

## Versicherungsrechts-Newsletter 8/2016

### 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!

Von 17.-18. August findet das 11. Alpbacher Expertentreffen mit dem Thema „Rechtsentwicklung und Digitalisierung – notwendige Fortschritte oder unnötige Irrwege?“ statt.

Die Geschichte hat gezeigt, dass kein Berufsstand sich erfolgreich einer technischen Entwicklung widersetzen kann. In jedem Fall wird die zunehmende Digitalisierung sowohl Versicherer als auch Berater vor neue Herausforderungen stellen. Wir Berater brauchen effiziente Kommunikationswege zum Versicherer und zu unserem Kunden.

Ein Faktor zur Effizienzsteigerung ist ein funktionierender Datenaustausch mit den Versicherern. Der Fachverband hat deshalb einen OMDS-Award ausgeschrieben, dessen Preisverleihung im Rahmen des Abendempfanges des 1. Veranstaltungstages erfolgen wird.

Es ist ferner meine tiefe Überzeugung, dass – wie dies schon der Nobelpreisträger für Wirtschaftswissenschaften Robert J. Shiller ausgesprochen hat – auch in absehbarer Zeit kein Computer menschliche Berater ersetzen können, denn Integrität ist eine menschliche Eigenschaft, zu der Computer nicht fähig sind.

Zweiter Themenschwerpunkt des Alpbacher Expertentreffens werden die sich aus der Umsetzung der IDD für unseren Berufsstand ergebenden Fragen sein. Ein wichtiger Punkt ist hierbei die zukünftig vorgeschriebene kontinuierliche Weiterbildung aller im Versicherungsvertrieb tätigen Personen. Da das Umfeld für Vermittler immer schwieriger und auch der Spezialisierungsgrad immer höher werden, ist es wichtig, die Kompetenz und fachliche Qualifikation des freien Beraters zu sichern und zu steigern. Für den Versicherungsmakler wird daher das nach der IDD vorgesehene Mindestmaß zur Erfüllung der Weiterbildungsverpflichtung nicht ausreichen, den Kunden ein hohes fachliches Maß an Beratungsqualität zu bieten.

Die Schwerpunktthemen des heurigen Expertentreffens zeigen unmissverständlich auf, dass die Versicherungsmakler stets bemüht sind, ihr Fachwissen ständig zu vertiefen und zu erneuern, um ihre Kunden kompetent, unabhängig und serviceorientiert zu beraten.

Mit freundlichen Grüßen  
Gunther Riedlsperger



**Inhalt:**

I.	Versicherungsrechtliche Judikatur.....	2
1.	Österreich: .....	2
1.1.	Unfall bei unzulässiger Verwendung eines Probefahrerkennzeichens: Regress des Versicherers .....	2
1.2.	Zum Unfallbegriff des Art 6 der AUVB 2005 – allergischer Schock nach Wespenstich.....	6
1.3.	Stenogramm – weitere aktuelle versicherungsrechtliche Entscheidungen im Überblick....	8
2.	International:.....	10
2.1.	Über die Zurechnung falsch beantworteter Gesundheitsfragen bei Verwendung eines Formulars des Versicherungsmaklers .....	10
2.2.	Stenogramm – weitere Entscheidungen aus Europa im Überblick .....	12
II.	Fälle aus der Rechtsservice- und Schlichtungsstelle (RSS) .....	13
	Produktehaftpflicht: Serienschaden bei mehreren fehlerhaften Chargen? (RSS-0027-15 = RSS-E 25/15) .....	13
III.	Aus der Beratungstätigkeit des Fachverbandes und der RSS.....	16
1.	Informationspflicht über gefahrerhebliche Umstände auch nach Antragstellung .....	16
2.	Email-Disclaimer: Verpflichtend oder überflüssig? .....	16
IV.	Sonstiges .....	17
1.	Recht auf Konto für jedermann .....	17
2.	Pflegeleistung innerhalb der Familie kann im Erbfall angerechnet werden.....	17
3.	Abfindungsvergleich: Reichweite des Vergleichs beachten .....	17

**I. Versicherungsrechtliche Judikatur**

**1. Österreich:**

**1.1. Unfall bei unzulässiger Verwendung eines Probefahrerkennzeichens: Regress des Versicherers**

Die Klägerin war KFZ-Haftpflichtversicherin des beklagten Gebrauchtwagenhändlers.

Am 6. 1. 2012 fuhr er von seinem Wohnsitz zu einem Kundentermin. Er nahm seine Ehefrau mit, um sie im auf dem Weg liegenden Haus der Schwiegermutter abzusetzen. Auf dieser Fahrt verursachte der Beklagte mit seinem PKW, an dem das bei der Klägerin haftpflichtversicherte Probefahrerkennzeichen angebracht war, einen Verkehrsunfall. Ihn und den Lenker des gegnerischen Fahrzeugs trifft ein Mitverschulden von je 50 %. Im Fahrzeug des Unfallsgegners fuhren noch 2 weitere Personen mit.

Am 10. 1. 2012 teilte der Beklagte einem Mitarbeiter der Klägerin im Zuge der Erstellung der Schadensmeldung mit, dass seine Frau im Auto saß.

Die Klägerin leistete auf Grund des Unfalls Zahlungen in Höhe von insgesamt 13.124,33 EUR. Davon erfasst sind 11.576,67 EUR an Haftpflichtansprüchen: So zahlte sie 4.250 EUR (Schmerzensgeld, Kleiderschaden, pauschale Unkosten) an die Ehegattin, weiters ersetzte sie der

OÖGKK Behandlungskosten für die Ehegattin des Beklagten von 5.383,44 EUR, für den Lenker des gegnerischen Fahrzeuges von 1.556,08 EUR und für eine dort mitfahrende Person 387,15 EUR.

Sie beglich die dem Beklagten für Aufräumarbeiten vorgeschriebenen Kosten der Freiwilligen Feuerwehr in Höhe von 149,50 EUR. Des weiteren wandte sie 2.176,20 EUR an Regulierungskosten (Kosten für Kopien des Strafakts, Kosten für Sachverständigengutachten) auf.

Die Klägerin begehrt die Zahlung von 16.023,06 EUR sA und die Feststellung, dass der Beklagte ihr gegenüber für sämtliche Aufwendungen zu 100 % hafte, die sie als KFZ-Haftpflichtversicherer des Probefahrerkennzeichens auf Grund des Verkehrsunfalls vom 6. 1. 2012 zu leisten haben werde. Sie sei gegenüber dem Beklagten leistungsfrei und daher hinsichtlich der an sie herangetragenen Ansprüche der geschädigten Dritten zum Regress berechtigt. Der Beklagte habe vor dem Unfall vereinbarungswidrig das bei der Klägerin haftpflichtversicherte Probefahrerkennzeichen auf dem von ihm gelenkten Fahrzeug angebracht, obwohl es sich nicht um eine Probefahrt gehandelt habe. Der Unfall habe sich auf dem Weg zum Haus der Schwiegereltern des Beklagten ereignet, wohin er seine Frau, die sich als Beifahrerin im Fahrzeug befunden habe, mitgenommen habe. Dadurch habe der Beklagte gegen die Obliegenheit des Artikel 9.1.1. iVm Artikel 21.3. der AKHB verstoßen. Darüber hinaus habe er auch die Obliegenheit verletzt, nach Möglichkeit zur Feststellung des Sachverhalts beizutragen (Art 9.3.4. AKHB), weil er weder die gemäß § 45 KFG zu führenden Aufzeichnungen über eine Probefahrt vorgelegt bzw die gegenständliche Fahrt vor Fahrtantritt nicht in das zu führende Fahrtenbuch eingetragen, noch den Umstand angegeben habe, dass sich der Unfall auf der Fahrt zwischen seinem Wohnort und dem Haus seiner Schwiegereltern, wohin er seine Frau zu bringen beabsichtigt habe, ereignet habe. Gemäß Art 11 AKHB sei die Klägerin daher gegenüber dem Beklagten jedenfalls bis zu einem Betrag von 22.000 EUR leistungsfrei und in diesem Umfang zum Regress berechtigt. Bislang habe die Klägerin auf Grund des Verkehrsunfalls Aufwendungen in Höhe von insgesamt 16.023,06 EUR gehabt. Der Haftpflichtanspruch hinsichtlich des gegnerischen Lenkers werde nur im Ausmaß des Mitverschuldens des Beklagten von 50 % geltend gemacht. Die die Abwicklung betreffenden, von der Klägerin trotz Leistungsfreiheit gemachten Aufwendungen, hätte der Beklagte bei Abwicklung durch ihn selbst jedenfalls tätigen müssen.

Der Beklagte bestreitet. Er habe sich zum Unfallszeitpunkt auf der Fahrt zu einem Kundentermin befunden, um eine Probefahrt zu unternehmen. Auf diesem Weg liege das Haus seiner Schwiegereltern, wohin seine Frau fahren habe wollen, weshalb er sie im Fahrzeug mitgenommen habe. Die Nichtvorlage des Fahrtenbuchs stelle mangels Relevanz für die Schadensabwicklung keine Obliegenheitsverletzung dar. Das Feststellungsbegehren sei jedenfalls entsprechend betragsmäßig zu begrenzen. Ausgehend von einem rechtskräftig festgestellten Verschuldensverhältnis zwischen den beiden Unfallkernern von 1 : 1 habe die Klägerin die Möglichkeit, sich gemäß § 11 EKHG für erbrachte Leistungen beim Unfallgegner anteilig zu regressieren, wozu sie in Erfüllung ihrer Schadensminderungspflicht verpflichtet sei.

Das Erstgericht wies das Klagebegehren ab.

Das Berufungsgericht änderte dieses Urteil in ein Teilurteil ab, mit dem es den Beklagten zur Zahlung von 13.124,33 EUR sA verpflichtete und das Feststellungsbegehren hinsichtlich einer 22.000 EUR übersteigenden Regresspflicht abwies. Im Übrigen, sohin im Umfang des weiteren Zahlungsbegehrens von 2.898,77 EUR sA und des Feststellungsbegehrens hinsichtlich einer

Regresspflicht des Beklagten bis 22.000 EUR, hob es das Ersturteil auf und verwies die Rechtssache insoweit an das Erstgericht zurück, um weitere Feststellungen zu treffen.

Das Berufungsgericht sah in der Fahrt des Beklagten zum Haus der Schwiegermutter eine Privatfahrt, er habe damit die Obliegenheit des Artikel 9.1.1. iVm Artikel 21.1. AKHB verletzt. Ob ein Fall des § 6a Abs 1 erster Satz VersVG vorliege, könne dahingestellt bleiben, weil sich keine Partei auf eine dort geregelte Aliquotierung berufen habe, wobei der Versicherungsnehmer den Beweis dafür zu erbringen habe, dass es sich bei der von ihm verletzten Obliegenheit um eine äquivalenzwahrende Obliegenheit handle. Die Klägerin sei daher nach Maßgabe des Artikel 11 AKHB leistungsfrei.

Eine zweite Obliegenheitsverletzung sei im Verstoß gegen die Aufklärungsobliegenheit des 9.3.4. AKHB zu sehen. Die Leistungsfreiheit der Klägerin sei bei Verletzung zweier unterschiedlicher Obliegenheiten mit 22.000 EUR begrenzt.

Auf Grund der vorliegenden Solidarhaftung der beiden Lenker bestehe keine Verpflichtung der Klägerin, die Hälfte der Schäden beim Unfallgegner zu regressieren. Insoweit liege kein Fall einer Schadensminderungspflicht vor, zumal auch dem Beklagten ein derartiger Regress freistehe. Insgesamt ergebe sich daher ein Zuspruch von 13.124,33 EUR.

Das Berufungsgericht sprach aus, die ordentliche Revision gegen das Teilurteil sei zulässig, weil keine oberstgerichtliche Rechtsprechung zur Frage der Behauptungs- und Beweislastverteilung im Hinblick auf die Anwendung der Verhältnismäßigkeitsregel des § 6 Abs 1a erster Satz VersVG bestehe.

Mit Urteil vom 2.7.2015, 7 Ob 81/15k, gab der OGH der Revision nicht Folge.

Der OGH setzte sich intensiv mit folgenden Fragen zu Obliegenheitsverletzungen auseinander:

Zur äquivalenzwahrenden Obliegenheit nach § 6 Abs 1a Satz 1 VersVG:

*§ 6 VersVG unterscheidet zwischen verschiedenen Arten von Obliegenheiten. Unter einer Obliegenheitsverletzung ist nicht jeder Verstoß gegen Verpflichtungen, die dem Versicherungsnehmer obliegen, zu verstehen. Vielmehr muss es sich um eine Verletzung solcher besonderer Pflichten handeln, die unter der Sanktion der Leistungsfreiheit stehen.*

*§ 6 Abs 1 VersVG erlaubt für den Fall der Verletzung einer sogenannten schlichten (dh nicht risikobezogenen) Obliegenheit die Vereinbarung der gänzlichen Leistungsfreiheit des Versicherers (und zwar für den Fall, dass den Versicherungsnehmer an der Obliegenheitsverletzung ein Verschulden trifft). Bei einer verschuldeten Obliegenheitsverletzung kann es also zur völligen Leistungsfreiheit des Versicherers kommen, auch wenn die Verletzung der Obliegenheit im konkreten Fall keinen oder nur geringen Einfluss auf die dem Versicherer obliegende Leistung hatte.*

*Artikel 9.1.1. AKHB regelt als Obliegenheit des Versicherungsnehmers vor Eintritt des Versicherungsfalls, Vereinbarungen über die Verwendung des Fahrzeugs einzuhalten. Die vereinbarte Verwendung zu Probefahrten, blieb im erstgerichtlichen Verfahren unbestritten. Liegt eine äquivalenzwahrende Obliegenheit nach § 6 Abs 1a Satz 1 VersVG vor, dann bestimmen sich die Rechtsfolgen einer Verletzung in erster Linie nach dem für alle primären Obliegenheiten geltenden § 6 Abs 1 VersVG. Kündigung und Leistungsfreiheit drohen dem Versicherungsnehmer*

*daher nur bei schuldhafter (zumindest leicht fahrlässiger) Obliegenheitsverletzung. § 6 Abs 1a Satz 1 VersVG enthält lediglich für einen Teilbereich, nämlich für jenen der Leistungsfreiheit eine zusätzliche Regelung, indem er außerdem eine Proportionalitätsregel einführt. Diese stellte anders als jene nach § 6 Abs 2 VersVG nicht auf den „Kausalitätsgrad“, sondern auf den „Äquivalenzgrad“ ab. Die vereinbarte Leistungsfreiheit tritt nur in dem Verhältnis ein, in dem die vereinbarte hinter der für das höhere Risiko tarifmäßig vorgesehenen Prämie zurückbleibt.*

*Der Versicherer hat die objektive Verletzung der Obliegenheit durch den Versicherungsnehmer zu behaupten und zu beweisen. Bei einer Obliegenheit nach § 6 Abs 1a Satz 1 VersVG muss dann der Versicherungsnehmer beweisen, dass ihn nicht einmal leichte Fahrlässigkeit trifft. Da § 6 Abs 1a erster Satz VersVG eine im Vergleich zu § 6 Abs 1 VersVG den Versicherungsnehmer begünstigende Regel ist, hat der Versicherungsnehmer auch nachzuweisen, dass der Versicherer das höhere Risiko zu höheren Prämien versichert. Das heißt, um in den Genuss der Verhältnismäßigkeitsregel zu kommen, muss der Versicherungsnehmer beweisen, dass es sich um eine äquivalenzwahrende Obliegenheit handelt.*

Ausgehend von den Feststellungen der Vorinstanzen verneinte der OGH das Vorliegen einer Probefahrt, somit liege eine Obliegenheitsverletzung nach Artikel 9.1.1. AKHB vor.

*Es wäre nun Sache des Beklagten gewesen, das Vorliegen einer äquivalenzwahrenden Obliegenheit zu behaupten und zu beweisen.*

Zur Verletzung der Aufklärungsobliegenheit:

Der OGH ging nach den Feststellungen davon aus, dass der Beklagte nicht angegeben hat, dass sich der Unfall auf der Fahrt von seinem Wohnort zu den Schwiegereltern, zu denen er seine Frau habe bringen wollen, ereignete. Er unterließ damit die Aufklärung über jedenfalls für allfällige Regressansprüche der Klägerin bedeutsame Umstände. Er habe auch keinen Kausalitätsgegenbeweis angetreten oder nur leichte Fahrlässigkeit behauptet. Die Leistungsfreiheit der Klägerin sei daher auch infolge Verletzung der Obliegenheit des Artikel 9.3.4. AKHB zu bejahen.

Zum Umfang des Regresses:

Das Mitverschulden des Lenkers des gegnerischen Fahrzeugs wegen Solidarhaftung der Schädiger mindert nicht die Schadenersatzansprüche der ebenfalls geschädigten Beifahrer und somit auch nicht deren auf den Sozialversicherungsträger übergegangene Ansprüche. Im Hinblick auf § 24 Abs 4 KHVG hat der Regressanspruch der Klägerin hier keine Kürzung zu erfahren. Schon nach der Natur des Anspruchs kommt keine „Schadensminderungspflicht“ in Betracht. Dagegen hat die Klägerin den Ersatzanspruch des Unfallgegners selbst bereits um dessen Mitverschuldensanteil gekürzt.

Zu den Regulierungskosten führte der OGH aus:

*Neben dem Regress nach § 24 Abs 4 KHVG stehen dem Versicherer auch sogenannte Regulierungskosten aus dem Rechtsgrund des § 1037 ABGB zu. Den eigenen Mehraufwand des Versicherers im Rahmen der Schadensabwicklung hat der Haftpflichtige dann zu ersetzen, wenn das Geschäft zu seinem klaren und überwiegenden Vorteil geführt wurde.*

*Der Beklagte geht nicht davon aus, dass die Regulierungskosten der Klägerin nicht gerechtfertigt seien; er erachtet aber auch hier eine Kürzung um das Mitverschulden des Unfallgegners für*

erforderlich. Das Ausmaß des Mitverschuldens am Schadenseintritt sagt nichts darüber aus, inwieweit das Tätigwerden des Haftpflichtversicherers zum Nutzen des Versicherungsnehmers erfolgte. Hier dienten die Aufwendungen (Kosten der Kopien des Strafakts, Sachverständigengutachten) der Feststellung des Unfallhergangs und damit auch des Mitverschuldens des Unfallgegners, sowie der allfälligen Leistungsansprüche der Geschädigten und daher dem klaren und überwiegenden Vorteil des Beklagten, wogegen er nichts Stichhaltiges einwendet.

#### Fazit:

Bei Obliegenheitsverletzungen ist genau zu prüfen, ob nicht eine äquivalenzwahrende Obliegenheit iSd § 6 Abs 1a Satz 1 vorliegt. Diesfalls muss der Versicherungsnehmer darlegen, dass der Versicherer das höhere Risiko zu höheren Prämien versichert. So kann sich der Versicherungsnehmer unter Umständen noch in eine anteilige Deckung „retten“, wo hingegen bei einer Obliegenheitsverletzung nach § 6 Abs 1 VersVG völlige Leistungsfreiheit droht.

Hinsichtlich der Schäden dritter Personen, also nicht der beiden Fahrzeuglenker/-halter, sind die Unfallverursacher solidarisch haftbar, also kann von beiden grundsätzlich der volle Schaden gefordert werden. Die Teilung des Schadens muss dann intern erfolgen, das heißt auch, dass die Schädiger das Insolvenzrisiko des jeweils anderen mittragen müssen.

## **1.2. Zum Unfallbegriff des Art 6 der AUVB 2005 – allergischer Schock nach Wespenstich**

Der Versicherungsnehmer schloss mit der (Rechtsvorgängerin der) Beklagten einen Unfallversicherungsvertrag ab, dem insbesondere die Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung (AUVB 2005) zugrunde liegen.

Die AUVB 2005 lauten auszugsweise:

### **„ABSCHNITT A:**

#### **VERSICHERUNGSSCHUTZ**

...

#### **Artikel 6**

##### **Begriff des Unfalles**

**1. Unfall ist ein vom Willen des Versicherten unabhängiges Ereignis, das plötzlich von außen mechanisch oder chemisch auf seinen Körper einwirkt und eine körperliche Schädigung oder den Tod nach sich zieht.**

...

**3. Krankheiten gelten nicht als Unfall, ...**

### **ABSCHNITT C:**

#### **BEGRENZUNGEN DES VERSICHERUNGS-SCHUTZES**

...

#### **Artikel 18**

##### **Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes**

**1. Eine Versicherungsleistung wird nur für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen (körperliche Schädigung oder Tod) erbracht.**

...



**3. Haben Krankheiten oder Gebrechen, die schon vor dem Unfall bestanden, bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, ist im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades, ansonsten die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens, zu vermindern, sofern dieser Anteil mindestens 25 % beträgt.(...)“**

Die Klägerinnen sind Töchter und je zur Hälfte eingetragene Erbinnen des Anfang Juli 2013 nach rund zweijährigem Wachkoma verstorbenen Versicherungsnehmers. Dieser war bei der (Rechtsvorgängerin der) Beklagten unfallversichert. Er erlitt am 11. 6. 2011 nach zahlreichen Erdwespenstichen beim Rasenmähen einen Kreislaufstillstand, nach welchem er sich bis zu seinem Tod in einem wachkomaartigen Zustand befand. Die Wespenstiche führten zu einer extremen allergischen Reaktion des Versicherungsnehmers, nämlich zu einem anaphylaktischen Schock, der eine Unverträglichkeit auf Wespengift voraussetzt. Eine solche Reaktion kann grundsätzlich bei jedem Menschen auftreten, wenn bereits ein Erststich erfolgt ist. Ein Erststich verläuft regelmäßig ohne wesentliche Reaktion. Bei einem Zweitstich kann durch die Reaktion des Immunsystems ein anaphylaktischer Schock auftreten, der eine Wespengiftunverträglichkeit voraussetzt. Hochwahrscheinlich lag der Erststich beim Versicherungsnehmer ein bis zwei Jahre vor dem zum Schockgeschehen führenden „Zweitstich“. Der Versicherungsnehmer war am 11. 6. 2011 hochallergisch gegen diese Art von Insektengift, was ihm aber unbekannt war.

Die Klägerinnen begehren letztlich je 160.000 EUR sA. Ein Unfall im Sinn der Versicherungsbedingungen liege vor. Ihr Vater sei infolge des injizierten Insektengifts geschädigt worden. Er sei zuvor nicht allergisch gewesen.

Die Beklagte wendete ein, der Tod des Versicherungsnehmers sei nicht durch einen Unfall, nämlich die Wespenstiche und die Injektion des Gifts verursacht worden, sondern nur wegen seiner spezifischen körperlichen Verfassung, nämlich seiner Allergie.

Das Erstgericht wies die Klagebegehren ab. Der Oberste Gerichtshof habe in 7 Ob 21/06y den Unfallbegriff bei einem Wespenstich nicht als erfüllt angesehen, weil die Schädigung nicht durch ein auf den Geschädigten einwirkendes mechanisches oder chemisches Ereignis eingetreten sei, sondern durch die spezifische körperliche Konstitution (Allergie). Das gelte auch hier.

Das Berufungsgericht gab der Berufung der Klägerinnen nicht Folge.

Der OGH gab mit seinem Urteil vom 2.9.2015, 7 Ob 103/15w, der Revision nicht Folge.

Nach ausführlicher Auseinandersetzung mit der bisherigen Rechtsprechung, dass einem Wespenstich kein Unfall im Sinne der Bedingungen sei, bejahte der OGH nunmehr doch das Vorliegen eines Unfalles und begründete wie folgt:

Der OGH führte aus:

*Bei einem Wespenstich ist die körperliche Schädigung durch die mechanische Einwirkung eingetreten, weil das Wespengift (chemisches Ereignis) ansonsten nicht hätte injiziert werden können. Der Stich (oder auch ein Biss) setzt eine nach der conditio sine qua non-Theorie äquivalente Kausalkette in Gang. Die Kausalkette ist auch adäquat. Die Folgen entsprechen zwar nicht dem Regelfall, dennoch sind sie nicht gerade denkunmöglich und liegen im Bereich allgemeiner Lebenserfahrung. Der beim Versicherungsnehmer eingetretene Schaden beruhte auf dem Zusammenwirken der schweren Allergie mit der Injektion von Wespengift - einer*

*mechanischen und auch chemischen Einwirkung - und ist daher nicht allein auf die Wespengiftunverträglichkeit zurückzuführen. Damit liegt ein Unfall im Sinn des Art 6.1. AUVB 2005 vor.*

Dennoch sei keine Deckung zu gewähren, da es sich bei der Hypersensibilisierung gegen Wespengift um ein Gebrechen im Sinn des Art 18.3 AUVB 2005 handle.

*Aus Art 18.3. AUVB 2005 ergibt sich, dass bei der Quantifizierung des Mitwirkungsanteils vom konkreten Versicherungsnehmer und seiner individuellen Körpergestaltung auszugehen ist. Zu vergleichen ist die versicherte Person, wie sie ist (also mit vorhandenen Gebrechen und Krankheiten) und wie sie auf das Unfallereignis reagiert hat, mit ihrem Zustand ohne das konkrete Gebrechen oder die konkrete Krankheit und wie sie auf den Unfall dann reagiert hätte. Diese Beurteilung erfolgt rein nach medizinischen Gesichtspunkten. Die Frage des Anteils eines Gebrechens oder einer Krankheit an den Unfallfolgen ist eine - in aller Regel nur mit Hilfe eines ärztlichen Gutachtens zu lösende - Tatfrage.*

*Aus den Feststellungen ergibt sich, dass die Unfallfolgen ausschließlich auf die beim Versicherungsnehmer am 11. 6. 2011 bestehende schwere Allergie gegen Wespengift zurückzuführen sind. Der (umschriebene) Mitwirkungsanteil der vorhandenen Unverträglichkeit auf Wespengift an den Unfallfolgen beträgt 100 %, weil der anaphylaktische Schock erst nach einem Erststich auftreten kann und der Verstorbene vor dem Unfall hoch allergisch war. Aufgrund dieses eindeutig feststehenden Ausmaßes der Mitwirkung des Gebrechens an den Unfallfolgen stehen den Klägerinnen die begehrten Versicherungsleistungen nicht zu.*

#### Fazit:

Bemerkenswert ist hier insbesondere, dass der OGH von seiner bisherigen Judikatur zu Insektenstichen/-bissen und dem Unfallsbegriff abgeht. Bei allergischen Reaktionen ist aufgrund des Mitwirkungsanteiles für den Versicherungsnehmer kein Vorteil durch diese Rechtsprechung zu erwarten, jedoch sind in Hinkunft Fälle von Infektionen aufgrund von Insektenstichen gedeckt (im Gegensatz zu 7 Ob 20/94 – Borreliose nach Zeckenbiß). Allerdings wird dem Versicherer nun auch der Beweis auferlegt, welchen Anteil ein Gebrechen wie eine bestehende Allergie am Eintritt des Versicherungsfalles hatte.

### **1.3. Stenogramm – weitere aktuelle versicherungsrechtliche Entscheidungen im Überblick**

- **Zur Frage des Anscheinsbeweises in der Unfallversicherung – alterstypische Abnützung ist kein Gebrechen (OGH vom 2.7.2015, 7 Ob 67/15a)**

Zur Erlangung einer Versicherungsleistung aus einer privaten Unfallversicherung muss zwischen dem Unfallereignis, der Gesundheitsschädigung (Unfallereignisfolge) und dem für den Leistungsanspruch relevanten Gesundheitsschaden (Unfallfolge) ein adäquater Kausalzusammenhang bestehen, der im Zweifel vom Versicherungsnehmer zu beweisen ist. Darüber hinaus kann der Versicherer den Beweis erbringen, dass die Beeinträchtigung auch ohne Unfall später mit Sicherheit eingetreten wäre (überholende Kausalität).

Die Invalidität muss daher auf einem - hier nicht strittigen - Unfall beruhen und dadurch adäquat verursacht worden sein. Wenn geklagte und fortdauernde Beschwerden erstmals unmittelbar oder kurz nach einem Unfall auftreten, spricht eine Vermutung für eine (Mit-)Kausalität des Unfallereignisses. Auch die Möglichkeit, dass nur bis dahin latente Schäden virulent wurden, schließt zumindest die Vermutung einer Mitkausalität nicht aus. Dies gilt jedoch dann nicht, wenn festgestellt werden kann, dass der Versicherte ohne den Unfall an den gleichen Beschwerden leiden würde. Führt demnach die Würdigung der Gesamtumstände zu der Annahme, dass die Unfallfolgen sowohl Folge des Unfallereignisses als auch unfallfremder Umstände gewesen sind, so hat der Versicherer zu beweisen, dass allein die unfallfremden Umstände die Gesundheitsschädigung herbeigeführt haben.

■ **Wann wird Niederschlagswasser zu Leitungswasser? (OGH vom 2.7.2015, 7 Ob 105/15i)**

Wasser, das aus einem undichten Regenfallrohr austritt, bevor dieses in ein Abwasserrohr einmündet, ist kein Leitungswasser, weil das Regenfallrohr nicht der Wasserversorgung dient. Erst von der Stelle an, ab der das Regenfallrohr in das Abwasserrohr einmündet, kann von Leitungswasser gesprochen werden.

(Anm: Hier: Regenwasser wird hier für die Brauchwasserversorgung verwendet. Durch einen Defekt der Steuerungsanlage wurde das Regenwasser nicht aus der Zisterne entnommen, das überschüssige Wasser aus der Zisterne beschädigte eine Schwimmbadsteuerung. Da das Regenwasser nie in den Leitungswasserkreislauf gelangt ist, sondern nur aus der (nicht mitversicherten) Zisterne ausgelaufen ist, bestand keine Deckung.)



## 2. International:

### **2.1. Über die Zurechnung falsch beantworteter Gesundheitsfragen bei Verwendung eines Formulars des Versicherungsmaklers**

Der Kläger wurde in den Jahren 2009, 2010 und 2011 regelmäßig ärztlich untersucht und behandelt. Dabei wurden in den ärztlichen Unterlagen die Diagnosen Alopezie, multiple Leberhämangiome, Hypercholesterinämie, Arteriosklerose, Milzzyste, Skoliose, Herzklappeninsuffizienz und Spannungskopfschmerzen festgehalten. Wegen der Behandlungen nahm er Leistungen seines damaligen Krankenversicherers in Anspruch. Ihm fehlten Ende 2011 drei Zähne.

Der Kläger reichte bei der Beklagten unter dem 8. Dezember 2011 über einen Versicherungsmakler, mit dem er seinen Gesundheitszustand telefonisch erörtert hatte, einen Antrag auf Abschluss einer privaten Krankenversicherung ein. Bei der Beklagten ging auf elektronischem Wege ein vierseitiger Antrag ein. Auf der zweiten Seite dieses Antrags war die Frage nach Beschwerden und Untersuchungen innerhalb der letzten drei Jahre lediglich unter Hinweis auf Bluthochdruck seit 1995 und entsprechende Medikation mit dem Zusatz "keine Herz-Kreislaufkrankung" bejaht. Auf die Frage nach fehlenden Zähnen war auf derselben Seite angegeben, dass dem Kläger ein Zahn fehle. Dieser Antrag wurde nicht auf einem Formblatt des Versicherers gestellt, sondern war vom Versicherungsmakler selbst gestaltet. Die Gesundheitsfragen sind für einzelne, namentlich genannte Versicherer differenziert. In einem von der Beklagten übersandten Formblatt gab der Kläger am 29. Dezember 2011 an, nicht an Migräne, Kopfschmerzen, Kropf- oder Schilddrüsenerkrankungen zu leiden. Die Beklagte nahm den Antrag mit einem Prämienzuschlag von 60,00 € wegen Bluthochdrucks und mit Wirkung zum 1. Januar 2012 an. Dabei bezeichnete sie den Makler als "Ansprechpartner in allen Versicherungsfragen".

Der Kläger erlitt am 1. Mai 2012 einen Herzinfarkt. Er unterzog sich einer Zahnbehandlung.

Die Beklagte trat mit Schreiben vom 1. und 26. März 2013 vom Versicherungsvertrag zurück und verwies dabei am 1. März 2013 auf die Behandlungen in den Jahren 2009 bis 2011 und am 26. März 2013 auf die Anzahl der fehlenden Zähne, die der Kläger jeweils nicht korrekt angegeben habe.

Der Kläger hat behauptet, ihm sei ärztlicherseits vor Vertragsabschluss regelmäßig versichert worden, dass bei ihm keine Erkrankungen vorlägen. Von dem bei der Beklagten eingegangenen Versicherungsantrag habe er lediglich die erste und die dritte Seite, die ihm vom Makler per Email übersandt worden seien, ausgedruckt, ausgefüllt, unterschrieben, dann wieder eingescannt und dem Makler so per Email zurückgeschickt. Die zweite Seite mit den Gesundheitsangaben habe er weder ausgefüllt noch gesehen. Die Beklagte sei vor Annahme des Antrags über vergangene Krankheitsbilder informiert gewesen.

Der Kläger hat eine Feststellungsklage auf Fortbestand des Krankenversicherungsvertrages eingebracht. Die Beklagte hat Klageabweisung beantragt und behauptet, der Kläger habe auch die zweite Seite des bei ihr eingegangenen Antrags ausgefüllt.

Das Erstgericht gab der Klage im Wesentlichen mit der Begründung statt, der Versicherer habe nicht in Textform nach dem Gesundheitszustand des Versicherungsnehmers gefragt. (Anm.: Hier unterscheidet sich die deutsche Rechtslage wesentlich von der österreichischen. Gemäß § 19 dVVG darf der Versicherer nur vom Vertrag zurücktreten und sich auf Leistungsfreiheit berufen, wenn der Versicherungsnehmer Antragsfragen falsch beantwortet. In Österreich hat der Versicherungsnehmer von sich aus alle erheblichen Gefahrenumstände anzuzeigen. Im Zweifel ist zwar alles, wonach der Versicherer fragt, erheblich, das schließt aber nicht aus, dass es darüber hinaus besondere, erhebliche Gefahrenumstände gibt, nach denen der Versicherer nicht gefragt hat.)

Das OLG Köln als Berufungsgericht gab mit Urteil vom 6.6.2014, 20 U 210/13 der Berufung Folge und wies das Klagebegehren ab. Es verwarf die Rechtsansicht der ersten Instanz, dass der Versicherer nicht im Sinne des § 19 dVVG in Textform angefragt habe. Habe es der Makler übernommen, die Gesundheitsfragen zum Zweck der Antragseinreichung beim Versicherer zu formulieren und anstelle des Versicherungsnehmers zu beantworten, so gelten die Frage nach dem Gesundheitszustand unabhängig davon, ob sie dem Versicherungsnehmer bekannt waren, als Fragen des Versicherers "in Textform".

Für den österreichischen Rechtsbereich ist noch Folgendes hervorzuheben:

*Wenn dem Kläger - wie die Beklagte behauptet - der Fragenkatalog bekannt war und dieser nach seinen Angaben beantwortet wurde, so hat er bewusst, also vorsätzlich, sogar arglistig gehandelt hat. Wer eine derartige Vielzahl von Arztbesuchen und Behandlungen und zudem die ärztliche Behandlung wegen Herzklappeninsuffizienz nicht offenbart, weiß, dass er mit seinem Verschweigen Einfluss auf die Entscheidung des Versicherers über den Abschluss der Krankenversicherung nimmt. Dies gilt auch dann, wenn einige der festgestellten Diagnosen nach Meinung des behandelnden Arztes keinen besonderen Krankheitswert haben und der Kläger selbst sich für altersüblich gesund hält.*

*Im Ergebnis nichts anderes gilt, wenn- wie der Kläger behauptet - der Makler die Formularseite mit den Gesundheitsfragen eigenmächtig ausgefüllt und dem Antrag erst nach der Unterzeichnung durch den Kläger beigefügt hat. In diesem Fall hat der Makler, dessen Verhalten dem Kläger zuzurechnen ist, arglistig gehandelt.*

*Der Versicherungsnehmer muss sich das Handeln und die Kenntnis eines von ihm eingeschalteten Maklers über § 166 Abs. 1 BGB zurechnen lassen. Auf die Zurechenbarkeit eines etwaigen Fehlverhaltens des Maklers hat sich die Klägerin auch hilfsweise berufen.*

*Die Erfüllung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nach § 19 Abs. 1 S. 1 VVG gehört zu den Pflichten des Versicherungsnehmers. Macht der Makler in diesem Zusammenhang Angaben gegenüber dem Versicherer, wird er im Pflichtenkreis des Versicherungsnehmers tätig. Daran vermag auch der Umstand nichts zu ändern, dass der Makler die Angaben nicht in einen vom Versicherer zur Verfügung gestellten Fragebogen einträgt, sondern in ein Formular, das er selbst erstellt hat, denn dieses enthält die typischen Gesundheitsfragen des Versicherers und dient der Erfüllung der Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers.*

*Auf der Grundlage des Klägervortrags hat der Makler arglistig gehandelt. Dabei kann offen bleiben, ob der Kläger - wie dieser bei seiner Anhörung durch das Landgericht erklärt hat - im Telefonat mit*

dem Makler "locker über meine Erkrankungen gesprochen" und welche Beschwerden, Behandlungen und Diagnosen er ihm mitgeteilt hat. In jedem Fall ist eine dem Kläger zuzurechnende Arglist des Maklers anzunehmen, und zwar unabhängig davon, ob dieser die Aufnahme ihm vom Kläger offenbarer ärztlicher Behandlungen in das Formular unterlassen und damit bewusst verschwiegen oder ohne konkrete Kenntnis die Gesundheitsfragen - bis auf die Angabe des Bluthochdrucks - "ins Blaue hinein" verneint hat. Als Makler war er sich der Bedeutung der im Antragsformular aufgeführten Gesundheitsfragen für die Entscheidung der Beklagten zweifellos bewusst.

#### Fazit:

Die Anzeige gefahrenerheblicher Umstände ist grundsätzlich Sache des Versicherungsnehmers (§ 16 ff. VersVG), dem Versicherungsmakler kommt eine unterstützende Stellung zu. Das eigenständige Formulieren von Gesundheitsfragen kann ein zusätzliches Haftungspotential für den Versicherungsmakler schaffen. Jedenfalls zu vermeiden ist eine eigenständige Beantwortung der Gesundheitsfragen oder gar wissentliche Falschangaben im Antrag durch den Makler.

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

### ■ Zum Nachweis des Vandalismusschadens (OLG Naumburg, Urteil vom 21.11.2013, 4 U 23/13)

Einem sogenannten Vandalismusschaden als mut- oder böswillige Beschädigung steht nicht die nur auf die oberste Lackschicht eines Fahrzeugs beschränkte Schadensverursachung entgegen.

(Anm.: Das Erstgericht war in Einklang mit dem Versicherer von einem versuchten Versicherungsbetrug ausgegangen und hatte dies u.a. damit begründet, dass nur die oberste Lackschicht beschädigt war, was bei einer Reparatur in Eigenregie einen hohen Gewinn gegenüber den geltend gemachten Werkstätten-Reparaturkosten gebracht hätte. Dem Berufungsgericht war das als Begründung zu wenig und hat das Verfahren an das Erstgericht zurückverwiesen.)

### ■ Sturmschaden: Beweislastverteilung (OLG Karlsruhe, Urteil vom 30.9.2014, 12 U 63/14)

Vom Haftungsausschluss nach § 6 Abs. 3 a) FEVB 2001 sind nur solche Schadensfälle betroffen, in denen sich das Schadensereignis bei natürlicher Betrachtung weit weniger als eigentlicher Elementarschaden darstellt, sondern überwiegend als die Verwirklichung eines im Gebäude selbst angelegten erheblichen Risikos, wobei der Elementargewalt eher die Funktion eines letzten Auslösers zukommt.

§ 6 Abs 4 b FEVB 01 regelt einen Ausschluss des Versicherungsschutzes mit Wiedereinschluss. Die Beweislast für den Ausschluss obliegt dabei dem Versicherer. Hat dieser den Nachweis geführt, dass Regenwasser durch Öffnungen im versicherten Gebäude eingedrungen ist, so muss wiederum der VN den Wiedereinschluss, nämlich dass diese Öffnungen durch ein versichertes Elementarereignis entstanden sind (konkret: Sturm hat das Dach angehoben, dadurch drang Regenwasser ein), beweisen.

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

### Produktehaftpflicht: Serienschaden bei mehreren fehlerhaften Chargen? (RSS-0027-15 = RSS-E 25/15)

Die Antragstellerin hat bei der antragsgegnerischen Versicherung für ihren Betrieb eine Betriebshaftpflichtversicherung samt erweiterter Produkthaftpflicht abgeschlossen. Dieser Versicherung liegen die AHVB/EHVB 2003 zugrunde, deren Artikel 1 auszugsweise lautet:

#### **"1.2. Serienschaden**

**Mehrere auf derselben Ursache beruhende Schadenereignisse gelten als ein Versicherungsfall. Ferner gelten als ein Versicherungsfall Schadenereignisse, die auf gleichartigen Ursachen beruhen, wenn zwischen diesen Ursachen ein rechtlicher, wirtschaftlicher oder technischer Zusammenhang besteht."**

Artikel 4.2.4 der EHVB, Abschnitt A, Pkt. 2 lautet:

**"Abweichend von Art. 1, Pkt. 1.2 AHVB gelten mehrere Lieferungen als ein Versicherungsfall, wenn sie aus derselben Ursache Schäden auslösen.**

**Ferner gilt als ein Versicherungsfall, wenn mehrere Lieferungen aus gleichartigen Ursachen Schäden auslösen, sofern zwischen diesen Ursachen ein rechtlicher, wirtschaftlicher oder technischer Zusammenhang besteht."**

Die Antragstellerin verkaufte in den Jahren 2009 bis 2011 Steinplatten des Modells "Siena". Bei einem Teil der verkauften Steinplatten traten jeweils im Winter Sprünge und Abplatzungen auf. Die Steine sind im angeführten Zeitraum aus insgesamt 64 Lieferchargen an mehrere Händler und Wiederverkäufer geliefert worden und von unterschiedlichen Verlegern verlegt worden. Das Schadensbild ist bei allen aufgetretenen Schäden gleich.

Die Antragstellerin meldete den Schaden der Antragsgegnerin, welche mit Schreiben vom 13.6.2013 die Deckung bis zur Versicherungssumme der erweiterten Produktehaftpflicht von € 100.000,-- zusagte, da ein Serienschaden vorliege. Dies wurde mit Email vom 12.8.2013 wie folgt konkretisiert:

**"In konkreten Fall handelt es sich um Steinplatten der Marke "Siena" des Lieferanten(...), die, wenn auch aus unterschiedlichen Chargen stammend, alle denselben Fehler aufzeigen, nämlich, diese Natursteine keine ausreichende Frostsicherheit aufweisen. Es liegen somit Schäden vor, die alle auf der gleichen Ursache beruhen. Der zeitliche Zusammenhang hat nur dann Auswirkungen auf die Deckung, wenn die Schäden nicht während der Wirksamkeit der Versicherung erfolgen. Dies ist hier nicht der Fall. (...)"**

In weiterer Folge sagte die Antragsgegnerin eine Entschädigung von € 200.000,--, dh. für zwei Serienschäden zu.

Die Antragstellerin beantragte mit Schlichtungsantrag vom 18.6.2015, der Antragsgegnerin die Deckung der gesamten Schäden iHv rd. € 320.000,-- zu empfehlen.

Die Antragsgegnerin verwies in ihrer Stellungnahme vom 22.7.2015 auf die Schreiben vom 13.6.2013 und 12.8.2013.



In rechtlicher Hinsicht folgt:

(...) Im vorliegenden Fall wurden die AHVB 2003 und EHVB 2003 vereinbart, in den EHVB wurde unter Abschnitt A Pkt. 2 der Versicherungsschutz auch für das Produkthaftpflichtrisiko zugesagt. Der Begriff des Serienschadens wurde aber in Pkt. 4.2.4 der EHVB dahingehend definiert, dass mehrere Lieferungen als ein Versicherungsfall gelten, wenn sie aus derselben Ursache Schäden auslösen. Schäden aufgrund gleichartiger Ursachen gelten als ein Versicherungsfall, sofern zwischen diesen Ursachen ein rechtlicher, wirtschaftlicher oder technischer Zusammenhang besteht.

Da das Produkthaftpflichtrisiko nach Maßgabe der AHVB und EHVB mitversichert ist, kann zur Interpretation dieser Bestimmung auch die Bestimmung des Art 1.2. AHVB herangezogen werden. Auch dort wird auf die Frage abgestellt, ob die Schäden auf derselben oder auf gleichartigen Ursachen beruhen, bzw. ob zwischen gleichartigen Ursachen ein rechtlicher, wirtschaftlicher oder technischer Zusammenhang besteht.

In erster Linie entscheidend für die Beurteilung, ob ein Serienschaden vorliegt, ist daher, ob die Schäden auf derselben Ursache beruhen. Sollte diese Frage verneint werden, wäre die Frage zu prüfen, ob gleichartige Ursachen vorliegen, zwischen denen ein rechtlicher, wirtschaftlicher oder technischer Zusammenhang besteht. Für das Vorliegen eines Serienschadens ist grundsätzlich der Versicherer beweispflichtig (vgl 7 Ob 245/09v).

Da sich die Antragsgegnerin zur Behauptung der Richtigkeit der Tatsache, dass die Schäden auf derselben Ursache beruhen, auf ein von ihr eingeholtes Sachverständigengutachten beruft, kann die Frage, ob dieses Gutachten richtig ist, nur in einem streitigen Verfahren beantwortet werden.

Dabei wird zu prüfen sein, ob trotz der Lieferung durch den Hersteller an die Antragstellerin in 64 Chargen dieselbe Ursache für die mangelnde Frostbeständigkeit der Platten vorliegt bzw. ob es sich „nur“ um eine gleichartige Ursache handelt. Dies kann zB dann der Fall sein, wenn der Hersteller andere Herstellungsmethoden verwendet, die ebenfalls nicht zum gewünschten Erfolg führen (vgl Kuwert, Allgemeine Haftpflichtversicherung: Leitfaden durch die AHB<sup>3</sup>, Rn 3032). Zum anderen hat der OGH in seiner E vom 3.3.2010, 7 Ob 245/09v, die rechtliche Beurteilung der Unterinstanzen bestätigt, es handle sich um einen Serienschaden, wenn drei Lieferungen von Hartsplitt aus demselben Steinbruch dasselbe Qualitätskriterium nicht erfüllen.

Kommt man zum Ergebnis, dass es sich um gleichartige Ursachen handelt, ist, wie auch die Antragstellerin vorbringt, neben dem rechtlichen, wirtschaftlichen oder technischen Zusammenhang auch zu prüfen, ob ein zeitlicher Zusammenhang gegeben ist.

Gemäß einschlägiger Literatur hat man sich unter dem zeitlichen Zusammenhang eine beschränkte Frist vorzustellen, welche die aus den gleichartigen Ursachen hervorgegangenen Schäden nach dem konkreten Geschehensablauf und der Verkehrsauffassung auch als in einen einheitlichen Zeitraum fallend erscheinen lässt. Einerseits soll einer uferlosen Ausdehnung des Kausalitätsprinzipes entgegengetreten werden, andererseits ist eine Abgrenzung nach festen Zeiteinheiten nicht sinnvoll. Es muss daher der zeitliche Zusammenhang nach den lebensnahen Umständen des jeweiligen Einzelfalles bewertet werden (vgl VVO, AHVB/EHVB 2005, Erläuterungen zu den Haftpflichtversicherungsbedingungen, 128).

Wendet man diese Kriterien auf den gegenständlichen Versicherungsfall an, wäre dieser zeitliche Zusammenhang nach Ansicht der Schlichtungskommission zwischen den Lieferungen eines Jahres und den in der darauffolgenden Kälteperiode eintretenden Schäden gegeben.

Da derartige Schäden nach der allgemeinen Lebenserfahrung in der Regel im Winter gehäuft auftreten, hätte der Versicherungsnehmer diese Schäden erst danach als auf einer gleichartigen Ursache beruhend erfassen und beim Lieferanten für die Abwendung von Schäden bei weiteren Lieferungen sorgen können. Dadurch könnte aber der zeitliche Zusammenhang zwischen den verschiedenen Serienschäden unterbrochen werden.

Aber auch dies ist gemäß Pkt. 5.3. lit g der Verfahrensordnung eine im streitigen Verfahren zu lösende Beweisfrage.

Es war daher wie im Spruch zu entscheiden.



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

#### 1. Informationspflicht über gefahrerhebliche Umstände auch nach Antragstellung

Ein Mitglied wandte sich mit folgendem Fall an die RSS: Eine Kundin hatte einen Antrag zu einer Krankenversicherung gestellt und sich kurz darauf, noch vor Annahme des Vertrages, an der Schulter verletzt. Der Versicherer wolle nunmehr den Vertrag nur unter Ausschluss aller mit der verletzten Schulter in Zusammenhang stehenden Versicherungsfälle annehmen. Frage dazu: Besteht dazu eine haltbare rechtliche Begründung?

Die RSS gab dazu folgende Auskunft:

*Die Anzeigepflicht ist bei Schließung des Vertrages zu erfüllen, dh. bis zum formellen Versicherungsbeginn. Infolgedessen muss der VN auch alle gefahrerheblichen Umstände anzeigen, von denen er erst nach Antragstellung Kenntnis erlangt oder die erst nach diesem Zeitpunkt eintreten (vgl 7 Ob 18/91).*

*Grundsätzlich sind die Bestimmungen der §§ 23ff. VersVG für diesen Fall anwendbar. Insofern wäre der Versicherer berechtigt, binnen eines Monats nach Kenntniserlangung von der Anzeigepflichtverletzung vom Vertrag zurückzutreten - das Angebot auf Ausschluss aller mit der nicht angeführten Verletzung in Zusammenhang stehenden Versicherungsfälle wäre als sog. Potestativkündigung zu sehen, dh. rechtlich wird die an sich bedingungsfeindliche Vertragskündigung davon abhängig gemacht, ob die Kundin einem veränderten Vertrag zustimmt oder nicht.*

#### 2. Email-Disclaimer: Verpflichtend oder überflüssig?

Eine Anfrage eines Mitglieds hatte sogenannte Email-Disclaimer zum Thema. So ist in geschäftlichen Emails häufig am Ende ein Abschnitt zu finden, in dem der Empfänger darauf hingewiesen wird, sollte er nicht der an sich bestimmte Empfänger der Email sein, habe er dieses zu löschen. Daraus ergibt sich die Frage, welche Angaben in geschäftlichen Emails von Versicherungsmaklern notwendig seien.

Die RSS gab dazu folgende Auskunft:

*Einschlägige Rechtsquellen für Pflichtangaben in Geschäftskorrespondenz (sowohl in Papierform als auch per Email) sind § 14 UGB (allgemein für im Firmenbuch eingetragene Unternehmer), § 63 GewO (nicht eingetragene Unternehmer) sowie § 137f GewO (speziell für Versicherungsvermittler).*

*Im Ergebnis sind daher Firma, Rechtsform, Sitz, ggf. Firmenbuchnummer sowie das Firmenbuchgericht anzugeben. Für den Versicherungsmakler kommt dann noch die Deklaration als „Versicherungsmakler und Berater in Versicherungsangelegenheiten“, die vollständige Anschrift, die GISA-Zahl sowie ggf. die Berechtigung zum Empfang von Prämien für das Versicherungsunternehmen oder von für den Kunden bestimmten Beträgen dazu. Die DVR-Nummer ist gemäß § 25 DSGVO 2000 „bei Übermittlungen und Mitteilungen an den Betroffenen“ anzugeben, weshalb auch diesbezüglich die Aufnahme in die E-Mail-Signatur zu empfehlen ist. Ein Disclaimer wie in Ihrem Email ist gesetzlich nicht verpflichtend, aber auch nicht verboten – die Verpflichtung, offensichtlich fehlgeleitete Emails zu löschen, ergibt sich bereits gesetzlich aus § 93 Abs 4 TKG.*

## IV. Sonstiges

### 1. Recht auf Konto für jedermann

Mit 18. September tritt in Umsetzung einer EU-Richtlinie das sogenannte Verbraucherzahlungskontogesetz (VZKG, BGBl. I Nr. 35/2016) in Kraft. Es soll in erster Linie allen Verbrauchern, die sich legal innerhalb der EU aufhalten, das Recht auf ein einfaches Basiskonto (mit Online-Banking und Zahlungskarte) zu einem Preis von höchstens 80 € / Jahr, einräumen. Weiters sollen die Preise für Konten besser vergleichbar werden, was den Wettbewerb zugunsten der Kunden ankurbeln soll.

### 2. Pflegeleistung innerhalb der Familie kann im Erbfall angerechnet werden

Eine Frau forderte nach dem Tod ihres Vaters von ihrem Bruder – beide waren zu gleichen Teilen Erbe – Geldersatz für am Vater geleistete Pflegedienste. Sie hatte den kranken Vater mehrere Monate rund 3 Stunden pro Tag gepflegt, wodurch es möglich war, ihn nicht in einem Pflegeheim unterbringen zu müssen. Der Bruder hatte hingegen keine Pflegedienste geleistet. Der OGH gab mit Urteil vom 24.5.2016, 8 Ob 37/16y, der Revision des Bruders nicht Folge. Im Ergebnis wertete das Gericht die Pflege als „Geschäftsführung ohne Auftrag“, und zwar insoweit, als die Betreuung über die Beistandspflicht nach § 137 ABGB hinausging. Diese Beistandspflicht wird mit rund einer Stunde pro Tag angenommen, für das darüber gehende Ausmaß haben sich beide Geschwister eine Pflegekraft erspart, der Bruder hat seiner Schwester somit die Hälfte der über die Beistandspflicht hinaus geleisteten Stunden abzugelten.

### 3. Abfindungsvergleich: Reichweite des Vergleichs beachten

Ein Kfz-Haftpflichtversicherer schloss mit einer von einem Motorradfahrer angefahrenen Fußgängerin einen Vergleich ab. 20 Jahre später stürzte die damals Verletzte und zog sich eine Schulterverletzung zu. Dieser Unfall war eine Beeinträchtigung, die vom seinerzeitigen Unfall herrührte, zurückzuführen. Sie klagte den seinerzeitigen Haftpflichtversicherer und verlor in erster Instanz wegen Verjährung des Anspruches. Nun klagte die Frau ihre nunmehrigen Anwälte wegen Schlechtvertretung und verlor abermals (E des OGH vom 16.12.2015, 2 Ob 36/15f): Selbst wenn es Fehler der Anwälte gegeben hätte, die Rechtssache sei nicht zu gewinnen gewesen – der seinerzeitige Abfindungsvergleich habe bereits auch unvorhersehbare Folgen des Unfalles mit einbezogen. Der OGH hielt dazu fest:

*Ein Abfindungsvergleich erfasst jedenfalls erkennbare und vorhersehbare Ansprüche. Ein solcher über Schmerzensgeld erstreckt sich zwar im Zweifel nur auf schon bekannte oder doch vorhersehbare Unfallfolgen, im Vorprozess wurden aber nach dem klaren Wortlaut der Erklärung auch unvorhersehbare Folgen des Unfalles in die Abfindung des Schmerzensgeldanspruchs miteinbezogen, sodass die Frage, ob die im Vorprozess eingeklagten Folgen wegen der nach dem Vorbringen der Klägerin unfallkausal fehlenden Fähigkeit, ihr linkes Bein zu kontrollieren, vorhersehbar waren oder nicht, nicht weiter geklärt werden muss.*



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](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**



**Haftungsausschluss**

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