



**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-0055-08-17

=RSS-E 2/09

Die Schlichtungskommission des Fachverbandes der Versicherungsmakler und Berater in Versicherungsangelegenheiten Österreichs hat durch seinen Vorsitzenden Dr. Ekkehard Schalich und die Beisitzer Mag. Reinhard Schrefler, KR Siegfried Fleischacker, Dr. Helmut Tenschert und Rolf Krappen in seiner nichtöffentlichen Sitzung vom 16. April 2009 in der Schlichtungssache [REDACTED], vertreten durch [REDACTED], gegen [REDACTED], beschlossen:

Der Antrag der Antragstellerin, der antragsgegnerischen Versicherung zu empfehlen, den Krankenversicherungsvertrag [REDACTED] wieder in Kraft zu setzen und die ausstehenden Kosten zu bezahlen, wird abgewiesen.

Begründung

Folgender Sachverhalt steht unbestritten fest:

Die Antragstellerin hat am 18.5.2005 ihren Hausarzt [REDACTED] und später den Facharzt [REDACTED] wegen psychischer Störungen konsultiert. Sie stellte am 21.7.2005 bei der antragsgegnerischen Versicherung einen Antrag auf Kranken-(Klassezusatz-)Versicherung per 1.7.2005 (MZG 1/05). In der von ihr ausgefüllten Erklärung zum Gesundheitszustand beantwortete sie unter anderem die Frage nach dem Vorhandensein einer geistigen oder seelischen Störung mit „nein“. Die antragsgegnerische Versicherung nahm diesen Antrag

zur Polizzenummer [REDACTED] am 15.9.2005 mit Wirksamkeit vom 1.7.2005 an.

Die „Schlusserklärung für die Gesundheitsvorsorge“ enthält links oben nachstehenden Passus:

„In Anwendung des § 1a VersVG ist der Antragsteller 6 Wochen an diesen Antrag gebunden.

Der Versicherungsschutz entsteht erst mit Zugang der Polizze oder einer gesonderten Annahmeerklärung des Versicherers. Der Antragsteller nimmt daher ausdrücklich zur Kenntnis, dass vor diesem Zeitpunkt eine vorläufige Deckungspflicht des Versicherers nicht besteht; dies gilt auch, wenn der Vertrag nicht zustandekommt.“

Der zweite Absatz dieses Textes ist in Fettschrift gedruckt und unterstrichen, er hebt sich deutlich vom übrigen Schriftbild ab.

Die Antragstellerin befand sich vom 28.7.2005 bis 5.9.2005 in stationärer Pflege der Universitätsklinik für Psychiatrie [REDACTED] [REDACTED] wegen einer Schwangerschaftsdepression. Sie unterließ eine Mitteilung dieses Umstandes an die gegnerische Versicherung. In der gleichen Anstalt befand sie sich wiederum ebenfalls stationär vom 11.2.2008 bis 10.3.2008. Auf die Schadensmeldung für letzteren Krankenhausaufenthalt hin trat die Antragsgegnerin mit Schreiben vom 19.2.2008 vom Versicherungsvertrag mit der Begründung zurück, die Antragstellerin habe im Antrag ihre Depression verschwiegen.

Am 28.6.2008 stellte der Hausarzt der Antragstellerin [REDACTED] folgendes Attest aus:

„...Zum Zeitpunkt der Unterfertigung des Antrages auf Versicherung am 21.7.2005 war die Patientin zwar in hausärztlicher und in fachärztlicher Behandlung gewesen, doch

schien es sich zu diesem Zeitpunkt nur um eine vorübergehende psych. Störung unmittelbar nach der Entbindung (3.7.05) zu handeln. Auch der Facharztbefund von [REDACTED] spricht nur von einer Angst-Panikstörung, nicht von einer Depression.

Die Patientin war also zum damaligen Zeitpunkt nach bestem Wissen der Meinung, keine Depression zu haben. Diese stellte sich erst später heraus. Sowohl ich als Hausarzt, als auch der Facharzt (auch später das psychiatrische Krankenhaus) hielten zum fraglichen Zeitpunkt den Zustand der Patientin für eine vorübergehende Störung. Die Patientin war also damals umsoweniger in der Lage, ihren Zustand als Depression zu erkennen. Die Angaben zum Versicherungsabschluss wurden also sicher nach dem damaligen Wissenstand ehrlich und richtig gemacht.“

Die Antragstellerin begehrt, die „Wiederinkraftsetzung des Vertrages per 1.7.2005“ und die Bezahlung der ausstehenden Kosten.

Die Antragsgegnerin sprach sich gegen die Stattgebung des Antrages mit der Begründung aus, dass die Antragstellerin ihre Anzeigepflicht bezüglich ihres Gesundheitszustandes verletzt habe.

Rechtlich 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. Die Nichtanzeige von Umständen, nach denen der Versicherer nicht gefragt hat, schadet dem Versicherungsnehmer nur dann, wenn er mit grober Fahrlässigkeit handelte, dh. wissen musste, dass ein derartiger Umstand den Versicherer interessieren muss.

Nach der Rechtsprechung fällt dem Versicherungsnehmer auch die unterlassene Anzeige eines gefahrrelevanten Umstandes während der Bindungsfrist, also bis zur Polizzierung zur Last (vgl 7 Ob 248/07g).

Die Frage nach seelischen Störungen umfasst den Gesamtbereich der seelischen und geistigen Erkrankungen, zu denen auch vorübergehende psychische Störungen, die einer ärztlichen Behandlung bedürfen, zu zählen sind. Die im Vordruck gestellte Frage der antragsgegnerischen Versicherung ist als klar gestellt zu bewerten. Die Beantwortung durch die Antragstellerin mit „nein“ stellt daher eine Anzeigepflichtverletzung dar. Für das mangelnde Verschulden an der Verletzung trifft grundsätzlich den Versicherungsnehmer die Beweislast (vgl MGA, VersVG<sup>6</sup>, § 16/78ff.). Fraglich ist, ob die Antragstellerin aufgrund der Ausführungen des ärztlichen Attests [REDACTED] nach objektiven Maßstäben beurteilt annehmen durfte, auf Dauer geheilt zu sein. Dies ist aus nachstehenden Gründen zu verneinen:

Das ärztliche Attest [REDACTED] bezieht sich allein vom Ausstellungsdatum [REDACTED] her auf die vorangegangene Auseinandersetzung mit der antragsgegnerischen Versicherung, die dort der Antragstellerin attestierte Glaubwürdigkeit stellt eine subjektive Beurteilung dar, die spätestens mit dem stationären Aufenthalt in der Psychiatrie [REDACTED] vom 28.7.-5.9.2005 sich für jedermann als eindeutig unrichtig erwiesen

hat. Dieser stationäre Aufenthalt lässt aufgrund seiner längeren Dauer bereits erkennen, dass eine schwerwiegende und daher meldepflichtige Erkrankung vorliegt. Warum die Antragstellerin in der Folge eine Bekanntgabe dieses Umstandes an die antragsgegnerische Versicherung unterließ, vermag sie nicht aufzuklären.

Da die Belehrung durch die antragsgegnerische Versicherung über das Fehlen einer vorläufigen Deckung des Versicherungsantrages der Antragstellerin sowohl inhaltlich wie auch von der Auffälligkeit her ausreichend erscheint, konnte der Antragstellerin auch keine vorläufige Deckung im Sinne des § 1a VersVG zuerkannt werden.

Da die Kenntnis des gegenständlichen Umstandes durch die antragsgegnerische Versicherung und das folgende Kündigungsschreiben den gesetzlichen Vorschriften entspricht, ist die antragsgegnerische Versicherung nicht deckungspflichtig und war der Antrag daher abzuweisen.

Für die Schlichtungskommission:

Dr. Schalich

Wien, am 16. April 2009