



**Rechtsservice- und Schlichtungsstelle des Fachverbandes
der Versicherungsmakler**

Johannesgasse 2, Stiege 1, 2. Stock, Tür 28, 1010 Wien
Tel: 01- 955 12 00 – 42 (Fax DW 70)
schlichtungsstelle@ivo.or.at

RSS-0024-15-7

=RSS-E 23/15

Die Schlichtungskommission des Fachverbandes der Versicherungsmakler und Berater in Versicherungsangelegenheiten Österreichs hat durch seinen Vorsitzenden Hofrat Dr. Gerhard Hellwagner und die Beisitzer KR Mag. Kurt Stättner, Mag. Thomas Hajek und Dr. Roland Weinrauch LL.M. unter Anwesenheit des Schriftführers Mag. Christian Wetzelberger in seiner nichtöffentlichen Sitzung vom 30. Juni 2015 in der Schlichtungssache [REDACTED] [REDACTED], vertreten durch [REDACTED] [REDACTED] gegen [REDACTED] [REDACTED] beschlossen:

Der antragsgegnerischen Versicherung wird die Zahlung von € 7.600 aus den Betriebsunterbrechungsversicherungen zu den Polizzennummern [REDACTED] und [REDACTED] empfohlen.

Begründung:

Der Antragsteller hat mit Anträgen vom 27.5.2010 und 22.6.2010 bei der antragsgegnerischen Versicherung jeweils eine Betriebsunterbrechungsversicherung „Unternehmer & Erfolgreich“ für seine Tätigkeit als Zimmermann abgeschlossen.

Auf beiden Antragsformularen des Versicherers war bei den Gesundheitsfragen u.a. die Frage gestellt:

„Leiden oder litten Sie an Erkrankungen oder Beschwerden (...) der Knochen, Gelenke oder Muskeln (z.B. Rheuma, Wirbelsäulen- oder Gelenkerkrankungen)?“

Diese Frage wurde vom Antragsteller jeweils mit „nein“ beantwortet.

Der Antragsteller ließ sich aufgrund von ziehenden Schmerzen im rechten Bein näher untersuchen, es wurden hierbei folgende Befunde erstellt:

Radiologischer Befund des [REDACTED], Facharzt für Radiologie, vom 20.1.2006:

„ (...)

LWS a.p. und seitlich:

Streckstellung der LWS.

An der ergänzend angefertigten BWS a.p. finden sich 12. Brustwirbel, soweit in einer Ebene beurteilbar, reguläre Höhe der Brustwirbelkörper, die Bogenwurzeln am a.p. Bild gut abgrenzbar, keine Destruktion. Flache linksbogige Fehllatung der LWS, 6 freie Lendenwirbel mit Lumbalisation des ersten sakralen Segmentes.

Erniedrigt der Bandscheibenraum L4-L5 mit geringer Retrolisthesis, inzipiente Osteochondrose L3-L4. Die Bandscheibe L5-S1 regulär, ebenso die Bandscheibe S1-S2. Keine Destruktion, altersentsprechend die SI-Gelenke.

Beurteilung:

6 freie Lendenwirbel mit Lumbalisation des ersten sakralen Segmentes

Streckstellung und flache linksbogige Fehllhaltung des LWS.

Chondrose mit geringer Bandscheibenerniedrigung und minimaler Retrolisthesis L4-L5- Diskopathie?

Inzipiente Osteochondrose L3-L4.

Keine Destruktion, altersentsprechend die SI-Gelenke.

Die miterfassten Brustwirbelkörper - soweit in einer Ebene beurteilbar regulär. "

MRT der Lendenwirbelsäule durch [REDACTED], MR-CT
Diagnoseinstitut [REDACTED], vom 21.3.2006:

**„Ergebnis: Multisegmentale deformierende Spondylose TH12/L1
und L2 bis L5. Discopathie L3 bis S1.**

**L2/3: Normale Weite des Spinalkanals und der Foramina
intervertebralia bds. Kein Prolaps, keine Protrusion.**

**L3/4: Mäßiggradige Intervertebralarthrose bds. Der
Spinalkanal und die Foramina intervertebralia bds. Normal weit.
Kein Prolaps, keine Protrusion.**

**L4/5: Mäßiggradige Intervertebralarthrose bds. Minimale
mediane und paramedian II gelegene Bandscheibenprotrusion ohne
Bedrängung von Nervenwurzeln. Der Spinalkanal und die Foramina
intervertebralia bds normal weit.**

L5/S1: Kein Prolaps, keine Protrusion.

**Normale Weite des Spinalkanals, mäßiggradige Einengung der
Foramina intervertebralia bds ohne Hinweis auf Bedrängung der
Nervenwurzeln. "**

Weitere Untersuchungen oder Behandlungen wurden in der Folge
auch deshalb nicht durchgeführt, da der Antragsteller keine
Beschwerden mehr hatte. Aus diesem Grund hat er auch bei den
zitierten Antragsfragen keine Veranlassung gesehen, die Frage
nach Erkrankungen oder Beschwerden mit „ja“ zu beantworten.

Der Antragsteller meldete (undatiert) eine
Betriebsunterbrechung ab dem 16.12.2014 aufgrund massiver
Schmerzen im linken Bein, ausgehend vom Bereich L4/5.

Der behandelnde Arzt, [REDACTED], beantwortete
in der Schadensmeldung die Frage nach Vorerkrankungen, die mit
der jetzigen Krankheit in Zusammenhang stehen könnten mit „ja,
deg. WS-Veränderungen geringerer Ausprägung“.

In seinem Arztbericht vom 23.3.2015, den er auf Anfrage der Antragsgegnerin übermittelte, schildert er den akuten Zustand seines Patienten und teilt ferner mit:

„(...)Bereits 2006 war der Patient wegen von der LWS ausgehenden Beschwerden in meiner Behandlung, dann bis zum angegebenen Termin 2014 nicht mehr.“

Die Antragsgegnerin lehnte mit gleichlautenden Schreiben vom 4.5.2015 die Deckung mit folgender Begründung ab:

„(...)zu diesem Leistungsfall haben wir nunmehr den Arztbericht des behandelnden Arztes erhalten. Dieser Unterlage ist zu entnehmen, dass Sie bereits seit zumindest 2006 an der Erkrankung leiden, welche die Betriebsunterbrechung vom 16.12.2004 ursächlich verursachte.

Leider haben Sie uns diese Erkrankung bei der Antragstellung zu diesem Versicherungsvertrag (im Mai/Juni 2010) nicht bekannt gegeben. Die Verschweigung dieses Umstandes bei Antragstellung stellt eine Obliegenheitsverletzung nach § 16 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) dar.

Mit Hinweis auf diesen § 16 Abs 2 des Versicherungsvertragsgesetzes treten wir hiermit vom Vertrag zurück. Für den gegenständlichen Leistungsfall können wir mit Verweis auf § 21 VVG (Kausalität der Obliegenheitsverletzung auf den eingetretenen Schaden) keine Leistung erbringen. (...)“

Die Antragstellerin beantragte mit Schlichtungsantrag vom 12.5.2015, der Antragsgegnerin die Zahlung von € 7.600 zu empfehlen.

Die Aussage des [REDACTED], wonach der Antragsteller 2006 in Behandlung gewesen sei, sei insofern unrichtig, als keine Behandlungen oder Therapien stattgefunden hätten und der Antragsteller bis zum Schadenereignis

beschwerdefrei gewesen sei. Es liege keine Obliegenheitsverletzung vor, bzw. sei diese nicht kausal gewesen.

Die Antragsgegnerin teilte mit Email vom 17.6.2015 mit, sich am Schlichtungsverfahren nicht zu beteiligen.

Aufgrund der Weigerung der Antragsgegnerin, war daher gemäß Pkt. 2 der Verfahrensordnung der von der Antragstellerin geschilderte Sachverhalt der Empfehlung zugrunde zu legen. Die Schlichtungskommission ist aber in ihrer rechtlichen Beurteilung frei.

In rechtlicher Hinsicht folgt:

Gemäß den § 16ff. VersVG hat ein Antragsteller dem Versicherer „alle gefahrerheblichen Umstände“ anzuzeigen. Insbesondere erheblich sind jene Umstände, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers, den Versicherungsvertrag überhaupt oder zu anderen Bedingungen abschließen zu wollen, einen Einfluss ausüben. Ein Umstand, nach dem der Versicherer ausdrücklich schriftlich fragt, ist immer erheblich. Es genügt aber nicht die allgemein gehaltene Frage, welche sonstigen Risikoumstände erheblich wären, vielmehr ist eine Konkretisierung erforderlich. Dem Versicherungsnehmer fällt bei unterlassener oder falscher Beantwortung einer konkret gestellten Frage bereits leichte Fahrlässigkeit zur Last (vgl dazu RSS-0055-08-17=RSS-E 2/09).

Für die Lebensversicherung hat der OGH in einer Entscheidung ausgesprochen, dass Beschwerden und Schmerzen auch dann anzuzeigen sind, wenn noch keine bestimmte Krankheit diagnostiziert wurde (vgl E des OGH vom 29.10.1992, 7 Ob 21/92).

In Hinblick auf die strenge Rechtsprechung des OGH ist der Antragsgegnerin zuzustimmen, dass die Beantwortung der Frage „Leiden oder litten Sie an Erkrankungen oder Beschwerden (...) der Knochen, Gelenke oder Muskeln (z.B. Rheuma, Wirbelsäulen- oder Gelenkerkrankungen)?“ mit „nein“ auch unter Zugrundelegung des vom Antragsteller geschilderten Sachverhalts objektiv falsch war, da er an Beinbeschwerden, die aus einer Wirbelsäulenerkrankung resultieren, gelitten hat. Ein Vorbringen dazu, dass diese Falschbeantwortung ohne Verschulden des Antragstellers erfolgt wäre, ist nicht aktenkundig.

Der Antragsteller beruft sich jedoch auch darauf, dass - soweit eine Obliegenheitsverletzung vorgelegen hat - diese nicht kausal iSd § 21 VersVG gewesen sei.

Die Kausalität muss zwischen dem verschwiegenen oder falsch angezeigten Umstand und dem Eintritt des Versicherungsfalls und nicht zwischen dem Verschweigen oder der Falschanzeige und dem Vertragsabschluß bestehen. Im Hinblick auf den Umfang der Leistung darf aber auch zwischen dem nicht oder falsch angezeigten Umstand und dem Schaden keinerlei Kausalzusammenhang gegeben sein. Die Frage des Kausalzusammenhanges ist nach der Lehre von der adäquaten Verursachung zu beurteilen (vgl RS0080020)

Soweit sich daher der Antragsteller auf die fehlende Kausalität zwischen der falsch beantworteten Gesundheitsfrage und dem eingetretenen Versicherungsfall beruft, ist ihm aufgrund des Umstandes, dass die Antragsgegnerin sich am Verfahren nicht beteiligt hat und daher vom Sachverhalt auszugehen ist, wie er vom Antragsteller vorgebracht wird, diesbezüglich beizupflichten.

Es muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass die fehlende Kausalität zwischen der falsch beantworteten Gesundheitsfrage und dem eingetretenen Versicherungsfall in einem streitigen Verfahren vom Antragsteller zu beweisen sein wird.

Daher war spruchgemäß zu entscheiden.

Für die Schlichtungskommission:

Dr. Hellwagner eh.

Wien, am 30. Juni 2015