer gröblich benachteiligt, ist die hier allein strittige Frage.*

*Klauseln, die eine (Treuebonus- oder) Dauerrabattrückvergütung mit gleichbleibenden jährlichen Beträgen vorsehen, sodass der rückforderbare Betrag mit längerer Vertragsdauer steigt statt sinkt, widersprechen mangels sachlicher Rechtfertigung dem Verbot der Benachteiligung des Versicherungsnehmers gemäß § 879 Abs 3 ABGB. Dies gilt gleichermaßen für sogenannte „gemäßigt“ oder „gemildert progressive“ Klauseln. In Klausel, die eine Dauerrabattrückvergütung vorsieht, muss daher grundsätzlich so gestaltet sein, dass sich die vom Versicherer rückforderbaren Beträge streng degressiv entwickeln.*

*Im vorliegenden Fall ist zwar der Prozentsatz der Rückforderung, nicht aber der sich tatsächlich errechnende Rückforderungsbetrag ausgehend von der Summe der geleisteten*



*Prämien während der Laufzeit streng degressiv ausgestaltet. Es steigt die vom Versicherungsnehmer zu leistende Nachzahlung während der ersten Hälfte der regulären Vertragslaufzeit von zehn Jahren, also die ersten fünf Jahre laufend an, bleibt dann im sechsten gleich hoch und beginnt erst danach zu sinken. Damit wird das gesetzliche Kündigungsrecht des Konsumenten gemäß § 8 Abs 3 erster Satz VersVG für die ersten sechs Jahre der regulären Vertragslaufzeit mit wirtschaftlichen Mitteln ganz entscheidend erschwert. Die inkriminierte Klausel widerspricht daher dem Verbot der Benachteiligung des Versicherungsnehmers gemäß § 879 Abs 3 ABGB.*

*Der „Vorteil“, den der Versicherungsnehmer im Lichte des § 879 Abs 3 ABGB herauszugeben hat, ist jener Betrag, der ihm im Hinblick auf die vorzeitige Kündigung und damit kürzere Vertragszeit ungerechtfertigterweise an „Mehr“ als Rabatt während der Laufzeit zugekommen ist. Es ist die Rabattsituation für die tatsächliche und die vereinbarte Vertragsdauer zu vergleichen und nicht die vereinbarte Vertragslaufzeit und eine Laufzeit, die zu keinem Dauerrabatt führen würde.*

#### Fazit:

Der OGH hat somit deutlich ausgesprochen, dass Dauerrabattklauseln betraglich streng degressiv sein müssen. Der Generali wurde vom OGH zugestanden, die Klausel zwar in ihren Bedingungen noch vier Monate lang verwenden zu dürfen, weil die entsprechenden Umstellungen im Unternehmen aufwändig seien, dennoch darf sich der Versicherer ab sofort nicht mehr auf diese Klausel berufen. Nicht geklärt wurde, ob es dann zu einer ergänzenden Vertragsauslegung nach dem hypothetischen Parteiwillen kommen darf, dh. die unzulässige Klausel durch eine andere, zulässige, ersetzt werden darf oder nicht. Dies könnte nur in einem Einzelprozess abschließend geklärt werden.

### **1.4. Stenogramm - weitere aktuelle versicherungsrechtliche Entscheidungen im Überblick**

#### **■ Zur Aufklärungsobliegenheit in der Rechtsschutzversicherung (OGH vom 29.11.2017, 7 Ob 165/17s)**

Bei der aktiven Geltendmachung von Pflichtteilergänzungsansprüchen sind für die Leistungspflicht des Versicherers vollständige Angaben des Versicherungsnehmers über erhaltene Zuwendungen bedeutsam. Für den Umfang der Leistungspflicht ist es nämlich wesentlich, ob dem Begehren der Schenkungspflichtteilsklage bereits zu Lebzeiten erhaltene Zuwendungen entgegengehalten werden können. Derartige Zuwendungen wirken sich jedenfalls zumindest abstrakt auf die Erfolgsaussichten im Verfahren aus, weil wegen anrechenbarer Zuwendungen die Klage auf den Schenkungspflichtteil (gänzlich oder teilweise) aussichtslos sein kann. (Anm.: Die Versicherungsnehmerin hat dem Versicherer mitgeteilt, es liegen keine Vorempfänge vor. Sie hat sich fälschlicherweise darauf berufen, diese seien rechtlich nicht bedeutsam.)





■ **Klagsvorbringen des Prozessgegner definiert den Versicherungsfall (OGH vom 20.12.2017, 7 Ob 98/17p)**

In einem Passivprozess des Versicherungsnehmers ist auch das von ihm bestrittene Klagsvorbringen für die Beurteilung des Eintritts des Versicherungsfalls heranzuziehen, weil die Klagsbehauptungen für die Abgrenzung des Streitgegenstands von maßgeblicher Bedeutung und Grundlage für den Rechtsstreit sind. Werden sie vom Versicherungsnehmer bestritten, ändert dies nichts an der den Rechtsstreit auslösenden Wirkung. Würde man allein das bestreitende Vorbringen des beklagten Versicherungsnehmers als maßgeblich ansehen, hätte er es in der Hand, den Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls zu beeinflussen. Damit bestünde die Gefahr von Zweckabschlüssen, die zeitliche Risikoausschlüsse gerade verhindern sollen.

## 2. International

### 2.1. BGH: Abgelaufene Widerrufsfrist: kein Rücktritt, aber Schadenersatz möglich

Der Kläger unterschrieb am 22. September 2010 bei einem Versicherungsvertreter der Beklagten einen Antrag auf Abschluss einer Rentenversicherung. Der schriftliche Antrag enthielt unter anderem Angaben zum Versicherungsumfang, zum gewählten Tarif und zum monatlichen Beitrag; Versicherungsbeginn sollte der 1. Oktober 2010 sein. Weiters enthielt er einen Hinweis auf ein Widerrufsrecht.

Der Versicherungsnehmer unterzeichnete einen gesonderten, vom Versicherer vorgefertigten Text, mit dem der Kunde auf die Aushändigung der Vertragsunterlagen, der AVB und der gesetzlichen Informationspflichten vor Abgabe seiner Vertragserklärung verzichtete. Er erhielt diese Informationen in der Folge nach Vertragsabschluss, verbunden mit einer fettgedruckten Widerrufsbelehrung.

Er kündigte im August 2012 den Vertrag, im Februar 2013 erklärte er den Widerspruch gegen das Zustandekommen des Versicherungsvertrages und forderte seine eingezahlten Prämien samt Zinsen unter Anrechnung des ausbezahlten Rückkaufswertes zurück.

Das zuständige Amtsgericht wies die Klage ab, das Landgericht Ansbach als Berufungsgericht bestätigte dieses Urteil.

Mit Urteil vom 28.6.2017, [IV ZR 440/14](#), hob der BGH das Urteil des Berufungsgerichtes auf und verwies das Verfahren an dieses zurück.

Er hielt in seiner rechtlichen Begründung fest, dass der Versicherungsvertrag rechtswirksam zustande gekommen ist, obwohl der Versicherer seinen Verpflichtungen vor Abgabe der Vertragserklärung durch den Versicherungsnehmer nicht nachgekommen sei. Der diesbezügliche Widerruf durch den Versicherungsnehmer sei jedoch verspätet, weil der Versicherer ordnungsgemäß über das Widerrufsrecht belehrt hat.



Für den österreichischen Rechtsbereich von Bedeutung sind folgende Überlegungen zu einem möglichen Schadenersatzanspruch des Versicherungsnehmers:

*„(...)Der Gesetzgeber hat erklärtermaßen keine Gründe gesehen, vom allgemeinen Zivilrecht abweichende Regeln für den Abschluss von Versicherungsverträgen aufzustellen. Demgemäß enthält das Gesetz keine Regelungen, nach welchen die fehlende Information des Versicherungsnehmers oder der Verstoß des Versicherers gegen seine Pflichten aus § 7 Abs. 1 VVG dazu führt, dass die Vertragserklärung des Versicherungsnehmers unwirksam oder nichtig wäre. Vielmehr sieht das Gesetz für diesen Fall besondere Sanktionen vor: Verletzt der Versicherer seine Informationspflicht, ergibt sich aus § 8 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 VVG, dass die Widerrufsfrist noch nicht zu laufen beginnt. Dem Versicherungsnehmer kann ferner nach allgemeinem Schuldrecht ein Schadenersatzanspruch wegen Verletzung einer vorvertraglichen Pflicht des Versicherers zustehen. (...)*

*Das Berufungsgericht hat sich, da es von einem wirksamen Verzicht des Klägers auf eine Information vor Abgabe seiner Vertragserklärung ausgegangen ist, bislang nicht damit befasst, ob dem Kläger aufgrund der verspäteten Mitteilung der in § 7 Abs. 1, 2 VVG genannten Vertragsbestimmungen und Informationen ein gegebenenfalls auf Vertragsaufhebung gerichteter Schadenersatzanspruch aus § 280 Abs. 1, § 241 Abs. 2, § 311 Abs. 2 Nr. 1 BGB zustehen könnte. Der Kläger hat jedenfalls die erst nach Abgabe seiner Vertragserklärung erfolgte Mitteilung der AVB auch als schadenersatzbegründende Pflichtverletzung geltend gemacht.*

*Die Widerrufsregelungen der §§ 8, 9 VVG entfalten keine Sperrwirkung gegen einen solchen Schadenersatzanspruch, da sie eine andere Schutzrichtung haben. Während das Widerrufsrecht eine Bedenkzeit einräumen soll, innerhalb derer der Versicherungsnehmer den Vertrag ohne Angabe von Gründen rückgängig machen kann, beruht der Schadenersatzanspruch auf einer schuldhaften Verletzung vorvertraglicher Pflichten. Nach dem Konzept des Gesetzgebers soll dieser Schadenersatzanspruch ausdrücklich als weitere mögliche Sanktion für die verspätete Übermittlung der Vertragsinformationen neben dem hinausgeschobenen Beginn der Widerrufsfrist in Betracht kommen.*

*Da das Berufungsgericht einen Schadenersatzanspruch unter dem Gesichtspunkt einer verspäteten Information nicht in Erwägung gezogen hat, hatte die Beklagte bisher keinen Anlass, zu ihrem Verschulden an der Verletzung ihrer Pflichten vorzutragen.“*

Ebenso hat sich der Versicherungsnehmer noch zu seinem Schadenersatzanspruch zu äußern.

#### Fazit:

Auch der österreichische Gesetzgeber hat anlässlich der Novelle von KSchG und VersVG im Jahr 1997 in den Erläuternden Bemerkungen auf einen möglichen Schadenersatzanspruch bei der Verletzung von Mitteilungspflichten verwiesen, der neben dem Rücktrittsrecht und allfälligen aufsichtsrechtlichen Sanktionen besteht. Selbstverständlich muss der Schadenersatzanspruch entsprechend behauptet und bewiesen werden, insbesondere wird hier dem Aspekt Rechnung getragen werden müssen, dass der Versicherungsnehmer bei ordnungsgemäßer Belehrung vor der Antragstellung den Vertrag nicht geschlossen hätte, obwohl er die entsprechenden Belehrungen später erhalten hat, wodurch die Rücktrittsfrist in Gang gesetzt worden ist und er den Rücktritt nicht erklärt hat.



## 2.2. Stenogramm - weitere Entscheidungen aus Europa im Überblick

- **Vom Versicherer beauftragter Arzt wird diesem als Erklärungsempfänger zugerechnet (BGH, Beschluss vom 10.5.2017, IV ZR 30/16)**

Arglist setzt in subjektiver Hinsicht voraus, dass der VN erkennt und billigt, dass der Versicherer seinen Antrag bei Kenntnis des wahren Sachverhalts gar nicht oder nur zu anderen Konditionen annehmen werde.

Der vom Versicherer eingeschaltete Arzt ist dessen passiver Stellvertreter, nämlich zur Entgegennahme der Antworten des Antragstellers beauftragt. Bei der Aufnahme der „Erklärung vor dem Arzt“ steht der Arzt damit einem Versicherungsvertreter gleich. Was dem Arzt zur Beantwortung der vom Versicherer vorformulierten Fragen gesagt ist, ist dem Versicherer gesagt.

- **Goldene Uhr als Schmuck (LG Berlin, Urteil vom 29.12.2016, 7 O 141/16)**

Eine Uhr, deren Gehäuse aus Gold besteht, gilt als Wertsache iSd § 19 Nr. 1 c VHB 2000.

Ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer wird dem Wortlaut der Klausel zunächst entnehmen, dass „alle Sachen aus Gold“, also insbesondere auch unabhängig davon, ob sie als Schmucksachen anzusehen sind, den Wertgrenzen unterfallen sollen. Im allgemeinen Sprachgebrauch steht jedoch die „goldene Uhr“ geradezu sprichwörtlich für eine Sache aus Gold.

Das Diebstahlsrisiko ist besonders groß bei Sachen von geringer Größe und erkennbar hohem Wert, die ein Dieb leicht für seine Zwecke verwerten kann. Die besondere Diebstahlsgefährdung von Goldsachen liegt hierbei auch in der Tatsache, dass ein Dieb oder Hehler sich den reinen Materialwert des Goldes durch Umarbeiten oder Einschmelzen verhältnismäßig leicht zunutze machen kann. Das gilt auch dann, wenn der Materialwert des Goldes den Wert der ganzen Sache - wie hier - nicht erreicht.



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

### Kündigung des Kassenvertrages ist keine Honorarstreitigkeit (RSS-0066-16 = RSS-E 3/17)

Der Antragsteller ist (mitversicherter) Gesellschafter einer GmbH, welche bei der antragsgegnerischen Versicherung eine Rechtsschutzversicherung abgeschlossen hat. Diese Rechtsschutzversicherung beinhaltet unter anderem den Baustein Allgemeiner Vertrags-Rechtsschutz im Betriebsbereich mit einer Streitwertobergrenze von € 75.000.

Gemäß der Polizze besteht „bei Honorarstreitigkeiten mit Sozialversicherungsträgern“ keine Streitwertgrenze.

Der Antragsteller begehrt von der antragsgegnerischen Versicherung die Kostendeckung für ein Verfahren vor der Landesschiedskommission einer Landes Zahnärztekammer betreffend die Kündigung seines Kassenvertrages mit einer Gebietskrankenkasse. Diese kündigte den Kassenvertrag am 9.8.2016 per 31.12.2016 mit folgender Begründung:

*„(...)weil Sie die Sachleistungserbringung an zwei Versicherte der (...) verweigert und Privathonorare verlangt haben, obwohl die Anspruchsvoraussetzungen zur vertraglichen Kieferorthopädie vorlagen. Sie haben trotz (Ihrerseits unbeantwortet gebliebener) Aufforderungsschreiben und Verwarnung mit Fristsetzung unter Androhung der Vertragskündigung an dieser Vorgangsweise festgehalten. Außerdem haben Sie den Erziehungsberechtigten von (...) auch auf mehrmalige Nachfrage die unwahre Auskunft gegeben, es bestünde wegen zu geringer Zahnfehlstellung kein Anspruch auf die von den Eltern ausdrücklich gewünschte „Gratis-Zahnspange“ und die "" habe einen diesbezüglichen Antrag auch abgelehnt. Eine solche Vorgangsweise, die auch strafrechtlich als Betrugshandlung zu werten sein könnte, macht Sie aus Sicht der (...) Gebietskrankenkasse jedenfalls vertrauensunwürdig. Überdies stellt die Nichtbeantwortung von Schreiben der (...) nicht nur eine Missachtung vertraglicher Nebenpflichten sondern (zu Abrechnungsfragen) auch eine erhebliche Behinderung der Verwaltungsaufgaben der (...) dar.(...)“*

Auf Nachfrage der Antragsgegnerin ergänzte der Rechtsfreund des Antragstellers mit Schreiben vom 31.8.2016 zur Bemessungsgrundlage:

*„In Bezug auf die von Ihnen angefragte Bemessungsgrundlage verweise ich auf § 58 JN. Aus den Einzelverträgen unseres Mandanten ergibt sich dessen Recht auf wiederkehrende Leistungen durch die (...). Unser Mandant erwirtschaftet pro Jahr einen Kassenumsatz von rund € 100.000,00. Die Verträge sind auf unbestimmte Zeit abgeschlossen worden, sodass sich grundsätzlich das Zehnfache, mithin ein Betrag von € 1 Million, als Bemessungsgrundlage ergeben würde. Ich schlage vor, das Dreifache, mithin einen Betrag von € 300.000,00 als Bemessungsgrundlage anzusetzen.“*

Die Antragsgegnerin lehnte in der Folge die Deckung wegen des Überschreitens der Streitwertobergrenze ab.



Dagegen richtet sich der Schlichtungsantrag vom 17.10.2016. Da über die richtige Abrechnung von Honoraren gestritten werde, liege eine „Honorarstreitigkeit“ iSd vertraglichen Vereinbarung vor und sei daher die Streitwertobergrenze nicht anzuwenden.

Die Antragsgegnerin nahm zum Schlichtungsantrag mit Schreiben vom 11.11.2016 wie folgt Stellung:

***„(...)Wenn man allerdings auch diesbezüglich den Sachverhalt prüft, kann man dem Kündigungsschreiben nicht entnehmen, dass „Honorarstreitigkeiten mit Sozialversicherungsträgern“ für die Kündigung eine Rolle gespielt hätten. Vielmehr wird dort eine aus Sicht der (...) unberechtigte Verrechnung eines Privathonorars und die mangelhafte Mitwirkung an der Aufklärung des Sachverhaltes mit der (...) kritisiert, wodurch dieser Verwaltungsaufwand entstanden sei. Die allenfalls als Auslöser zu sehende „Honorarstreitigkeit“ betrifft insofern auch nicht die (...) sondern den Privatpatienten.(...)“***

In rechtlicher Hinsicht folgt:

Wendet man die Grundsätze der Rechtsprechung zur Auslegung von Versicherungsbedingungen auf den der Empfehlung zugrunde liegenden Sachverhalt an, dann ist der Argumentation der Antragsgegnerin beizupflichten. Bei dem Antrag an die Schiedskommission, die Kündigung der beiden Kassenverträge des Antragstellers durch die (...) für rechtsunwirksam zu erklären, handelt es sich um keine Honorarstreitigkeit mit dem Sozialversicherungsträger, nämlich der (...), mag auch allenfalls eine Streitigkeit um die Zulässigkeit der Verrechnung von Privathonoraren Anlass für die Kündigung gewesen sein.

Handelt es sich jedoch um keine Honorarstreitigkeit iSd vereinbarten Klausel, so ist zu erwägen, ob der gegenständliche Streitgegenstand die vereinbarte Streitwertobergrenze übersteigt.

Der Antragsteller begehrt die Kostendeckung für das Verfahren vor der Landesschiedskommission der Landes Zahnärztekammer (...).

Derartige Landesschiedskommissionen sind gemäß § 345 ASVG als Kollegialorgane eingerichtet. Sie haben das AVG anzuwenden. Da es sich diesbezüglich um keine bürgerlich-rechtliche Streitigkeit iSd § 1 JN handelt, sondern um eine solche zivilrechtliche Angelegenheit, die einem besonderen Behörde bzw. anderen Organ, nämlich der Landesschiedskommission als Kollegialorgan zugewiesen ist, gilt hinsichtlich des gedeckten Honoraranspruches des Rechtsanwaltes Art 6, Pkt. 6.1., wonach die angemessenen Kosten bis zur Höhe der Autonomen Honorar-Kriterien für Rechtsanwälte bezahlt werden.

Die Autonomen Honorarrichtlinien für Rechtsanwälte haben zwar keinen normativen Charakter, sind aber ein kodifiziertes Sachverständigengutachten über die Angemessenheit (§ 1152 ABGB) der im RATG nicht näher geregelten anwaltlichen Leistungen. Da der Rechtsfreund des Antragstellers das rechtliche Interesse iSd § 5 der AHK mit dem dreifachen Jahresumsatz des Antragstellers aus dem Kassenvertrag in vertretbarem Umfang bewertet hat, ist der Antragsgegnerin beizupflichten, dass die gewählte Bemessungsgrundlage die vertragliche Anspruchsobergrenze von € 75.000 überschreitet.

Es war daher der Schlichtungsantrag abzuweisen.



### III. Aus der Beratungstätigkeit des Fachverbandes und der RSS

#### 1. LV: Prämienfreistellung erst ab Mindest-Rückkaufswert

Ein Mitglied wandte sich an die RSS, weil ein Lebensversicherer aus seiner Sicht zu Unrecht die Prämienfreistellung eines Vertrages verweigere, weil die auszuzahlende monatliche Rente € 20,-- unterschreite.

Die RSS gab dazu folgende Auskunft:

*Nach § 174 VersVG kann der Versicherer die Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung bei Unterschreiten einer bestimmten Versicherungssumme oder Rente verweigern. Sinn dieser Bestimmung ist es, keine Kleinstverträge aufrecht zu lassen, bei denen die zu verwaltende Summe in keinem Verhältnis zu den Kosten der Verwaltung steht. Allerdings müsste der Versicherer in diesem Fall die Auszahlung des Rückkaufswertes anbieten, zumal dieses Recht nicht ausgeschlossen werden kann.*

#### 2. Stornopolizze ist nicht verpflichtend

Ein Versicherungsmakler fragte bei der RSS an, ob ein Versicherer für die Ausstellung einer Stornopolizze ein Entgelt verlangen dürfe. Die RSS nahm dazu wie folgt Stellung:

*Es gibt keine gesetzliche Verpflichtung zur Ausstellung einer Stornopolizze. Eine Kündigung ist allein durch den Zugang beim Versicherer wirksam, eine Bestätigung oder Stornopolizze der Kündigung daher nicht zwingend erforderlich. Eine Stornopolizze, wie sie in ihrem Kündigungsschreiben verlangt wurde, wäre als Dokumentation des Vertragsstandes, also als Polizzenkopie im Sinne § 3 Abs 4 VersVG zu sehen. Für diese darf der Versicherer einen angemessenen Kostenersatz verlangen.*



## IV. Gesetzgebung, Literatur & Sonstiges

### 1. Franchisevertrag: Wer haftet gegenüber dem Kunden?

Ein Versicherungsnehmer klagte seinen Versicherungsmakler auf Schadenersatz wegen einer Fehlberatung. Nach einem Brandschaden hatte sich herausgestellt, dass das Inventar in der Haushaltsversicherung unterversichert war. Die Gerichte hatten vorab die Frage zu klären, ob das Versicherungsmaklerunternehmen passiv klagslegitimiert war. Der Makler trat unter der Marke seines Franchisegebers auf, über seine eigene Firma informierte die Mitarbeiterin des Maklers nicht. Die Vollmacht wurde im Feld „Unterschrift Versicherungsmakler“ abgestempelt, dort war die Firma des Versicherungsmaklers genannt.

Das Erstgericht wies die Klage ab, das Berufungsgericht bestätigte diese Entscheidung.

Der OGH gab mit Beschluss vom 29.11.2017, **7 Ob 106/17i**, der Revision Folge, hob die Entscheidungen der Unterinstanzen auf und verwies die Rechtssache an das Erstgericht zurück.

Er begründete die Passivlegitimation des Versicherungsmaklers wie folgt:

*Die Mitarbeiterin der Beklagten legte offen, dass diese Franchisenehmerin ist und sie selbst im Büro (...) tätig sei. Der objektive Erklärungswert dieser Äußerungen geht dahin, dass sie für die Franchisenehmerin handelt. Der Hinweis auf die Franchisegeberin ist der zu erwartende Hinweis auf diese, stellt aber keine Offenlegung eines Vertretungsverhältnisses dar.*

*Die festgestellte Vertragsurkunde wurde von einer Mitarbeiterin der Beklagten unter Verwendung eines Firmenstempels der Beklagten, der auch ihre Firma und ihre Firmenadresse ausdrücklich anführte, unterfertigt. Diese firmenmäßige Fertigung ist bei objektiver Beurteilung der Sachlage durch einen redlichen und verständigen Menschen und unter Bedachtnahme auf Geschäftszweck und Interessenlage nur dahin zu verstehen, dass die den Vertrag fertigende Beklagte selbst Vertragspartnerin des Klägers wurde.*

Das Erstgericht hat daher den Anspruch dem Grunde und der Höhe nach zu prüfen.

### 2. Kein Schutz des Bruders aus Behandlungsvertrag mit Krankenhaus

Ein 36jähriger Mann verletzte sich am linken Knie, im Krankenhaus wurde ein Riss der Kniescheibensehne diagnostiziert. Rund 4 Wochen nach der OP wies er bei einer Kontrolle den Arzt auf Schmerzen im Oberschenkel hin, wurde aber lediglich zur neuerlichen Kontrolle zwei Wochen später wiederbestellt. Der Mann starb noch am selben Tag an einer Lungenembolie, ausgehend von einer Thrombose im linken Bein.

Der zwei Jahre jüngere Bruder des Verstorbenen machte nun gegen den Krankenhausträger Schock- und Trauerschäden geltend. Er schilderte die besondere Beziehung zwischen den beiden Brüdern. Sowohl die Unterinstanzen als auch der OGH verneinten jedoch einen derartigen Anspruch. Der OGH führte dazu aus (E des OGH vom 29.11.2017, **7 Ob 105/17t**):

*Der Bruder war zum Todeszeitpunkt 36 Jahre, der Zweitkläger 34 Jahre alt. In einem solchen Alter ist zwischen Brüdern bei dem gebotenen objektiven Verständnis*



*typischerweise keine auffallend innige soziale Nahebeziehung zu erwarten. Dass im Einzelfall besondere, von den üblichen Sozialstrukturen abweichende Verhältnisse vorgelegen haben mögen, ist für die zunächst vorzunehmende objektive Auslegung der personellen Reichweite möglicher Schutzwirkungen des Behandlungsvertrags nicht von Belang. Die in der Entscheidung 9 Ob 83/09k für die Einbeziehung des Ehegatten in den vom Behandlungsvertrag geschützten Personenkreis betonten Elemente der wechselseitigen gesetzlichen Unterhalts- und Beistandspflicht liegen zwischen Geschwistern ebenfalls nicht vor. Bei dieser Sachlage ergibt eine objektive Auslegung des Behandlungsvertrags, dass der Kreis der von seinen Schutz- und Sorgfaltspflichten umfassten Dritten erwachsene Geschwister des Vertragspartners (= behandelte Patient) nicht mehr einschließt. Diese Personengruppe hat zum behandelten Patienten bei vorerst abstrakter Bewertung regelmäßig keine derartig innige familiäre Beziehung, dass der aus dem Behandlungsvertrag Hauptleistungspflichtige mit deren Einbeziehung in den geschützten Personenkreis rechnen müsste. Es fehlt dann an der objektiven Vorhersehbarkeit eines darauf gerichteten Interesses des behandelten Patienten.*

### **3. EuGH: Bank muss umfassend über Wechselkursrisiko von Fremdwährungskrediten beraten**

Eine Reihe rumänischer Kreditnehmer klagte eine Bank wegen der behaupteten Missbräuchlichkeit einer Klausel eines Fremdwährungskredites. Die Kläger hatte 2007/2008 Fremdwährungskredite in Schweizer Franken abgeschlossen. Das Wechselkursrisiko fiel durch die Klausel zur Gänze auf die Kreditnehmer. Diese machten geltend, die Bank habe dieses Wechselkursrisiko unvollständig dargestellt. Das rumänische Berufungsgericht legte den Fall dem EuGH vor, um zu klären, ob die betreffende Klausel klar und verständlich und damit wirksam ist.

Der EuGH beantwortete diese Frage wie folgt (Urteil vom 20.9.2017, [C-186/16](#)):

*Art. 4 Abs. 2 der Richtlinie 93/13 ist dahin auszulegen, dass das Erfordernis der klaren und verständlichen Abfassung einer Vertragsklausel voraussetzt, dass die Finanzinstitute bei Kreditverträgen verpflichtet sind, den Kreditnehmern Informationen zur Verfügung zu stellen, die ausreichen, um die Kreditnehmer in die Lage zu versetzen, umsichtige und besonnene Entscheidungen zu treffen. Dieses Erfordernis bedeutet, dass die Klausel eines Kreditvertrags, nach der der Kredit in derselben Fremdwährung zurückzuzahlen ist, in der er gewährt wurde, für den Verbraucher in formeller und grammatikalischer Hinsicht, aber auch hinsichtlich ihrer konkreten Tragweite in dem Sinne verständlich sein muss, dass ein normal informierter, angemessen aufmerksamer und verständiger Durchschnittsverbraucher nicht nur die Möglichkeit einer Auf- oder Abwertung der Fremdwährung, auf die der Kredit lautet, erkennen, sondern auch die - möglicherweise erheblichen - wirtschaftlichen Folgen einer solchen Klausel für seine finanziellen Verpflichtungen einschätzen kann.*

Das Gericht muss nun klären, ob die Bank ihren Informationspflichten im konkreten Fall nachgekommen ist. Vorteil für die Konsumenten: Die unzulässige Klausel kann bei Fehlberatung wegfallen, auch wenn ein Schadenersatzanspruch wegen derselben bereits verjährt ist.





Die



**RSS**



Rechtsservice- und Schlichtungsstelle  
des Fachverbandes der Versicherungsmakler und  
Berater in Versicherungsangelegenheiten

behandelt rechtliche Probleme in Versicherungsfragen, wenn der Versicherungsvertrag von einem Makler vermittelt wurde,

- rechtlich fundiert,
- rasch,
- kostengünstig.

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

Nähere Infos bei:

Interessensverband der Versicherungsmakler und  
Berater in Versicherungsangelegenheiten Österreichs  
Johannesgasse 2/Stiege 1/2.Stock/Tür 28, 1010 Wien  
[schlichtungsstelle@ivo.or.at](mailto:schlichtungsstelle@ivo.or.at)

**Impressum:**

Medieninhaber:

Fachverband der Versicherungsmakler und  
Berater in Versicherungsangelegenheiten  
Johannesgasse 2/Stiege 1/2.Stock/Tür 28, 1010 Wien

**Offenlegung**

Grafik: © Tetra Images / Corbis