



Versicherungsrechts-NEWS

Nr. 4/2020

Versicherungsrechts-NEWS des Fachverbandes der Versicherungsmakler und Berater in Versicherungsangelegenheiten

Aktuelle Judikatur zum Versicherungsrecht & Versicherungsvermittlerrecht
zusammengestellt von der Rechtsservice- und Schlichtungsstelle des Fachverbandes (RSS)

Inhalt

I.	Versicherungsrechtliche Judikatur	2
1.	Österreich.....	2
1.1.	OGH entscheidet nach EuGH-Vorabentscheidung über Spätrücktritte in der Lebensversicherung	2
1.2.	Einschluss grober Fahrlässigkeit wirkt nicht für vereinbarte Sicherheitsvorschriften	3
1.3.	Ausschluss für Schlaganfall als Unfallfolge ist gröblich benachteiligend	5
1.4.	Stenogramm - aktuelle versicherungsrechtliche Urteile im Überblick	7
2.	International	9
2.1.	Medizinische Notwendigkeit eines Rücktransportes ist ex ante zu beurteilen	9
2.2.	Stenogramm - weitere Entscheidungen aus Europa im Überblick.....	11
II.	Weitere Judikatur	12
1.	Einstellungskosten für beschädigtes Fahrzeug und die Schadenminderungspflicht	12
2.	Österreicher kann Anspruch auf Rehabilitationsgeld in Deutschland verlieren	12



I. Versicherungsrechtliche Judikatur

1. Österreich

1.1. OGH entscheidet nach EuGH-Vorabentscheidung über Spätücktritte in der Lebensversicherung

Ein Rechtsanwalt schloss per 1.2.1999 eine fondsgebundene Lebensversicherung mit einer Laufzeit von 15 Jahren ab. Er leistete eine Einmalzahlung von ATS 250.000 (€ 18.168,21). IM Antragsformular wurde der Rechtsanwalt über seine Rücktrittsrechte gemäß §§ 3, 3a KSchG und 5b VersVG belehrt, im Anschluss heißt es dort:

„Der Rücktritt bedarf zu seiner Rechtswirksamkeit jeweils der Schriftform. Es genügt, wenn die Erklärung innerhalb der genannten Fristen abgesendet wird.“

Gemäß § 165a VersVG ist der Versicherungsnehmer berechtigt, binnen zweier Wochen nach dem Zustandekommen eines Lebensversicherungsvertrages von diesem zurückzutreten ...“

Gemäß § 17 der AVB, die dem Rechtsanwalt bei Unterfertigung des Antrags ausgehändigt wurden, ist für Erklärungen des Versicherungsnehmers die Schriftform gefordert, ebenso wird im Begleitschreiben zur Polizza auf die Notwendigkeit der Schriftform für Erklärungen des Versicherungsnehmers hingewiesen.

Nach Ablauf der 15jährigen Laufzeit, während der der Versicherungsnehmer zu keiner Zeit einen Rücktritt erwog, erhielt er den Ablaufwert von € 14.052,49. Am 8.5.2017 erklärte er den Rücktritt vom Vertrag. Er klagte sodann den Betrag von € 15.163,73 sA als Differenz aus einbezahlten Prämien samt 4 % Zinsen und dem erhaltenen Ablaufwert samt Zinsen sowie abzuziehender Risikokosten. Er brachte zusammengefasst vor, die Belehrung über das Rücktrittsrecht sei fehlerhaft, unzureichend und falsch gewesen, weil entgegen dem Gesetz die Schriftform gefordert worden und weil ein falscher Fristbeginn angegeben gewesen sei. Sie sei irreführend, weil der Fristbeginn für einen durchschnittlichen Versicherungsnehmer nicht erkennbar sei und das Rücktrittsrecht des § 165a VersVG (aF) erst nach verschiedenen anderen Rücktrittsbelehrungen abgedruckt gewesen sei, die weitere Voraussetzungen erforderten.

Die Versicherung beantragte die Klagsabweisung, die Belehrung sei gesetzeskonform gewesen.

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

Der Oberste Gerichtshof unterbrach das Verfahren, bis der EuGH in einem Vorabentscheidungsverfahren einige Fragen österreichischer Gerichte zum Rücktrittsrecht in der Lebensversicherung entschied. Der EuGH entschied mit **Urteil vom 19.12.2018** (Zusammenfassung siehe Fazit), der OGH setzte das Verfahren fort und gab der Revision des Klägers nicht Folge (Urteil vom 10.2.2020, **7 Ob 4/20v**).

Im Ergebnis kam der OGH zum Schluss, dass der Versicherungsnehmer inhaltlich richtig übrig sein Rücktrittsrecht informiert worden sei, wenngleich eine Schriftform gemäß § 178 Abs 1 VersVG nicht vereinbart hätte werden können. Hätte daher der Versicherungsnehmer fristgerecht formlos seinen Rücktritt erklärt, hätte sich der Versicherer nicht auf die



Schriftformvereinbarung berufen dürfen. War nun eine Rechtsbelehrung des Versicherers oder eine in seinen AVB enthalten gewesene Regelung dahin zu verstehen, dass der Rücktritt nach § 165a Abs 1 VersVG idF BGBl I 1997/6 schriftlich zu erklären sei, dann stelle dies keine relevante Erschwernis dieses Rücktrittsrechts dar, die dem Versicherungsnehmer dessen unbefristete Ausübung erlauben würde.

Der Versicherungsnehmer hätte also trotz allenfalls irreführender Belehrung seinen Rücktritt in der damals gültigen 2-Wochen-Frist ab Vertragsabschluss erklären müssen, weshalb der nunmehr erklärte Rücktritt verspätet sei.

Fazit:

Das Urteil reiht sich in eine Vielzahl von Verfahren ein, die durch die nunmehr ergangene Vorabentscheidung des EuGH geklärt sein sollen. Wie ist nun die Rechtslage zu den sogenannten „Spätücktritten“ von Lebensversicherungsverträgen zusammenzufassen?

1. Ein Rücktritt vom Versicherungsvertrag ist bei fehlerhafter oder fehlender Information über das Rücktrittsrecht auch noch nach Kündigung und Erfüllung aller Verpflichtungen aus dem Vertrag möglich.
2. Eine fehlerhafte Belehrung über das Rücktrittsrecht kann wirksam sein, wenn sie den Versicherungsnehmer in die Lage versetzt, sein Rücktrittsrecht im Wesentlichen unter denselben Bedingungen wie bei Mitteilung zutreffender Informationen auszuüben. Dies ist zB der Fall, wenn die Belehrung fälschlicherweise eine Schriftform verlangt.
3. Es ist nicht von Bedeutung, ob der Versicherungsnehmer auf anderem Weg als vom Versicherer über sein Rücktrittsrecht korrekt Kenntnis erlangt hat.
4. Die Regelung in § 176 VersVG, wonach der Versicherungsnehmer bei Rücktritt vom Versicherungsvertrag nur den Rückkaufswert erhält, ist für den Fall des Spätücktritts wegen fehlerhafter Belehrung unionsrechtswidrig.

Es sei angemerkt, dass der EuGH in den vorliegenden Fällen nur die Rechtslage bis 31.12.2018 zu beurteilen hatte. Per 1.1.2019 wurde das Rücktrittsrecht für Lebensversicherungen abgeändert, in wieweit die Rechtsansicht des EuGH auch auf die Novellierung durchschlägt, werden die Gerichte noch zu entscheiden haben.

1.2. Einschluss grober Fahrlässigkeit wirkt nicht für vereinbarte Sicherheitsvorschriften

Eine Alleineigentümerin einer Liegenschaft schloss eine Eigenheimversicherung ab, in der auch eine Leitungswasserschadenversicherung eingeschlossen war. Gemäß den Bedingungen war die 72-Stunden-Klausel als Obliegenheit vor dem Schadenfall vereinbart. Art 3 der ABS 2012 normiert, dass der Versicherer leistungsfrei ist, wenn der Schadenfall nach der Verletzung von gesetzlichen, behördlichen oder vereinbarten Sicherheitsvorschriften eintritt und die Verletzung auf Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit beruht. Zusätzlich war die Klausel 20P vereinbart, wonach der Versicherer bei grob fahrlässiger Herbeiführung des Schadens (Versicherungsfalles) auf den Einwand der Leistungsfreiheit gemäß Art 10 Punkt 1 der Allgemeinen Bedingungen für die Sachversicherung (ABS) verzichtet und bis zu 50% der Gebäude-Versicherungssumme leistet.



Da das Haus lediglich als Wochenendhaus genutzt wurde, beauftragte die Klägerin ihren Nachbarn, Gartenarbeiten durchzuführen und nach dem Haus zu sehen. Er sollte nach seinem eigenen Ermessen ca ein bis dreimal die Woche kontrollieren, ob alles in Ordnung war. Am 25.5.2017 mähte er den Rasen, am 27.5.2017 bemerkte er nach einem Hinweis einer Nachbarin einen Wasserschaden im Haus, der durch das Platzen eines alten Zuleitungsschlauchs zur Waschmaschine verursacht worden war. Die Klägerin war irrtümlich davon ausgegangen, dass die Wasserleitung direkt bei der Waschmaschine abgedreht war. Das Absperrern der - im Garten befindlichen - Hauptwasserleitung war für die Klägerin nie Thema, weil regelmäßig jemand vor Ort war und Wasser zum Waschen der Hände, der Benützung der Toilette und zum Gießen gebraucht wurde. Auch der Nachbar wurde nicht beauftragt, die Hauptwasserleitung abzudrehen.

Die Versicherungsnehmerin klagte auf Zahlung von rund € 40.000 mit der Begründung, die Versicherung habe auf den Einwand der grob fahrlässigen Herbeiführung des Versicherungsfalles verzichtet.

Der Versicherer wendete ein, der Verzicht auf den Einwand der grob fahrlässigen Herbeiführung des Versicherungsfalles beziehe sich nicht auf die Einhaltung der Sicherheitsvorschriften, Obliegenheiten und Gefahrenerhöhungen.

Das Erstgericht stellte mit Teil- und Zwischenurteil fest, dass der Versicherer dem Grunde nach Deckung zu gewähren habe. Die unterlassene Absperrung des Wasserhahns bei der Waschmaschine sei zwar als grob fahrlässig einzustufen, dies schade der Klägerin jedoch nicht, weil die Beklagte auf den Einwand der grob fahrlässigen Herbeiführung des Versicherungsfalles verzichtet habe.

Das Berufungsgericht änderte diese Entscheidung im klagsabweisenden Sinne ab und folgte im Wesentlichen der Argumentation des Versicherers.

Der OGH gab der Revision der Klägerin nicht Folge (Urteil vom 23.10.2019, [7 Ob 132/19s](#)). Er hielt zusammengefasst fest:

Es besteht bereits umfangreiche Judikatur zur Frage, wie Obliegenheiten von Risikoausschlüssen zu unterscheiden sind. Dabei ist maßgebend, ob in erster Linie ein vom Versicherungsnehmer einzuhaltendes Verhalten bedungen werden soll oder ob der Versicherer von vornherein gewisse Tatsachen von seiner Haftung ausschließen will, die unmittelbar geeignet sind, zum Versicherungsfall zu führen und die gegenüber der allgemeinen Risikoumschreibung ein qualitativ abweichendes Risiko darstellen. Mit einem Risikoausschluss begrenzt der Versicherer von vornherein den Versicherungsschutz. Diese Umstände kann der Versicherungsnehmer nicht durch ein späteres Verhalten beeinflussen oder kontrollieren. Demgegenüber stellt die von der Einhaltung einer Obliegenheit durch den Versicherungsnehmer abhängig gemachte Deckungspflicht des Versicherers dem Versicherungsnehmer gegenüber auf das Gebot gewisser Handlungen und Unterlassungen ab, an deren Einhaltung der Versicherer ein legitimes Interesse hat.

Nach § 61 VersVG ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall vorsätzlich oder durch grobe Fahrlässigkeit herbeiführt. Es handelt sich dabei um einen (verhaltensabhängigen) Risikoausschluss.

Art 10 Punkt 1 ABS übernimmt diesen gesetzlichen Risikoausschluss in das Bedingungsmerk.



Art 6.2 AWB verlangt ein besonderes Verhalten des Versicherungsnehmers; ein Verstoß dagegen kann zu Schäden an den wasserführenden Anlagen führen. Es handelt sich um eine (vorbeugende) Obliegenheit.

Der Tatbestand des § 61 VersVG und jener der vereinbarten Leistungsfreiheit wegen Verletzung gefahrenmindernder Obliegenheiten im Sinn von § 6 Abs 2 VersVG bestehen in der Regel gleichrangig nebeneinander und somit in Konkurrenz.

In den Allgemeinen Bedingungen für Versicherungen gegen Leitungswasserschäden verzichtet der Versicherer bei grob fahrlässiger Herbeiführung des Schadens (Versicherungsfalls) auf den Einwand der Leistungsfreiheit gemäß Art 10.1 ABS. Sämtliche sonstigen Vertragsbestimmungen bleiben dabei unverändert, insbesondere die Bestimmungen zu Sicherheitsvorschriften, Obliegenheiten und Gefahrenerhöhungen.

Der insoweit völlig eindeutige Wortlaut der Klausel bezieht den Verzicht ausschließlich auf den in Art 10.1 ABS geregelten Risikoausschluss des grob fahrlässig bzw vorsätzlich herbeigeführten Versicherungsfalls. Entgegen der Ansicht der Klägerin ist die weitere Wortfolge „sämtliche sonstigen Vertragsbestimmungen bleiben unverändert, insbesondere die Bestimmungen zu Sicherheitsvorschriften, Obliegenheiten und Gefahrenerhöhung“ auch nicht unklar, sondern verdeutlicht vielmehr noch, dass der Verzicht des Einwands nur den eben genannten Risikoausschluss betrifft, nicht aber Obliegenheiten.

Fazit:

Der Einschluss von grober Fahrlässigkeit in den Versicherungsbedingungen bezieht sich nach dessen Wortlaut nur auf Fälle des § 61 VersVG, nicht aber auf Verletzungen von vereinbarten Sicherheitsvorschriften. Bei diesen wäre nach § 6 Abs 1 VersVG an sich bereits leichte Fahrlässigkeit deckungsschädlich, dieser Maßstab wird aber in der Regel durch die ABS auf grobe Fahrlässigkeit angehoben. Insofern ist auch nachvollziehbar, dass diese Grenze nicht nochmals durch Vereinbarung bis zur Grenze des Vorsatzes angehoben werden kann.

1.3. Ausschluss für Schlaganfall als Unfallfolge ist gröblich benachteiligend

Ein Mann hat für sich und seine Ehegattin eine Unfallversicherung abgeschlossen. Gemäß Art 6 Pkt. 3 der AUVB 1999 gelten Unfälle, die durch einen Herzinfarkt oder Schlaganfall herbeigeführt werden, als versichert, Herzinfarkt und Schlaganfall gilt jedoch in keinem Fall als Unfallfolge.

Am 24.11.2014 verletzte sich die Frau beim Einsteigen in den Transferbus zum Flughafen auf der Heimreise von den Malediven am rechten Schienbein. Beim Aussteigen trat sie versehentlich ins Leere, stürzte und schlug mit dem Kopf auf dem Asphalt auf. Sie verspürte danach ziehende Kopfschmerzen. Beim Sturz kam es zur Dissektion der arteria carotis interna links, was einen Mediateilinfarkt verursachte. Als Folge des Unfalls ist bei der Frau eine Invalidität im Ausmaß von 51,5% eingetreten.

Sie klagte einen Betrag iHv € 313.815,12 ein. Der in den AUVB 1999 enthaltene unbedingte Ausschluss eines Herzinfarkts oder Schlaganfalls als Unfallfolge sei überraschend nach § 864a ABGB und gröblich benachteiligend im Sinn des § 879 Abs 3 ABGB. Der durchschnittliche Versicherungsnehmer müsse keinesfalls damit rechnen, dass eine unfallkausal erlittene Dissektion der arteria carotis interna sowie ein dadurch bedingter Mediateilinfarkt als ein vom Unfallbegriff ausgeschlossener (krankheitsbedingter) „Schlaganfall“ behandelt werde.



Der Versicherer beantragte die Klagsabweisung. Gemäß Art 6.3 AUVB 1999 würden Herzinfarkt oder Schlaganfall nicht als Unfallfolge gelten, sodass die Klägerin keinen Anspruch auf die Versicherungsleistung habe. Die Begrenzung des Versicherungsschutzes sei weder überraschend nach § 864a ABGB noch gröblich benachteiligend im Sinn des § 879 Abs 3 ABGB. Beim vereinbarten Ausschluss des Schlaganfalls als Unfallfolge handle es sich um einen durchaus üblichen und nicht überraschenden Ausschluss.

Das Erstgericht gab der Klage statt und folgte im Wesentlichen der Argumentation der Klägerin.

Das Berufungsgericht hingegen folgte der Rechtsmeinung des Versicherers und änderte das Urteil im klagsabweisenden Sinne ab.

Der OGH wiederum gab der Revision der Klägerin Folge und stellte das erstinstanzliche Urteil wieder her (Urteil vom 23.10.2019, **7 Ob 113/19x**).

Aus der Begründung sei Folgendes hervorgehoben:

Nach Art 6 Abs 1 AUVB ist ein Unfall ein plötzlich von außen auf den Körper der versicherten Person einwirkendes Ereignis, wodurch diese unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Gemäß Art 6 Abs 3 AUVB sind ferner Unfälle vom Versicherungsschutz umfasst, die durch einen Herzinfarkt oder Schlaganfall herbeigeführt werden; ein Herzinfarkt oder Schlaganfall gilt jedoch in keinem Fall als Unfallfolge. Die Bestimmung lässt nach seinem insoweit klaren Wortlaut auch aus Sicht eines durchschnittlichen Versicherungsnehmers nur das Verständnis zu, dass Unfälle, die Folge eines Herzinfarkts oder Schlaganfalls sind, gleichfalls dem Versicherungsschutz unterstellt werden, Herzinfarkt oder Schlaganfall als Folge eines Unfalls hingegen aber nicht versichert sind. Bei der hier interessierenden Wortfolge „Herzinfarkt und Schlaganfall gelten nicht als Unfallfolge“ handelt es sich um einen Risikoausschluss.

Richtig ist, dass Fenyves (Zur „Herzinfarkt-Klausel“ der privaten Unfallversicherung in FS Krejci II, 1153 ff [1160, 1163]) die „Herzinfarkt-Klausel“ in den AUVB 1995, wonach Herzinfarkte in keinem Fall als Unfallfolge gelten, aufgrund einer systematisch-teleologischen Interpretation einschränkend dahin auslegt, dass entgegen dem insoweit überschießenden Wortlaut der Herzinfarkt als Unfallfolge dann als gedeckt anzusehen sei, wenn er durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sei. Dies begründet er damit, dass die in Art 17.8 AUVB 1995 als Risikoausschluss geregelte „Herzinfarkt-Klausel“ insoweit in systematischer und wertmäßiger Beziehung zu den „Unfallfolgen-Ausschlüssen“ nach Art 18.5 (Bandscheibenhernien) (hier Art 21 Abs 4 AUVB) und Art 18.6 (Bauch- und Unterleibsbrüche) AUVB 1995 (hier Art 21 Abs 5 AUVB) stehe, die gleichfalls Versicherungsschutz bei direkter mechanischer Einwirkung bieten würden.

Der eindeutige Wortlaut und der Umstand, dass hier - anders als nach Art 21 Abs 4 und 5 AUVB - Art 6 Abs 3 AUVB gerade keine entsprechende Einschränkung enthält, obwohl eine solche auch dort leicht hätte vorgenommen werden können, spricht nach Ansicht des erkennenden Senats gegen ein derartiges Auslegungsergebnis.



Die „Herzinfarkt/Schlaganfall-Klausel“ bezieht sich nur auf die Unfallfolgen und gehört als Folgenklausel zu den „Unfallfolgen-Ausschlüssen“, die an sich in Art 21 AUVB (Sachliche Begrenzungen des Versicherungsschutzes) geregelt sind.

Fenyves (aaO [1162, 1163, 1166]) vertritt, dass die „Folgenklauseln“ der AUVB vor dem Hintergrund des grundsätzlichen Leistungsversprechens zu sehen seien, dass der Versicherer Versicherungsleistungen nur für die durch den Unfall eingetretenen Folgen (körperliche Schädigung oder Tod) erbringe (Art 21 AUVB). Im Grunde würden die „Folgenklauseln“ nur der Gewährleistung dieses Prinzips dienen, in dem sie im „Grenzbereich zwischen Unfall und degenerativen Körperzuständen“ den eindeutigen Nachweis verlangen, dass es sich bei den durch den Unfall ausgelösten Beschwerden des Versicherungsnehmers wirklich um „Unfallfolgen“ handle. Es sei keinesfalls selbstverständlich, einem Herzinfarkt/Schlaganfall schlechthin die Eigenschaft abzusprechen, als Unfallfolge gelten zu können, weil „Folgenklauseln“ im Allgemeinen nur einen Zweck hätten, nämlich zu verhindern, dass der Versicherer „Unfallfolgen“ tragen soll, die zwar möglicherweise durch den Unfall ausgelöst werden, früher oder später aber ohnehin aufgetreten wären, weil im Körper des Versicherten bereits entsprechende degenerative Veränderungen „angelegt“ waren. Vor diesem Hintergrund erweise sich aber der sehr weite Ausschluss, nämlich Herzinfarkt und Schlaganfall kategorisch, selbst bei ausschließlicher Ursächlichkeit des versicherten Unfallereignisses und ohne jegliche Mitwirkung eines degenerativen Geschehens undifferenziert nicht unter Versicherungsschutz zu stellen, als gröblich benachteiligend im Sinn des § 879 Abs 3 ABGB, weil dieser unbedingte Ausschluss über das aufgezeigte legitime Interesse des Versicherers hinauschieße und deutlich von den Erwartungen des Versicherungsnehmers abweiche (vgl auch Maitz AUVB Allgemeine Bedingungen für die Unfallversicherung [2017] 258).

Der Oberste Gerichtshof hat in seiner Entscheidung 7 Ob 73/12i die Argumentation Fenyves zu einer vergleichbaren Klausel (Art 17 Abs 8 AUVB 1989) bereits ausdrücklich gebilligt. Soweit Art 6 Abs 3 AUVB den Versicherungsschutz Herzinfarkt und Schlaganfall kategorisch als Unfallfolge ausschließt, verstößt sie demnach gegen § 879 Abs 3 ABGB und ist unwirksam. Eine geltungserhaltende Reduktion der Klausel kommt aufgrund der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs nicht in Frage.

Fazit:

Der OGH geht mit der Klausel der Versicherer hart ins Gericht. Ein vergleichbarer Fall war auch von der Schlichtungskommission zu beurteilen. Es wird abzuwarten sein, wie die Versicherer in der Formulierung ihrer Versicherungsbedingungen reagieren werden.

1.4. Stenogramm - aktuelle versicherungsrechtliche Urteile im Überblick

■ Feststellungsklage auf Neuwertspanne möglich (OGH vom 23.10.2019, 7 Ob 142/19m)

Ist auch die Frage der Neuwertentschädigung im Hinblick auf die von der Beklagten eingewandte (teilweise) Leistungsfreiheit infolge Verletzung der Rettungspflicht durch die Klägerin dem Grunde nach zu klären, kann im Hinblick darauf und vor dem Hintergrund, dass für die Wiederherstellung des Gebäudes als Voraussetzung für den Anspruch auf Neuwertentschädigung



immer noch keine ausreichende Sicherheit besteht, ein rechtliches Interesse der Klägerin an der Feststellung der Deckungspflicht der Beklagten für die Neuwertentschädigung nicht ausgeschlossen werden.

■ **Übermäßiger Austritt von Wasserdampf ist kein Leitungswasserschaden (OGH vom 27.11.2019, 7 Ob 170/19d)**

Bei einer raumluftechnischen Anlage mit integrierter Kältemaschine, integriertem Dampfluftbefeuchter, Kühlregister sowie Heizregister („RLT-Anlage“; auch „Vollklimaanlage“ genannt) wird Luft als Transportmittel für Wärme und Kälte benützt und auch die Raumfeuchtigkeit durch die Zufuhr mehr oder weniger stark befeuchteter Luft geregelt; es handelt sich um eine Lüftungsanlage, nicht um eine wasserführende Klimaanlage. Aufgrund einer Fehlfunktion der Steuerung dieser Anlage gab sie zu viel Wasserdampf in den Raum ab, der schließlich außerhalb der RLT-Anlage an Gebäude und Inventar kondensierte, wodurch diese beschädigt wurden.

Daraus ergibt sich, dass der Schaden durch einen Fehler der Steuerung verursacht wurde, der Austritt von Wasserdampf aber grundsätzlich in der geplanten Weise und an der konstruktionsbedingt vorgesehenen Stelle erfolgte. Entspricht aber die Abgabe von Wasserdampf an die Raumluft gerade der geplanten Konstruktion, dann liegt auch kein Austritt von Leitungswasser iSd Art 1.1 AWB vor.



2. International

2.1. Medizinische Notwendigkeit eines Rücktransportes ist ex ante zu beurteilen

Eine Frau beehrte von ihrer Auslands-Krankenversicherung die Erstattung der gesamten Kosten für einen Rücktransport aus dem Ausland mit einem Charterflugzeug. Nach den vertraglichen Vereinbarungen besteht Versicherungsschutz unter anderem bei einem im Ausland unvorhergesehen eintretenden Versicherungsfall, welcher als medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen definiert ist.

Die Leistungen der Versicherung sehen unter anderem einen Rücktransport aus dem Ausland vor. Die entsprechende Klausel in den Versicherungsbedingungen (§ 4 Nr. 2) lautet wie folgt: *"Die Mehrkosten eines medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransports aus dem Ausland werden erstattet, wenn an Ort und Stelle bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist. Zusätzlich werden die Mehrkosten für eine Begleitperson erstattet, wenn die Begleitung medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet ist. Die Rückführung muss an den ständigen Wohnsitz oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus erfolgen. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen."*

Die Klägerin erlitt am 03.07.2015 in Rumänien als Radfahrerin einen Verkehrsunfall, bei dem sie u.a. eine Schlüsselbeinfraktur, eine Rippenserienfraktur mit Pneumothorax und eine Lungenkontusion erlitt.

Ihr Vater beantragte bei der Beklagten telefonisch einen Rücktransport. Dies wurde von der Beklagten unter Hinweis darauf, dass nach Auskunft eines Arztes in Rumänien die Klägerin bald aus der stationären Behandlung entlassen werden könne, abgelehnt, was objektiv nicht zutraf.

Aufgrund der Weigerung der Beklagten setzte sich der Vater der Klägerin mit der B Versicherungs-AG in Verbindung. Diese teilte dem Vater mit, dass nach ihren Recherchen die beiden am nächsten zu dem Krankenhaus gelegenen Flughäfen in Rumänien nicht von Linienflugzeugen angeflogen werden würden, welche die Möglichkeit eines Liegendtransports (mit einem sog. "Stretcher") böten.

Die behandelnde Ärztin der Klägerin hatte sich zudem gegen einen solchen Liegendtransport mit einem Linienflugzeug unter Hinweis darauf ausgesprochen, dass die Druckverhältnisse in einem solchen Flugzeug wegen der Lungenverletzung der Klägerin zu gefährlich seien.

Der Vater der Klägerin beauftragte daraufhin die B Versicherungs-AG mit dem Rücktransport der Klägerin durch ein Ambulanzflugzeug. Sie wurde nach Hamburg, den Wohnort ihres Vaters geflogen, wobei ein Flug an den dem Wohnort der Frau nächstgelegenen Flughafen Münster dasselbe gekostet hätte.

Die B Versicherungs-AG stellte für den Flug € 16.800 in Rechnung, der beklagte Versicherer erstattete lediglich € 7.300 mit der Begründung, dass ein Rückflug mit einem Linienflugzeug vom 300km entfernten Belgrad aus als Liegendtransport möglich gewesen wäre. Dabei war -



wie festgestellt wurde - nicht nur ein Liegendtransport, sondern ein ärztlich begleiteter Liegendflug medizinisch notwendig.

Das Erstgericht gab der Klage auf die Differenz von € 9.500 statt. Der Versicherer machte in seiner Berufung geltend, er habe sich auf die Auskunft des Arztes in Rumänien verlassen können, sein Verschulden könne dem Versicherer nicht zugerechnet werden.

Das OLG Hamm bestätigte die Entscheidung des Erstgerichts und wies die Berufung zurück (Urteil vom 15.3.2019, **20 U 37/18**). Aus den Entscheidungsgründen sei Folgendes hervorgehoben:

Für die Frage der medizinischen Notwendigkeit eines Rücktransports in einer Auslands-Krankenversicherung gilt - wie auch bei dem Begriff der medizinischen Notwendigkeit einer Heilbehandlung in der Krankheitskostenversicherung - ein objektiver Maßstab. Denn so wird ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer die Bedingungen bei verständiger Würdigung, aufmerksamer Durchsicht und unter Berücksichtigung des erkennbaren Sinnzusammenhangs verstehen. Die Beurteilung hängt nicht von der Auffassung des Versicherungsnehmers oder des ihn behandelnden Arztes ab, sondern von den objektiven medizinischen Befunden und Erkenntnissen im Zeitpunkt des Rücktransports.

Die Beurteilung, ob der von der Klägerin in Anspruch genommene Ambulanzflug - anstelle eines Linienflugs bei einem Transport mittels "Stretcher" - ein „medizinisch notwendiger Rücktransport“ war, hängt daher von den objektiven medizinischen Befunden und Erkenntnissen zum Zeitpunkt des Rücktransports ab. Es genügt aber, wie auch in der Krankheitskostenversicherung, wenn die medizinischen Befunde und Erkenntnisse es im Zeitpunkt der Vornahme vertretbar erscheinen lassen, die Behandlung bzw. den Rücktransport als notwendig anzusehen.

Maßgeblich hierfür sind die seinerzeitigen Erkenntnismöglichkeiten des Versicherungsnehmers oder der für diesen handelnden Personen. Dies ergibt die Auslegung der entsprechenden Versicherungsbedingungen nach dem Verständnis eines durchschnittlichen Versicherungsnehmers. Die Beklagte hat mit der Versicherung Versicherungsschutz für Notsituationen versprochen. Es liegt im Wesen einer Auslands-Krankenversicherung, welche die Kosten für einen Rücktransport umfasst, dass der Versicherungsnehmer im Versicherungsfall oftmals nur über stark begrenzte Erkenntnisquellen vor Ort verfügt, wenn er denn überhaupt in der Lage ist, sich über einen Rücktransport zu informieren.

Für die Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit eines Rücktransports sind somit zwar die objektiven Diagnosen, Befunde und sonstigen Umstände maßgeblich, es können aber - wenn mehrere Transportmöglichkeiten bestehen - nur die Transportmöglichkeiten berücksichtigt werden, welche für den Versicherungsnehmer nach den ihm zugänglichen Erkenntnismöglichkeiten ersichtlich sind.

Fazit:

Die Beurteilung, welche Maßnahmen „medizinisch notwendig“ sind, ist grundsätzlich nach objektiven Kriterien ex ante zu treffen - dies gilt sowohl für die Krankheitskostenversicherung (vgl **7 Ob 165/15p**) und Unfallversicherung als auch für Fälle aus der Reisekranken- und -stornoversicherung. Gerade wenn der Versicherer eine Sofortdeckung ablehnt und sich nicht um die Organisation des Rücktransportes kümmert, ist



dem Versicherungsnehmer in seiner besonderen Notsituation in der Regel nicht zumutbar, sich um jede nur denkbare Möglichkeit des Rücktransportes zu bemühen, sondern die offensichtlichen Möglichkeiten in Betracht zu ziehen.

2.2. Stenogramm - weitere Entscheidungen aus Europa im Überblick

- **Beweislastgrundsätze für mut- oder böswillige Beschädigungen des Fahrzeugs in der Kaskoversicherung bei vorheriger Entwendung (LG Frankfurt/Main, Urteil vom 25.4.2018, 2-08 O 213/16)**

Im Falle der Entwendung eines voll-, jedoch nicht teilkaskoversicherten Fahrzeugs ist für den Beweis der Beschädigung durch mut- oder böswillige Handlungen nach Wiederauffinden auf das äußere Bild abzustellen, wenn die Ursachen vorgefundener Schäden nicht festzustellen ist.

- **Keine Täuschungsabsicht bei offensichtlich geschätzter Laufleistung des Kfz (OLG Dresden, Urteil vom 11.6.2019, 4 U 1399/18)**

Die Aufklärungspflicht des Versicherungsnehmers nach Eintritt eines Versicherungsfalles erstreckt sich auch auf Tatsachen, deren Angabe eigenen Interessen widerspricht, sofern sie zur Aufklärung des Tatbestandes dienlich sein können. Unzulängliche Angaben des Versicherungsnehmers verletzen aber dann keine schutzwürdigen Interessen des Versicherers, wenn dieser einen maßgeblichen Umstand bereits kennt.

Die Angabe einer Laufleistung von exakt "100.000 km", der eine Tilde vorangestellt wird, macht deutlich, dass es sich hierbei um eine Schätzung handelt. Abweichungen von 10% zur tatsächlichen Laufleistung lassen in einem solchen Fall keinen Rückschluss auf eine Täuschungsabsicht zu.



II. Weitere Judikatur

1. Einstellungskosten für beschädigtes Fahrzeug und die Schadenminderungspflicht

Das Landesgericht für Zivilrechtssachen Wien traf unlängst eine Entscheidung zur Frage, in wieweit Autobesitzer nach einem Unfall von der gegnerischen Haftpflichtversicherung die Kosten der Abstellung des beschädigten Fahrzeugs verlangen können. Im konkreten Fall war das Fahrzeug rund 2 Monate auf einem Standplatz einer Kfz-Werkstätte abgestellt worden, zumal sich der Versicherer mit der Besichtigung des Fahrzeugs Zeit ließ und unklar war, ob es sich um einen Totalschaden handelt. Das Erstgericht sprach dem Kläger die Einstellungskosten iHv € 540,- zu, das LG f. ZRS Wien gab der Berufung der Versicherung nicht Folge (Urteil vom 24.1.2020, [36 R 316/19s](#)). Der Rechtssatz „Ein Zuwarten mit der Reparatur bis zur Genehmigung durch den Haftpflichtversicherer ist grundsätzlich nicht gerechtfertigt“ sei in dieser Kürze nicht allgemeingültig. Ein Reparaturauftrag müsse zwar, wenn sich aus der verzögerten Erteilung des Auftrages eine Vergrößerung des Schadens voraussichtlich ergebe, so schnell wie möglich erteilt werden. Ein Zuwarten kann jedoch nach den Umständen des Einzelfalles in einem gewissen Ausmaß gerechtfertigt sein. Im konkreten Fall sei unklar gewesen, ob der Versicherer das Fahrzeug nicht als Totalschaden einstufe. Die Argumentation des Versicherers, der Kläger hätte selbst eine Besichtigung des Fahrzeugs beauftragen müssen, wurde verworfen: Es sei in der Versicherungsbranche eine umgehende Besichtigung durch den gegnerischen Haftpflichtversicherer üblich, erfahrungsgemäß übersteigen die Kosten eines Sachverständigengutachtens jene im Normalfall entstehenden Einstellkosten bis zur Rückmeldung des Haftpflichtversicherers. Es lag damit offenkundig (auch) im Interesse des Versicherers, die Besichtigung durch deren Sachverständigen abzuwarten.

2. Österreicher kann Anspruch auf Rehabilitationsgeld in Deutschland verlieren

Der EuGH hatte sich mit einem Fall einer österreichischen Staatsbürgerin zu beschäftigen, die bis zu ihrem Umzug nach Deutschland im Jahr 1990 59 Pensionsmonate in Österreich gesammelt hatte und seither in Deutschland 235 Versicherungsmonate erworben hatte. Sie beantragte 2015 in Österreich eine Invaliditätspension bzw. Rehabilitationsgeld. Die Pensionsversicherungsanstalt wies den Antrag mit der Begründung ab, die Frau sei nicht in Österreich sozialversichert. Die Frau klagte vor dem Landesgericht Salzburg als Arbeits- und Sozialgericht und hatte damit teilweise Erfolg: Ihre vorübergehende Invalidität wurde festgestellt, wofür ihr ein Rehabilitationsgeld aus der österreichischen Sozialversicherung zustehe. Die Sache landete schließlich beim OGH, der das Verfahren zwecks Vorabentscheidung des EuGH aussetzte. Fraglich war im Ergebnis, ob das österreichische Rehabilitationsgeld innerhalb der EU „exportierbar“ ist, zumal Deutschland keine vergleichbare Leistung kennt. Diese Entscheidung liegt nun vor (Urteil vom 5.3.2020, [C-135/19](#)). Der EuGH hielt fest, dass das Rehabilitationsgeld eine Leistung bei Krankheit ist, die Österreicherin aber im konkreten Fall nicht der österreichischen Sozialversicherung unterliegt, weil sie nicht mehr erwerbstätig ist. Damit unterliegt sie deutschem Sozialversicherungsrecht und hat keinen Anspruch auf österreichische Leistungen.



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:

Rechtsservice- und Schlichtungsstelle des
Fachverbandes der Versicherungsmakler und
Berater in Versicherungsangelegenheiten
Stubenring 16 / Top 7, 1010 Wien
schlichtungsstelle@ivo.or.at

Impressum:

Medieninhaber:

Fachverband der Versicherungsmakler und
Berater in Versicherungsangelegenheiten

Stubenring 16 / Top 7, 1010 Wien

Offenlegung

Grafik: © Tetra Images / Corbis