

Versicherungsrechts-Newsletter 3/2014

des Fachverbandes der Versicherungsmakler und Berater in Versicherungsangelegenheiten

OGH-Entscheidungen, RSS-Fälle und aktuelle Literatur
zum Versicherungsrecht & Versicherungsvermittlerrecht -
zusammengestellt von der Rechtsservice- und Schlichtungsstelle des Fachverbandes (RSS)

Vorwort des Fachverbandsobmannes

Sehr geehrte Mitglieder!

Im Newsletter 3/2013 habe ich darüber berichtet, dass die wiederholt kritisierte Versicherungsvermittlerrichtlinie bereits ausführlich Gegenstand von Beratungen des Europäischen Parlaments war. Ich habe insbesondere in diesem Newsletter darauf hingewiesen, dass sich eine Interessensvertretung auf europäischer Ebene auszahlt.

Wenn Sie, sehr geehrte Mitglieder, dieser Newsletter erreicht, hat das Europäische Parlament am 26.2.2014 über die Fassung der IMD 2 abgestimmt, die Basis für Verhandlungen mit der Europäischen Kommission und dem Rat sein wird.

Nach dem vorliegenden Vorschlag des Parlaments soll es zu keiner automatischen Offenlegung der Provisionshöhe an den Kunden kommen. Er hat jedoch darüber zu informieren, wer den Vermittler bezahlt. Die Art und Weise der Information soll von der europäischen Aufsichtsbehörde EIOPA mittels „Guidelines“ bestimmt werden.

Die Mitgliedstaaten haben die Möglichkeit, über diese Mindestanforderungen hinauszugehen – was insbesondere für die Staaten von Interesse sein wird, die sich für ein Provisionsverbot bei unabhängiger Beratung ausgesprochen haben. Nach meiner Meinung kann die österreichische Praxis, wonach in § 30 MaklerG die jahrzehntelange Übung festgeschrieben wurde, dass grundsätzlich die Provision bezahlt, jedoch aufrecht bleiben.

Festhalten möchte ich ferner, dass auch diese Richtlinie wie jede andere auch an Art 16 der Grundrechtecharta in Hinblick auf die unternehmerische Freiheit des Einzelnen geprüft werden muss. Ferner muss die Verhältnismäßigkeit des Eingriffs nach Maßgabe des Art 52 der Grundrechtecharta beurteilt werden.

Als Obmann des Fachverbandes werde ich daher mit meinen bewährten Mitstreitern Christoph Berghammer, MAS und Mag. Erwin Gisch, MBA den weiteren Gesetzwerdungsprozess beobachten und dafür kämpfen, dass die bewährte österreichische Lösung in Umsetzung der Richtlinie weiterhin beibehalten wird. Über unsere Bemühungen werde ich weiterhin berichten.

Mit freundlichen Grüßen
Gunther Riedlsperger



Inhalt:

I.	Versicherungsrechtliche Judikatur	2
1.	Österreich:	2
1.1.	Zur Zurechnung des Fehlverhaltens von Mitversicherten in der Kaskoversicherung	2
1.2.	Zur Qualifikation eines Erdkellers als Nebengebäude	4
1.3.	Stenogramm – weitere aktuelle versicherungsrechtliche Entscheidungen im Überblick	6
2.	International:.....	7
2.1.	Zur Überprüfung der vorvertraglichen Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers nach dessen Tod.....	7
2.2.	Stenogramm – weitere Entscheidungen aus Europa im Überblick	9
II.	Fälle aus der Rechtsservice- und Schlichtungsstelle (RSS)	9
	RSS-0014-13 = RSS-E 15/13	9
III.	Aus der Beratungstätigkeit des Fachverbandes und der RSS.....	11
1.	Zur Deckungspflicht von Vermögensschäden in der Betriebshaftpflichtversicherung	11
2.	Zur Vertretungsmacht des Ehegatten	12
IV.	Sonstiges.....	13
1.	VwGH erweitert Akteneinsicht.....	13
2.	Kostenersatz für Hubschraubertransport richtet sich nach Gefahrenlage im Zeitpunkt der Hubschrauberanforderung	13
3.	Abgabenänderungsgesetz: Auswirkungen auf Versicherungsverträge.....	14

I. Versicherungsrechtliche Judikatur

1. Österreich:

1.1. Zur Zurechnung des Fehlverhaltens von Mitversicherten in der Kaskoversicherung

Der Kläger hatte für seinen Pkw der Marke VW Touareg bei der Beklagten eine Kaskoversicherung abgeschlossen, der unter anderem die Allgemeinen Kaskoversicherungsbedingungen AKKB 2006/A zugrunde gelegt wurden.

Am 5. 7. 2011 brachte der Bruder des Klägers den Pkw auf einer geschotterten Parkfläche, die zum westlichen Rand eine Neigung (weniger als 10 %) aufwies, zum Stehen. Er trat die Feststellbremse mit mäßig starkem Druck. Er legte keinen Gang ein, sondern ließ den Motor laufen und stieg aus, um Kindersitze in andere dort abgestellte Pkws seiner Bekannten umzuladen. Die Fahrzeurtüre ließ er offen stehen. Als er ungefähr zehn Meter entfernt mit dem Rücken zum Pkw stand, begann dieser wegzurollen. Der Pkw kam in einem Graben zum Stillstand.

Der Kläger begehrte die Zahlung von 6.850 EUR sA an Fahrzeugschaden (6.800 EUR) und unfallkausalen Nebenkosten (50 EUR). Der Schadensfall sei vom Versicherungsschutz umfasst.

Die Beklagte bestritt das Klagebegehren. Der Lenker habe gegen die Verpflichtung nach § 23 Abs 5 StVO verstoßen, wonach das Fahrzeug, bevor dieses verlassen werde, so abzusichern sei, dass es nicht abrolle. Gemäß § 61 VersVG sei sie nicht zur Leistung verpflichtet, weil der Versicherungsfall grob fahrlässig herbeigeführt worden sei. Auch habe es der Lenker unterlassen, eine Rettungshandlung zu setzen, als das Fahrzeug bereits abzurollen begonnen habe. Sollte das Auto wegen starken Windes ins Rollen geraten sein, sei dem Kläger eine Obliegenheitsverletzung gemäß Art 7 AKKB 2006/A vorzuwerfen, weil er eine falsche Schadensmeldung erstattet habe. Das Erstgericht gab dem Klagebegehren statt. Dem Kläger seien die vorgeworfenen Obliegenheitsverletzungen nicht anzulasten. Den Lenker des Fahrzeugs treffe kein grobes Verschulden.

Das Berufungsgericht änderte das Ersturteil im Sinne einer Klagsabweisung ab, wobei es sich im Wesentlichen der Rechtsmeinung der Beklagten anschloss. Es hat die Revision zugelassen, da es keine höchstgerichtliche Rechtsprechung zur Frage gebe, ob ein Lenker grob fahrlässig handle, wenn er eine schwer dosierbare Feststellbremse, die über keine Anzeige oder Skala verfüge, bei einem Gefälle von unter 10 % mit mittelmäßig starkem Druck betätige und keine zusätzlichen Absicherungsmaßnahmen gegen das Abrollen treffe.

Der OGH gab mit Urteil vom 27.3.2013, 7 Ob 30/13g, der Revision Folge und änderte das Urteil des Berufungsgerichtes dahingehend ab, dass das Urteil des Erstgerichts wiederhergestellt wurde.

Der OGH führte aus, dass die Revision zwar nicht aus den vom Berufungsgericht genannten, jedoch aus Gründen der Rechtssicherheit zulässig und auch berechtigt sei.

Als entscheidungswesentlich ist hervorzuheben:

Die in Deutschland entwickelte Repräsentantenhaftung kann aus dem VersVG nicht abgeleitet werden. Das Verhalten eines Dritten kann daher nicht zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen. Auf Vorsatz oder grobes Verschulden des Lenkers kommt es daher bei der Beurteilung der Leistungspflicht des Versicherers grundsätzlich nicht an, wenn dieser nicht gleichzeitig Versicherungsnehmer ist.

Grundsätzlich ist der Lenker in der Kaskoversicherung nicht mitversichert, sondern Dritter. Verursacht daher der Lenker schuldhaft eine Beschädigung des Fahrzeugs, steht dem Versicherungsnehmer gegen ihn ein Anspruch auf Ersatz des Schadens zu, der gemäß § 67 Abs 1 VersVG auf den Versicherer übergeht, soweit dieser dem Versicherungsnehmer den Schaden ersetzt. Der Versicherer kann jedoch auf das Regressrecht nach § 67 Abs 1 VersVG verzichten. Ein solcher Verzicht zu Gunsten des berechtigten Lenkers bewirkt dessen Befreiung vom Risiko, zum Ersatz des von ihm verursachten Schadens herangezogen zu werden. Die auf die Versicherung eigener Sachen gerichtete Versicherung des Versicherungsnehmers umfasst in einem solchen Fall auch eine Fremdversicherung. Der Verzicht zu Gunsten des Schädigers ist nichts anderes als eine Form der - wenn auch nur teilweisen - Mitversicherung des Sachersatzinteresses dieses Schädigers.

Dies ist im vorliegenden Fall geschehen.

Die Auswirkungen des Fehlverhaltens eines von mehreren Versicherungsnehmern (Mitversicherten), das den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge hat (zB Obliegenheitsverletzung, Prämienverzug, vorsätzliche oder grob fahrlässige Herbeiführung des Versicherungsfalls) auf den (die) anderen Versicherungsnehmer (Mitversicherten) wird regelmäßig davon abhängig gemacht, ob eine Mehrheit versicherter Interessen besteht oder ob ein gemeinschaftliches, gleichartiges und ungeteiltes Interesse aller Versicherungsnehmer (Mitversicherter) versichert ist. Nur im letzten Fall kommt es zu einer Zurechnung des Fehlverhaltens anderer am Vertrag beteiligter Personen.

Im vorliegenden Fall besteht eine Mehrheit versicherter Interessen, nämlich zum einen das Sachinteresse des Klägers als Eigentümer des Pkw und zum anderen das Sachersatzinteresse seines Bruders als berechtigter Lenker.

Demnach ist dem Kläger das Fehlverhalten seines Bruders nicht zuzurechnen. Auf die Frage, ob den Lenker grobes Verschulden trifft, kommt es daher nicht an.

Fazit:

Dieses Urteil hält fest, dass der Versicherungsnehmer sein Sachinteresse jedenfalls vom Versicherer ersetzt erhält, solange ihn selbst kein grobes Verschulden trifft. Die Frage, ob den berechtigten Lenker ein grobes Verschulden trifft, hat nur für den Regress des Versicherers Relevanz.

1.2. Zur Qualifikation eines Erdkellers als Nebengebäude

Der Kläger schloss für seine näher genannte Liegenschaft mit der Beklagten eine Eigenheimversicherung samt Katastrophenschutz ab. Vereinbart wurden die Allgemeinen Bedingungen für die Eigenheimversicherung (ABE).

Art 13 der ABE lautet auszugsweise:

„2. Zusätzlich zur Höchsthaftungssumme sind am Grundstück des Hauptgebäudes frei stehende Nebengebäude (exkl. Glas- und Gewächshäuser) bis 10 % der Höchsthaftungssumme mitversichert.“

Auf dem Grundstück des Klägers steht ein Einfamilienhaus. Im Gartenbereich der Liegenschaft befindet sich - unstrittig unter der Erde - ein alter Weinkeller, der durchgehend mit einem Ziegelgewölbe versehen ist. Zirka eine Woche vor dem 28.5.2011 gab es ein „Starkregenereignis“. An jenem Tag stürzte das Kellergewölbe im Gartenbereich, im Übergangsbereich zwischen der kleinen Eingangsröhre zum erweiterten Teil, auf ca 3 m² ein.

Der Kläger begehrt von der Beklagten die Zahlung von 26.459,56 EUR sA mit der Begründung, die Beklagte sei auf Grund des eingetretenen Versicherungsfalls zur Leistung verpflichtet. Die Wiederherstellungskosten beliefen sich auf 23.992,80 EUR, für die Reparatur einer Wärmepumpe seien 2.126,76 EUR erforderlich. Dazu kämen 340 EUR für die Sicherung eines im Einsturzbereich befindlichen Baums.

Der Weinkeller sei als freistehendes Nebengebäude zu qualifizieren, jedenfalls sei das Kellergewölbe einer unbeweglichen Sache auf dem Grundstück gleichzustellen. In diesen

Versicherungsfällen sei eine Deckung bis zu 10 % der Höchsthaftungssumme gegeben, also bis zumindest 60.000 EUR.

Die Beklagte wendete zusammengefasst ein, der Einsturz eines abseits des Wohnhauses befindlichen, mit diesem nicht verbundenen Kellergewölbes sei von Art 13 ABE 2008 nicht erfasst. Ein Weinkeller sei weder Zubehör, noch könne er unter ein freistehendes Nebengebäude subsumiert werden. Selbst wenn es sich beim Weinkeller um ein Nebengebäude handeln sollte, wäre auf Grund der vereinbarten Sonderbedingungen für den Katastrophenschutz die Haftung mit 4.000 EUR beschränkt.

Das Erstgericht sprach dem Kläger unbekämpft 2.466,76 EUR sA (Aufwand für Wärmepumpenanlage und Gartengestaltungsarbeiten) zu und wies das Mehrbegehren ab. Der Weinkeller auf dem Grundstück des Klägers sei kein Zubehör im Sinn des Art 13 (Z 1) ABE. Selbst wenn der Weinkeller ein Nebengebäude sei, sei er nicht freistehend. Ebenso wenig handle es sich bei ihm um eine unbewegliche Sache auf dem Grundstück.

Das Berufungsgericht hob über Berufung des Klägers das erstinstanzliche Urteil im Umfang der Klagsabweisung (23.992,80 EUR sA) auf und verwies die Rechtssache zur neuerlichen Entscheidung nach Verfahrensergänzung an das Erstgericht zurück. Dem Sachverhalt könne nicht entnommen werden, ob der Weinkeller im Versicherungsantrag und in der Versicherungspolize angeführt worden sei und ob die Beklagte bei Abschluss des Versicherungsvertrags Kenntnis von diesem gehabt habe. Scheine der Weinkeller in dieser Urkunde nicht auf, könne grundsätzlich von einer Versicherung des Weinkellers nicht ausgegangen werden. Der verständige Versicherungsnehmer könne nicht „ohne weiteres“ davon ausgehen, die Beklagte habe einen „(freistehenden) unterirdischen“ Weinkeller, von dessen Vorhandensein üblicherweise nicht ausgegangen werden könne, einem im Freien befindlichen, frei stehenden Nebengebäude (Art 13 Z 2 ABE) gleichgehalten und ihn ohne Berücksichtigung bei der Berechnung der Höhe der zu leistenden Prämie im Sinn dieser Bestimmung versichern wollen. Sollte aber der Weinkeller mit dem Wohngebäude des Klägers fest verbunden sein und gemeinsam mit anderen Gebäudebestandteilen eine technisch wirtschaftliche Einheit bilden, wozu Vorbringen fehle, wäre der Weinkeller als Gebäudebestandteil und damit als versicherte Sache gemäß Art 13 Z 1 ABE anzusehen.

Der Rekurs an den Obersten Gerichtshof sei zulässig, weil höchstgerichtliche Rechtsprechung zur Frage fehle, ob ein Weinkeller als versicherte Sache nach Art 13 Z 1 und 4 ABE angesehen werden könne.

Der OGH gab mit Beschluss vom 23.5.2013, 7 Ob 69/13t, dem Rekurs des Klägers, der beantragte, der Klage stattzugeben, nicht Folge.

Der OGH begründete zusammengefasst wie folgt:

In Art 13 Z 2 ABE wird festgelegt, dass frei stehende Nebengebäude (ausgenommen Glas- und Gewächshäuser) bis 10 % der Höchsthaftungssumme mitversichert sind. Der Oberste Gerichtshof hat bereits zur inhaltsähnlichen Bestimmung des Art 12.1.2. ABE 2004 ausgesprochen, dass ein freistehendes, mit dem Hauptgebäude nicht verbundenes Häuschen, das als Pool- oder Badehäuschen errichtet wurde und zu Wohnzwecken dient, als solches Nebengebäude qualifiziert werden kann (vgl 7 Ob 66/12z).

Unter einem Nebengebäude wird ein unbewegliches, allseits umschlossenes, auf oder unter der Erdoberfläche errichtetes Bauwerk verstanden, das von Menschen betreten werden kann und dazu geeignet und bestimmt ist, Menschen oder Sachen gegen äußere Einflüsse zu schützen.

„Frei stehend“ ist das Nebengebäude, wenn es nicht mit dem Hauptgebäude - dem „beantragten Gebäude“ - verbunden ist.

Dass auch solche Nebengebäude mitversichert sind, die sich unter dem Erdboden befinden, ergibt sich zumindest aus der Unklarheitenregelung des § 915 ABGB, ist doch für den durchschnittlich verständigen Versicherungsnehmer eine solche Einschränkung in den Versicherungsbedingungen nicht zu entnehmen.

Zusammenfassend ergibt sich, dass mangels Feststellungen zwar nicht beurteilt werden kann, ob der Weinkeller als versicherte Sache im Sinn des Art 13 Z 1 ABE anzusehen ist oder nicht. Jedenfalls ist er aber als allseits umschlossenes, nicht mit dem Wohnhaus verbundenes Bauwerk als Nebengebäude im Sinn des Art 13 Z 2 ABE zu qualifizieren und damit mitversichert.

Die Beklagte hat den Einwand erhoben, dass auf Grund vereinbarter Sonderbedingungen für den Katastrophenschutz ihre Ersatzleistung für Nebengebäude bei Niederschlägen mit 4.000 EUR begrenzt sei. Zu diesem Einwand und zur Höhe des Klagebegehrens fehlen Feststellungen. Da jedenfalls dazu das Verfahren noch ergänzungsbedürftig ist, hat es bei der Aufhebung der erstinstanzlichen Entscheidung im Umfang der Klagsabweisung und bei der Rückverweisung der Rechtssache an das Erstgericht zu verbleiben.

Fazit:

Aus der Entscheidung ist der Schluss zu ziehen, dass bei Abschluss des Versicherungsvertrages im Rahmen der Eigenheimversicherung im Sinne der Rechtssicherheit so viele Gebäude als möglich als versicherte Objekte anzuführen, um für diese den bestmöglichen Versicherungsschutz für den Kunden zu erzielen - auch um allfällige Streitigkeiten zu vermeiden, was Zubehör oder Nebengebäude ist.

1.3. Stenogramm – weitere aktuelle versicherungsrechtliche Entscheidungen im Überblick

■ Zum immateriellen Schadenersatz von Schockschäden bei Angehörigen (OGH vom 23.10.2013, 2 Ob 72/13x)

Ein bei einem nahen Angehörigen des Unfallopfers durch die Unfallnachricht ausgelöster Schockschaden von Krankheitswert rechtfertigt den Zuspruch eines Schmerzensgelds.

Auch eine allfällige „Verlängerung“ eines seelischen Leidenszustands durch die in der Folge aufgetretenen familiären und zwischenmenschlichen Belastungen ist adäquate Folge der Unfallnachricht.



(Anm.: Im ersten Rechtsgang, 2 Ob 136/11f, sprach der OGH erstmals dem Grunde nach auch einen Schockschaden für Angehörige wegen der Benachrichtigung über einen schweren Unfall zu. Im nunmehrigen zweiten Rechtsgang wird die Höhe des Schmerzensgelds bemessen.)

■ **Keine unsachliche Differenzierung, wenn ein Krankenzusatzversicherer gewisse Leistungen von Neugeborenen ausschließt (OGH vom 16.10.2013, 7 Ob 130/13f)**

Im vorliegenden Fall wurde ein neugeborener Sohn der Klägerin nur mit dem Ausschluss des Risikos von Herzerkrankungen des Kindes in ihren Vertrag eingeschlossen. Der in den Bedingungen festgelegte Verzicht des Versicherers auf sein Recht zur Ablehnung kommt nicht zum Tragen, weil nicht beide Elternteile versichert sind.

§ 178e VersVG bezieht sich ausdrücklich nicht auf Personen, die bloß für zusätzliche Aufwendungen zu den Leistungen der gesetzlichen Sozialversicherung versichert sind.

Eine Krankenzusatzversicherung kann nur auf Basis der vertraglichen Vereinbarungen zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer geschlossen werden. Zu beachten ist, dass es hier um eine begünstigte Einbeziehung eines Kindes in einen bestehenden Vertrag ohne Risikoausschluss geht. Das Festlegen von Bedingungen dafür hat den offenbaren Grund in der Prämienkalkulation des im Rahmen der Gesetze darin freien Versicherers.

2. International:

2.1. Zur Überprüfung der vorvertraglichen Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers nach dessen Tod

Der verstorbene Ehemann der Klägerin hatte bei der beklagten Versicherung einen Renten- und einen Lebensversicherungsvertrag abgeschlossen.

Der Ehemann starb am 21.9.2009 an den Folgen einer Sepsis nach einem Darmdurchbruch.

Die Klägerin machte Ansprüche aus den Versicherungsverträgen gegen die Beklagte geltend. Diese holte im Rahmen der Leistungsprüfung eine Auskunft bei Frau D.-S. ein. Deren Mitteilung vom 16.11.2009 enthielt verschiedene Daten und Diagnosen bzw. Untersuchungen und Behandlungen des verstorbenen Ehemanns.

Die Beklagte erklärte mit an die Klägerin gerichteten Schreiben vom 18.12.2009 Anfechtung und Rücktritt vom Rentenversicherungsvertrag mit der Begründung, der Versicherungsnehmer habe die Antragsfragen Nr. 11b (Beratung, Untersuchung oder Behandlung wegen der Folgen von Alkoholgenuss oder -abhängigkeit), Nr. 12a (Krankheiten, Gesundheits- bzw. Funktionsstörungen oder Beschwerden des Herzens, der Kreislauforgane oder der Gefäße - auch Bluthochdruck -) und Nr. 15 (Erhebung von Laborwerten) trotz vorliegender Befunde verneint.

Ebenso erklärte sie mit Schreiben vom 11.10.2010 Anfechtung und Rücktritt auch zum Risiko-Lebensversicherungsvertrag wegen Falschbeantwortung der Antragsfrage Nr. 6 (nach Untersuchungen, Beratungen oder Behandlungen zum Beispiel wegen Erkrankungen, Störungen oder Beschwerden des Herzens, des Kreislaufs, [...], des Stoffwechsels, [...]).

Das zuständige Landgericht Saarbrücken wies die Klage ab, das OLG Saarbrücken gab mit Urteil vom 10.10.2012, 5 U 408/11, der Berufung nicht Folge.

Für den österreichischen Rechtsbereich ist Folgendes hervorzuheben:

Beide Gerichte kamen zum Ergebnis, dass die Anfechtung beider Versicherungsverträge wegen arglistiger Täuschung gemäß § 22 VVG, § 123 Abs 1 BGB erfolgreich war. Eine arglistige Täuschung liege deswegen vor, weil der Verstorbene bei Abschluss der Versicherungsverträge Gesundheitsfragen im jeweiligen Gesundheitsfragenformular objektiv falsch beantwortet habe.

Beide Gerichte bejahten, dass der Versicherungsnehmer arglistig gehandelt habe. Zwar gebe es keinen allgemeinen Satz der Lebenserfahrung, wonach die unrichtige Beantwortung von Fragen nach dem Gesundheitszustand oder früheren Untersuchungen und Behandlungen stets auf der Absicht beruhe, den Geschäftswillen des Versicherers zu beeinflussen. Möglicherweise hielt der Versicherungsnehmer Krankheiten oder Beschwerden irrig für bedeutungslos. Deshalb müsse der Versicherer entsprechend den allgemeinen Beweislastregeln nachweisen, dass der Versicherungsnehmer erkannt und gebilligt habe, sein Antrag werde bei wahrheitsgemäßen und vollständigen Antworten nicht oder nur zu anderen Konditionen angenommen.

Arglist sei etwa dann indiziert, wenn der Antragsteller schwere, chronische oder schadengeneigte oder immer wieder auftretende zahlreiche oder dauerhafte gesundheitliche Beeinträchtigungen verschwiegen habe oder solche, die zu erheblichen Einschränkungen des Alltags geführt haben oder die ihm offensichtlich erheblich für das versicherte Risiko erschienen haben sein mussten.

Beide Gerichte bejahten die Kausalität der Täuschung für das Zustandekommen der Versicherungsverträge.

Beide Gerichte widersprachen auch der Ansicht der Klägerin, wonach diese nicht berechtigt gewesen wäre, die vorvertraglichen Anzeigepflichten nach dem Tode zu überprüfen. Die Gerichte führten aus, dass die Übermittlung von Informationen durch die den Versicherungsnehmer behandelnden Ärzte auf einer wirksamen Schweigepflichtentbindung beruhe, die wiederum im Zusammenhang stehe mit der bedingungsgemäß zulässig festgelegten Befugnis des Versicherers, zur Klärung der Leistungspflicht - zu der auch Bestand und Anfechtbarkeit des Versicherungsvertrags zählen - "notwendige weitere Nachweise" zu verlangen und die erforderlichen Erhebungen durchzuführen.

Das Berufungsgericht war der Ansicht, dass zwar die Datenerhebungsvoraussetzungen des § 213 Abs. 1 VVG auch nach dem Tod der betroffenen Person zu beachten seien, also ihre (wirksame) Einwilligung zu Lebzeiten erforderlich sei, dass indessen die weiteren Rechte der Absätze 2 bis 4 mit ihrem Tod erloschen wären. Weder Erben noch Angehörigen stehe nämlich ein Verfügungsrecht über die der Schweigepflicht unterliegenden Informationen zu, so dass der Versicherer nach dem Tod die auf dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung betroffener Personen beruhenden Verfahrensregeln des § 213 VVG nicht mehr zu beachten habe.

Fazit:

Die Rechtslage des § 213 VVG über die Einholung von Gesundheitsdaten bei Dritten ist mit der österreichischen Rechtslage nach dem VersRÄG 2012, § 11a VersVG, vergleichbar. Auch für Österreich kann dazu festgehalten werden, dass Datenschutzrechte höchstpersönliche Rechte darstellen, die grundsätzlich mit dem Tod erlöschen. Sie können auch nicht durch Vollmacht weitergegeben werden, auch nicht durch eine Vollmacht über den Tod hinaus (§ 1022 ABGB). Damit steht Angehörigen und Erben nach unserer Ansicht nicht die Möglichkeit zu, der Datenerhebung durch den Versicherer zu widersprechen.

2.2. Stenogramm – weitere Entscheidungen aus Europa im Überblick

- **Deckungszusage schließt Schadenersatzanspruch gegen den Rechtsanwalt wegen Erhebung einer unschlüssigen Klage nicht aus (LG Flensburg, Urteil vom 30.4.2013, 1 S 158/12)**

Erhebt ein Rechtsanwalt eine wegen fehlender vorheriger Fristsetzung zur Nacherfüllung unschlüssige Klage und weist das Gericht diese deswegen ab, ist der Anwalt seinem Mandanten bzw. wegen § 86 Abs 1 VVG dem Rechtsschutzversicherer zum Schadenersatz verpflichtet. Dies gilt auch dann, wenn der Rechtsschutzversicherer eine Deckungszusage erteilt hat. Die vertraglichen Pflichten des Anwalts gegenüber seinem Mandanten werden nämlich nicht dadurch modifiziert oder eingeschränkt, dass der Mandant rechtsschutzversichert ist.

- **Überschwemmung setzt die Überflutung von Grund und Boden voraus (OLG Köln, Urteil vom 9.4.2013, 9 U 198/12)**

Eine bedingungsgemäße Überschwemmung ist deshalb nicht anzunehmen, wenn nur in den Keller des Gebäudes Wasser eingedrungen ist. Vielmehr muss sich das schadenstiftende Wasser infolge der Ausuferung von oberirdischen Gewässern oder von Witterungsniederschlägen außerhalb des Gebäudes, nämlich auf dem das Gebäude umgebenden "Grund und Boden", auf welchem das Gebäude liegt, angesammelt haben.

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

1. RSS-0014-13 = RSS-E 15/13

Folgender von der Antragstellerin geschilderter Sachverhalt liegt der Empfehlung zugrunde:

Zwischen der Antragstellerin und der Antragsgegnerin besteht eine aufrechte Courtagevereinbarung.

Gemäß der Provisionstabelle vom 8.4.2008 steht der Antragstellerin 28% der Jahresnettoprämien an Betreuungsprovision zu.



Art. 3 lit c der Provisionsbestimmungen der Antragsgegnerin für Makler lautet:

„Kundenbetreuer: Jener Vermittler, welcher entweder zuletzt einen gültigen Antrag gebracht hat oder die letztgültige Vollmacht vorgelegt hat (je nach dem was zuletzt erfolgt ist). (...).“

Pkt. 13 der Provisionsbestimmungen lautet:

„Solange eine Vereinbarung/das Dienstverhältnis besteht, vergütet (...) Betreuungsprovision von denjenigen Versicherungen bzw. deren Prämien oder Prämienanteilen, die dem vom Vertragspartner erworbenen oder zur Betreuung zugewiesenen Geschäftsstock jeweils angehören.

Die Betreuungsprovision wird von den Prämien des 1. Versicherungsjahres und der Folgejahre vergütet.“

Die Antragstellerin hat am 8.9.2009 der Antragsgegnerin die Vollmachten der Versicherungsnehmer zu den Verträgen Nr. (...) übermittelt.

Bis November 2012 haben die Versicherungsnehmer Prämien in Höhe von € 63.609,39 bezahlt. Die Antragstellerin forderte mit Schreiben Ihres Rechtsanwaltes vom 16.11.2012 die Zahlung von € 17.810,63 an Betreuungsprovision für den Zeitraum 8.9.2009 bis November 2012 samt Kosten des Einschreitens.

Die Antragsgegnerin äußerte sich zu diesem Schreiben nicht.

Die Antragstellerin beantragte, der Antragsgegnerin die Zahlung der Betreuungsprovision in Höhe von € 17.810,63 zu empfehlen.

Die Antragsgegnerin gab mit Email vom 6.8.2013 bekannt, sich am Schlichtungsverfahren „aufgrund der Komplexität des Sachverhaltes und der umfangreichen Vorgeschichte in diesem speziellen Fall“ nicht zu beteiligen und verwies die Antragstellerin auf ein umfassendes gerichtliches Verfahren.

Die Schlichtungskommission hat der Antragsgegnerin die Zahlung der Provision wie von der Antragstellerin beantragt empfohlen.

In rechtlicher Hinsicht hat die Schlichtungskommission erwogen:

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

Gemäß § 6 ABGB darf einem Gesetz in der Anwendung kein anderer Verstand beigelegt werden, als welcher aus der eigentümlichen Bedeutung der Worte in ihrem Zusammenhang und aus der klaren Absicht des Gesetzgebers hervorleuchtet.

Diese Auslegungsregeln des ABGB finden auch auf Vereinsstatuten, allfällige Rechtsschutzregulative (vgl. SZ 58/178) und somit auch auf die Verfahrensordnung der Schlichtungsstelle Anwendung, zumal es sich bei dieser um eine gemäß § 47 Abs 1 iVm § 43 Abs 3 Z 1 WKG um eine autonom erlassene generell-abstrakte Rechtsvorschrift im Wirkungsbereich

des Fachverbandes der Versicherungsmakler und Berater in Versicherungsangelegenheiten handelt (vgl E des OGH vom 15.1.2013, 4 Ob 203/12z).

Daraus folgt, dass die Schlichtungskommission an das Vorbringen in tatsächlicher Hinsicht gebunden ist, aber nicht an die rechtliche Beurteilung durch die Streitteile. Die Schlichtungskommission hat analog zu § 396 ZPO nur das vom Antragsteller auf den Gegenstand des Rechtsstreites bezügliche tatsächliche Vorbringen für wahr zu halten.

Ausgehend von den tatsächlichen Angaben der Antragstellerin, dass dieser ab dem 8.9.2009 aufgrund der vorgelegten Vollmachten die Provision in genannter Höhe zusteht und fällig ist, besteht daher eine Zahlungspflicht der Antragsgegnerin gegenüber der Antragstellerin aus der getroffenen Courtagevereinbarung auch in rechtlicher Hinsicht.

Eine allfällige Verjährung der Ansprüche war mangels Beteiligung der Antragsgegnerin nicht zu prüfen, da gemäß § 1501 ABGB auf die Verjährung von Amts wegen kein Bedacht zu nehmen ist, sondern diese nur über Einwendung der Parteien berücksichtigt wird.

In einem allfälligen zivilgerichtlichen Verfahren vor dem sachlich und örtlich zuständigen Landesgericht wird aber zu klären sein, welche Beträge im Einzelnen wann fällig geworden sind und aus welchen Gründen eine Einklagung des ausstehenden Saldos bislang unterblieben ist. Dem der Schlichtungskommission vorliegenden Akteninhalt ist hierzu nichts zu entnehmen, es erübrigen sich daher weitere Stellungnahmen zu diesen Beweisthemen.

Es war daher wie im Spruch zu entscheiden.

III. Aus der Beratungstätigkeit des Fachverbandes und der RSS

1. Zur Deckungspflicht von Vermögensschäden in der Betriebshaftpflichtversicherung

Folgender Sachverhalt wurde von einem Makler der RSS geschildert:

Das Mitglied lieferte eine defekte Folie an einen Bauherrn. Aufgrund dieses Mangels machte die für den Auftrag beauftragte Baufirma Schadenersatz beim Lieferanten wegen Stehzeiten bzw. Mehraufwands geltend. Es ist unstrittig, dass der Mangel an der Folie einen unversicherten Schaden an der eigenen Leistung darstellt. Muss aber der Haftpflichtversicherer den Vermögensschaden ersetzen?

Die RSS beantwortete diese Frage wie folgt:

Gemäß Art. 1 der AHVB besteht in der Betriebshaftpflicht folgender Versicherungsschutz:

„...die Erfüllung von Schadenersatzverpflichtungen, die dem Versicherungsnehmer wegen eines Personenschadens, eines Sachschadens oder eines Vermögensschadens, der auf einen versicherten Personen- oder Sachschaden zurückzuführen ist, aufgrund gesetzlicher



Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts erwachsen (in der Folge kurz „Schadenersatzverpflichtungen“ genannt).“

Aufgrund dieser Formulierung sind Vermögensschäden, die auf einen Sachschaden zurückzuführen sind, der nicht versichert ist, ebenfalls nicht versichert, sondern müssten über gesonderte Vereinbarung mitversichert werden.

Dazu auch Kofler, Haftpflichtversicherung, S. 44:

„Nicht versichert ist der Gewährleistungsanspruch des Geschädigten gegen den Versicherungsnehmer, der auf seine Kosten die Nachbesserung seiner mangelhaft geleisteten Arbeit durchzuführen hat. Während dieser Zeit besteht im Versicherungsvertrag auch keine Deckung für den daraus resultierenden reinen Vermögensschaden, z.B. Kosten eines Mietwagens.

Das Grundprinzip lautet: wenn der Primärschaden nicht versichert ist, besteht auch keine Deckung für den Sekundärschaden.“

2. Zur Vertretungsmacht des Ehegatten

Ein Mitglied wandte sich mit folgender Fragestellung an die RSS:

Eine Kundin des Mitglieds lag im Spital, deren Ehemann unterschrieb die Vollmacht der Kundin an den Makler in Vollmacht. Diese Vollmacht verwendete der Makler zur Kündigung eines Versicherungsvertrages, welche der Versicherer zurückwies. Frage: Hätte der Versicherer die Kündigung annehmen müssen oder darf er sich auf eine fehlerhafte Vollmacht berufen?

Die RSS gab dazu folgende Auskunft:

Aus familienrechtlicher Sicht betrachtet gibt es keine automatischen wechselseitigen Vollmachten oder Vertretungen zwischen Eheleuten – einzige Ausnahme wäre die sogenannte Schlüsselgewalt (§ 96 ABGB): ein Ehepartner, der den Haushalt führt und keine eigenen Einkünfte hat, kann Rechtsgeschäfte des täglichen Lebens im Namen des Partners abschließen, wenn diese Geschäfte ein den Lebensverhältnissen des Paares entsprechendes Maß nicht überschreiten.

Liegt eine solche Konstellation nicht vor, müsste die Kundin ihrem Mann eine Vollmacht zur Kündigung des Vertrages erteilen (bzw. eine Vollmacht erteilen, dass er in ihrem Namen Sie als Makler bevollmächtigt).

Grundsätzlich ist die Vollmacht formfrei, kann also auch mündlich erteilt werden. Wenn also die Kundin ihren Mann bevollmächtigt, die Kündigung des gemeinsamen Vertrages auch in ihrem Namen auszusprechen, ist dies von der Versicherung anzuerkennen. Es ist aber die Frage, wie diese Vollmacht dem Versicherer gegenüber nachgewiesen werden kann, wenn dieser bestreitet, dass der Ehemann eine Vollmacht besitzt – hier hätte eine schriftliche Bevollmächtigung selbstverständlich einen höheren Beweiswert.



IV. Sonstiges

1. VwGH erweitert Akteneinsicht

In einer Entscheidung eines verstärkten Senats vom 22.10.2013, 2012/10/0002, hält der Verwaltungsgerichtshof fest, dass den Parteien eines anhängigen oder abgeschlossenen Rechtsstreites Akteneinsicht unabhängig vom Zweck einer allfälligen Wiederaufnahme oder einer Beschwerde bei einem Höchstgericht zusteht.

Im konkreten Fall hatte ein Masseverwalter einer in Konkurs gegangenen Privatschule Akteneinsicht in den Akt des Landesschulrates über die Beschäftigung einer Lehrerin der Privatschule beantragt, die letztlich von der Bundesministerin für Unterricht, Kunst und Kultur abgewiesen wurde. Der Masseverwalter hatte sich Informationen darüber erhofft, in welcher Höhe der Lehrerin Ansprüche im Konkursverfahren zustehen.

2. Kostenersatz für Hubschraubertransport richtet sich nach Gefahrenlage im Zeitpunkt der Hubschrauberanforderung

Das OLG Wien hatte in folgendem Fall zu entscheiden, ob der Sozialversicherungsträger die Kosten einer Überstellung eines 8jährigen Buben von einer Arztordination in das nächstgelegene Krankenhaus per Hubschrauber zu übernehmen hatte.

Nach einem Schiunfall hatte der Kläger mit seinem verunfallten Sohn zuerst die Heimfahrt angetreten, suchte auf dieser aber einen Facharzt in seiner Ordination auf. Der Sohn litt an starken Schmerzen nach einem knöchernen Ausriss am Schienbeinkopf und zeigte Schocksymptome. Das nächstgelegene Krankenhaus war 60km entfernt, der nächstgelegene Notarztwagen hätte eine Anfahrtszeit von 30min benötigt.

Das Erstgericht wies die Klage des Vaters weitestgehend mit der Begründung ab, dass zwar der Facharzt von einer potentiellen Lebensgefahr des Patienten ausgegangen war, aber ex post betrachtet keine medizinische Notwendigkeit eines Hubschraubertransportes vorlag.

Dieser Ansicht widersprach das OLG Wien als Berufungsgericht in Arbeits- und Sozialrechtssachen mit seinem Urteil vom 17.12.2012, 7 Rs 175/12z.

Es hielt in seiner Begründung fest, dass die Notwendigkeit einer Krankenbehandlung stets losgelöst vom Erfolg oder Nichterfolg der tatsächlichen Krankenbehandlung ex ante, also im Vorhinein zu beurteilen sei. Dieser Grundsatz gelte auch für den Krankentransport, der ein Annex zur ärztlichen Hilfe oder Anstaltspflege sei.



3. Abgabenänderungsgesetz: Auswirkungen auf Versicherungsverträge

Im Parlament wurde kurz vor Veröffentlichung des Newsletters das Abgabenänderungsgesetz 2014 behandelt. Nach der zu Redaktionsschluss vorliegenden Regierungsvorlage sind folgende versicherungsrelevante Änderungen, die mit 1. März 2013 in Kraft treten sollen, geplant:

1. Erhöhung der motorbezogenen Versicherungssteuer

Die Sätze der motorbezogenen Versicherungssteuer, die seit 2000 unverändert waren, werden angepasst, wobei Kfz über 90kW stärker belastet werden sollen.

2. Steuerbegünstigung bei Lebensversicherungsverträgen über 50jähriger

Um Er- und Ablebensversicherungen für ältere Anleger attraktiv zu machen, wird die 15jährige Mindestlaufzeit steuerbegünstigter Lebensversicherungsverträge für bei Abschluss über 50jährige Personen auf 10 Jahre verkürzt. Parallel wird diese Regelung auf die Erträge aus Lebensversicherungen im Einkommenssteuergesetz angewendet.



Die

Rechtsservice- und Schlichtungsstelle

des Fachverbandes der Versicherungsmakler und Berater in Versicherungsangelegenheiten behandelt rechtliche Probleme in Versicherungsfragen, wenn der Versicherungsvertrag von einem Makler vermittelt wurde

- rechtlich fundiert
- rasch
- kostengünstig

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

Nähere Infos bei:

Interessensverband der Versicherungsmakler und Berater
in Versicherungsangelegenheiten Österreichs

Johannesgasse 2/Stiege 1/2.Stock/Tür 28, 1010 Wien

schlichtungsstelle@ivo.or.at

Impressum:

Medieninhaber:

Fachverband der Versicherungsmakler und Berater in Versicherungsangelegenheiten

Johannesgasse 2/Stiege 1/2.Stock/Tür 28, 1010 Wien

Offenlegung



Haftungsausschluss

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