



Versicherungsrechts-NEWS

Nr. 5/2020

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.	Doppelversicherung: Antragsfragen beachten!	2
1.2.	Verweis auf AVB im Antrag reicht aus	3
1.3.	Ein Vermögensberater als Strohmann	5
1.4.	Stenogramm - aktuelle versicherungsrechtliche Urteile im Überblick	6
2.	International	6
2.1.	Vertragsabschluss mit Geschäftsunfähigem ist Verstoß	6
2.2.	Stenogramm - weitere Entscheidungen aus Europa im Überblick	8
II.	Weitere Judikatur	9
1.	Schiunfall: Schreckreaktion auf anderen Schifahrer gilt nicht als Mitverschulden	9
2.	Zahnarzt muss sich mit Anästhesist abstimmen	9



I. Versicherungsrechtliche Judikatur

1. Österreich

1.1. Doppelversicherung: Antragsfragen beachten!

Eine Versicherungsnehmerin gab bei der Antragstellung nicht an, dass sie zu diesem Zeitpunkt bereits einen anderen Rechtsschutzversicherungsvertrag abgeschlossen hatte. Der nunmehrige Rechtsschutzversicherer erlangte im Zuge eines Schadenfalles, für den er eingeschränkt Deckung erteilt hatte, davon Kenntnis und trat vom Vertrag zurück. Das Versicherungsunternehmen argumentierte, den Vertrag nicht abgeschlossen zu haben, hätte man vom bestehenden Vertrag gewusst.

Die Versicherungsnehmerin klagte auf Feststellung des aufrechten Bestands des Vertrages, Unwirksamkeit der Kündigung und Deckungspflicht für den laufenden Rechtsschutzfall.

Das Erstgericht wies die Klage ab. Der Versicherer sei rechtzeitig innerhalb der Monatsfrist des § 20 Abs 1 VersVG zurückgetreten, die Klägerin konnte ein fehlendes Verschulden an der Anzeigepflichtverletzung nicht beweisen.

Das Berufungsgericht gab der Berufung Folge und änderte das Ersturteil im Sinne der Klagsstattgebung ab. Aus seiner Sicht sei der § 58 VersVG eine lex specialis zu den §§ 16 ff. VersVG. Der Abschluss mehrerer Versicherungsverträge über das gleiche Risiko sei nicht zwingend auf unlautere Beweggründe des Versicherungsnehmers zurückzuführen, es könne auch Sicherheit bieten, falls ein Versicherer insolvent sei oder aufgrund unklarer Bedingungen seine Leistung verweigere.

Der OGH hob die Entscheidung der Vorinstanzen auf und verwies die Rechtssache an das Berufungsgericht zurück (Beschluss vom 22.1.2020, **7 Ob 112/19z**). Zum Verhältnis zwischen den §§ 16ff. VersVG und § 58 VersVG führte er zusammengefasst aus:

Die §§ 16 ff enthalten Regelungen über die vorvertragliche Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers. Demgegenüber bestimmt § 58 Abs 1 VersVG (nur) für alle Zweige der Schadensversicherung, zu der auch die Rechtsschutzversicherung zählt, nicht aber für die Summenversicherung, dass, wer für ein Interesse gegen dieselbe Gefahr bei mehreren Versicherern Versicherung nimmt (mehrfache Versicherung), jedem Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich Mitteilung zu machen hat.

Der Regelungszweck des § 58 VersVG besteht darin, das aus einer Mehrfachversicherung resultierende Informationsinteresse des jeweiligen Versicherers durch eine Mitteilungspflicht des Versicherungsnehmers zu schützen. Die beteiligten Versicherer sollen über die nebeneinander bestehenden Versicherungen informiert werden, um entscheiden zu können, ob sie auf Dauer mehrere Versicherungsverhältnisse akzeptieren wollen und um gegebenenfalls ihre Rechte nach § 59 VersVG (Doppelversicherung) geltend machen zu können. Auch wegen des möglicherweise erhöhten subjektiven Risikos ist die Kenntnis der mehreren Versicherungen für die Versicherer unerlässlich.

Die (nunmehr) herrschende Meinung geht dahin, dass das Bestehen mehrerer Versicherungen nicht nur nach § 58 Abs 1 VersVG anzeigepflichtig ist, sondern - auch in der Schadensversicherung - nach §§ 16 ff VersVG relevant sein kann. Für diese Ansicht spricht,



dass § 58 Abs 1 VersVG schon insoweit keine lex specialis zu den §§ 16 ff VersVG sein kann, als die Mitteilungspflicht nach der erstgenannten Vorschrift erst nach Abschluss der zweiten (mehrfachen) Versicherung anwendbar ist, während die §§ 16 ff VersVG die Anzeigepflicht vor dem Versicherungsabschluss regeln. Für Anzeigepflichtverletzungen vor dem Vertragsabschluss ist der Versicherer daher auf die Regelungen der §§ 16 ff angewiesen.

Das Berufungsgericht muss nun im fortgesetzten Verfahren die Beweistrüben der Klägerin behandeln: Diese hatte vorgebracht, dass sie an der Anzeigepflichtverletzung kein Verschulden trage - das Erstgericht hatte festgestellt, dass die Klägerin das von einem Außendienstmitarbeiter ausgefüllte Antragsformular ungelesen unterschrieben hatte. Außerdem habe der Versicherer ihrer Ansicht nach die Monatsfrist zum Rücktritt versäumt.

Fazit:

Bestehende Versicherungsverträge müssen bei entsprechenden Antragsfragen jedenfalls angegeben werden, da der Versicherungsschutz bereits bei leichter Fahrlässigkeit an der Falschbeantwortung der Antragsfrage rückwirkend verloren gehen kann - ein Bereicherungsvorsatz muss vom Versicherer nicht bewiesen werden.

1.2. Verweis auf AVB im Antrag reicht aus

Bei einem Einbruchdiebstahl in eine Doppelhaushälfte im Jahr 2016 wurden der Versicherungsnehmerin und ihrem Ehegatten Gegenstände zum Zeitwert von knapp € 38.000 gestohlen. Der größte Teil des Wertes entfiel auf Schmuck, dazu wurden 3 Silberbarren mit einem Wert von rund € 1.000, € 2.300 an Bargeld sowie einige weitere Fahrnisse mit einem Wert von rund € 1.770 entwendet.

Die Versicherungsnehmerin beschaffte binnen Jahresfrist lediglich einige Schmuckstücke mit einem Wert von € 7.900 nach, mit der begehrten Entschädigung hatte sie vor, weitere Schmuckstücke nachzukaufen.

Der Versicherer wendete die Haftungsbeschränkungen der ABH 1989 ein, und zwar für Schmuck € 7.994,01 und für Bargeld € 1.816,82.

Die Versicherungsnehmerin klagte den Neuwert von € 62.505 sowie € 1.000 für das beim Einbruch beschädigte Fenster ein. Die ABH 1989 seien ihr vor dem Schadenfall nicht ausgehändigt worden, über die Wiederbeschaffungsklausel sei sie vorab nicht aufgeklärt worden.

Das Erstgericht verpflichtete den Versicherer zur Zahlung des gesamten Zeitwerts, das Berufungsgericht bestätigte diese Entscheidung. Der Antrag enthalte keinen ausreichenden Hinweis auf die Geltung der ABH 1989, die daher nicht Vertragsinhalt geworden seien. Daher sei der Zeitwert zu ersetzen, ohne Sicherstellung der Wiederbeschaffung habe die Versicherungsnehmerin aber keinen Anspruch auf die Neuwertspanne.

Der OGH gab der Revision der Versicherung teilweise Folge und änderte das Urteil dahingehend ab, dass es den Versicherer zur Zahlung von rund € 13.500 verpflichtete und das Mehrbegehren abwies (Urteil vom 22.1.2020, **7 Ob 119/19d**).

Zuerst ging er auf die streng auszulegende Wiederherstellungsklausel ein:



Die strenge Wiederherstellungsklausel stellt eine Risikobegrenzung dar, mit der sichergestellt werden soll, dass der Versicherungsnehmer die Versicherungssumme nicht für frei bestimmbare Zwecke verwendet. Im Versicherungsfall entsteht zunächst nur ein Anspruch auf den Zeitwert, der Restanspruch auf den Neuwert hängt von der Wiederherstellung oder deren (fristgerechter) Sicherung ab. Ist die Wiederbeschaffung einmal ausreichend sichergestellt, wird der Anspruch des Versicherungsnehmers auf Bezahlung des Neuwerts fällig. Dieser fällig gewordene Anspruch besteht auch dann, wenn sich später herausstellen sollte, dass trotz Sicherstellung in der Folge die Wiederbeschaffung unterbleibt. Wann die Verwendung gesichert ist, ist nach Treu und Glauben zu entscheiden und hängt von den Umständen des Einzelfalls ab.

Die Wiederbeschaffung einiger Teile sowie die Absichtserklärung, weitere Teile nach Zahlung der Entschädigung zu beschaffen, stellt nach Ansicht aller Instanzen keine ausreichende Sicherstellung im Sinne der Wiederherstellungsklausel dar.

Der Versicherer hatte in seiner Revision eingewendet, dass die ABH 1989 sehr wohl Inhalt des Versicherungsvertrages geworden seien. Der OGH folgte dieser Ansicht, zumal im Versicherungsantrag folgendes enthielt:

(...) vorne am linken Rand in Fettdruck die Wortfolgen: „Zusätzliche Vereinbarungen“ und „Hinweise“ und dazu im Schriftbild des Antrags: „Die Rückseite 'Informationen und Vereinbarungen zu Ihrem Antrag' nehme ich zur Kenntnis und bestätige sie mit meiner Unterschrift. Eine Durchschrift dieses Antrages habe ich erhalten.“ Auf der Rückseite des Versicherungsantrags findet sich neben dem wiederum am linken Rand in Fettdruck ausgewiesenen Wort „Versicherungsbedingungen“ der Hinweis: „Für die beantragten Versicherungen gelten die zum Zeitpunkt der Antragstellung den gewählten Tarifen entsprechenden Versicherungsbedingungen.“

Nach ständiger Rechtsprechung werden AVB als Allgemeine Geschäftsbedingungen Vertragsbestandteil, wenn sie vertraglich vereinbart wurden. Dem Versicherungsnehmer muss deutlich erkennbar sein, dass der Versicherer nur zu seinen AVB kontrahieren will; diesem Willen muss sich der Versicherungsnehmer unterworfen haben. Dafür wird gefordert, dass in den Vertragsunterlagen zumindest ein deutlicher Hinweis auf die Einbeziehung der AVB enthalten ist und der Versicherungsnehmer die Möglichkeit hat, sich die AVB zu beschaffen oder deren Inhalt zu erfahren. Insofern reicht für deren Einbeziehung in das Vertragsverhältnis etwa die Anführung der maßgebenden AVB auf dem vom Kunden unterfertigten Antragsformular aus, ohne dass es auf die Aushändigung der AVB an den Versicherungsnehmer ankäme.

Daher waren die Haftungsbeschränkungen wirksam vereinbart, der Versicherer hat das Bargeld und den Schmuck nur in dieser Höhe zu ersetzen, dazu die von der Klausel nicht erfassten Silberbarren, die weiteren Fahrnisse sowie das beschädigte Fenster.

Fazit:

Die Aushändigung der AVB ist keine Gültigkeitsvoraussetzung für deren Wirksamkeit. Ein Verweis im Antrag reicht aus zivilrechtlicher Sicht aus. Einzig bei Obliegenheiten ist zu beachten, dass der Versicherer fahrlässig begangene Obliegenheitsverletzungen nur geltend machen kann, wenn er zuvor die Obliegenheiten mitgeteilt hat, sei es in den Bedingungen oder in anderen Urkunden (§ 6 Abs 5 VersVG).



1.3. Ein Vermögensberater als Strohmann

Ein Vermögensberater schloss per 1.1.2012 eine Haftpflichtversicherung ab. Gemäß der AVB 2010, § 4, besteht ein Ausschluss für „vorsätzliche Schadensverursachung oder wegen Schäden durch wissentliches Abweichen von Gesetz, Vorschrift, Anweisung oder Bedingung des Machtgebers (Berechtigten) oder durch sonstige wissentliche Pflichtverletzung“.

Der Versicherungsnehmer selbst war zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses nicht im Unternehmen tätig und hatte auch keine Absicht, das zu tun. Er hat das gesamte Unternehmen vielmehr einem einzigen Mitarbeiter, der über keine eigene Gewerbeberechtigung verfügte, „aus Dankbarkeit gegen Entgelt“ anvertraut. Er stellte ihm sein Unternehmen „zur Verfügung“ und ließ ihn ohne jegliche Kontrolle „schalten und walten“. Auch das Anbot zum Abschluss des Versicherungsvertrags richtete die Beklagte an den Mitarbeiter (und eine andere Person, die aber mit dem Unternehmen nicht im Zusammenhang steht). Der Versicherungsnehmer erteilte dem einzigen Mitarbeiter (zumindest schlüssig) Auftrag und Vollmacht zum selbständigen Führen des Unternehmens in seinem Namen, ohne dass er selbst nach den Feststellungen auch nur die geringste Kontrolltätigkeit entfaltete, so die Feststellungen der Unterinstanzen.

Der Mitarbeiter verursachte vorsätzlich (auf welche Weise, ist in der Entscheidung des OGH nicht dokumentiert) iSd § 152 VersVG einen Vermögensschaden bei einem Kunden. Dieser klagte den Vermögensschadenversicherer auf Feststellung der Leistungspflicht.

Die Unterinstanzen wiesen die Klage ab. Es sei angemerkt, dass der spätestmögliche Schadenszeitpunkt April 2012 war, als die Vermögensberater noch keiner gesetzlichen Pflichtversicherung für Vermögensschäden unterlagen (diese wurde erst per 1.9.2012 eingeführt).

Der OGH wies die Revision des Klägers zurück (Beschluss vom 19.2.2020). Das vorsätzliche Verhalten des Mitarbeiters sei für den Versicherungsschutz des Versicherungsnehmers von Bedeutung:

Die Rechtsprechung lehnt zwar in ständiger Rechtsprechung die Repräsentantenhaftung des Versicherungsnehmers ab, weil die Auffassung, dass die Gefahr der Herbeiführung des Versicherungsfalls durch Dritte typischerweise vertraglich vom Versicherer mitübernommen wird, dem charakteristischen Versicherungszweck der österreichischen Vertragsversicherung entspricht. Aber auch wenn der Versicherungsnehmer grundsätzlich nicht für Dritte einstehen muss, gilt dies nach der Rechtsprechung doch nicht in jedem Fall. Die Haftung für gesetzliche oder gewillkürte Vertreter ist nämlich keine bloße Repräsentantenhaftung, etwa zum Hausverwalter: 7 Ob 82/03i mwN). Schon in der Entscheidung 7 Ob 44/79 hat der Oberste Gerichtshof demgemäß ausgesprochen, dass bei Bestellung eines Dritten durch den Versicherungsnehmer zum bevollmächtigten Vertreter für ein bestimmtes Vertragsverhältnis ein besonderer und selbständiger Zurechnungsgrund vorliegt.

Fazit:

Auch wenn in Österreich die Repräsentantentheorie abgelehnt wird, gibt es doch immer wieder Fälle, in denen dem Versicherungsnehmer das Verhalten Dritter zugerechnet werden muss. Als Grundsatz ist dabei festzuhalten, dass dort, wo der Versicherungsnehmer für die



Abwicklung des Vertrages eine Person bevollmächtigt, er sich auch dessen Fehlverhalten vorwerfen lassen muss.

1.4. Stenogramm - aktuelle versicherungsrechtliche Urteile im Überblick

■ **Neurosen als Unfallfolge (OGH vom 27.11.2019, 7 Ob 160/19h)**

Eine von der Versicherungsdeckung umfasste Störung des Nervensystems liegt nur dann vor, wenn sie organische Ursachen hat. Wird das Nervensystem nicht organisch geschädigt, sondern entsteht eine Neurose nur aufgrund der psychischen Haltung des Geschädigten zum Unfall und seinen Folgen, so ist die Deckung ausgeschlossen.

■ **Unterlassung als Gefahrerhöhung (OGH vom 16.12.2019, 7 Ob 210/19m)**

Eine Gefahrerhöhung ist namentlich dann unerheblich, wenn durch sie der Wahrscheinlichkeitsgrad für den Versicherungsfall oder für einen größeren Schadensumfang nur geringfügig erhöht wird. Sollte sich in tatsächlicher Hinsicht ergeben, dass der vorgelegene Unfallablauf nicht auf einer Verkettung ganz ungewöhnlicher Umstände beruhte, sondern doch mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zu erwarten war, dann werde eine „erhebliche“ Gefahrerhöhung iSd §§ 23 Abs 1, 25 Abs 1 VersVG anzunehmen sein (7 Ob 214/17x).

Auch das Unterlassen der Beseitigung einer (unabhängig vom Willen des Versicherungsnehmers eingetretenen) Gefahrerhöhung ist als eine „Vornahme“ derselben im Sinn des § 23 Abs 1 VersVG zu werten (Hier: unterlassener Einbau einer Sicherheitsverglasung).

2. International

2.1. Vertragsabschluss mit Geschäftsunfähigem ist Verstoß

Ein Versicherungsnehmer begehrte mittels Klage Rechtsschutzdeckung für diverse Rechtsstreitigkeiten. In einem dieser Fälle ging es um einen Streit aus einem Grundstücksverkauf. Mit notariellem Verkauf vom 17.11.1999 verkaufte der ein Grundstück an ein Ehepaar. 2009 klagte er auf Berichtigung des Grundbuches, da der Grundstückskaufvertrag unwirksam gewesen sei, denn er sei damals geschäftsunfähig gewesen.

Der Versicherer lehnte die Deckung ab: Der Versicherungsvertrag sei per 31.1.2007 beendet worden, es wurde zwar ein neuer Vertrag 2010 abgeschlossen, doch dieser werde vom Versicherer angefochten.

Das Erstgericht wies in diesem Punkt die Deckungsklage ab, das Kammergericht als Berufungsgericht änderte dieses Urteil im klagsstattgebenden Sinne ab (Urteil vom 26.1.2018, 6 U 152/15).



Aus den Ausführungen des Kammergerichts ist Folgendes hervorzuheben:

Nach der einschlägigen Bestimmung in den vereinbarten Versicherungsbedingungen, § 4 (1) S. 1c) H -ARB, gilt der Versicherungsfall als eingetreten, wenn “der Versicherungsnehmer oder ein anderer einen Verstoß gegen Rechtspflichten oder Rechtsvorschriften begangen hat oder begangen haben soll”. Ein bedingungsgemäßer Verstoß i.d.S. ist jedes Verhalten, das objektiv nicht mit Rechtsvorschriften oder Rechtspflichten in Einklang steht. Maßgebliche Grundlage für die Festlegung, ob und wann ein Versicherungsfall i.d.S. gegeben ist, ist der Tatsachenvortrag, mit dem der Versicherungsnehmer den Verstoß begründet. Nach dem Sinn und Zweck der Versicherungsbedingungen, wie er sich aus der Sicht eines durchschnittlichen um Verständnis bemühten Versicherungsnehmers erschließt, kommt es dabei für den (behaupteten) Verstoß gegen Rechtspflichten und Rechtsvorschriften auf die objektiv gegebenen Umstände an, während subjektive Elemente keine entscheidende Rolle spielen.

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs beinhaltet der mit dem Tatsachenvortrag des Versicherungsnehmers erhobene Vorwurf einen solchen Verstoß i.S.d. Rechtsschutzbedingungen bereits dann, wenn der in seinem Vortrag liegende Tatsachenkern geeignet ist, den Keim für eine (zukünftige) versicherungsrechtliche Auseinandersetzung zu legen. Jeder tatsächliche, objektiv feststellbare Vorgang, der den Keim eines solchen Rechtskonflikts in sich trägt, genügt insoweit, auch wenn das gesetz- oder vertragswidrige Verhalten nicht zugleich oder ohne weiteres nach außen dringt.

Im vorliegenden Fall ist der Rechtsschutzfall im Jahr 1999 mit dem Abschluss, spätestens aber mit dem Vollzug des Kaufvertrags eingetreten. Diese Vorgänge erfüllen die Voraussetzungen für den Eintritt des Rechtsschutzfalles nach § 4 (1) S. 1c) H -ARB in der Ausprägung, die die Bestimmung durch die vom Bundesgerichtshof entwickelten Rechtsgrundsätze erhalten hat. Nach dem Vorbringen des Klägers im Ausgangsverfahren gegen die Grundstückserwerber, lag ein Verhalten der Eheleute R. vor, das ein Verstoß i. S. d. Bedingungen war und durch das der Keim für den späteren Rechtskonflikt gelegt war.

Mit dem Abschluss eines Vertrages, an dem ein Geschäftsunfähiger mitwirkt, bzw. mit dessen Vollzug, ist eine Rechtsstreitigkeit quasi “vorprogrammiert”. Der Behauptung des Klägers, er sei im fraglichen Zeitraum geschäftsunfähig gewesen, ist ein Rechtsverstoß der Eheleute R. zu entnehmen, weil deren Mitwirkung am Abschluss bzw. dem Vollzug des Grundstückskaufvertrags nicht mit § 105 BGB in Einklang steht.

Fazit:

Im vorliegenden Fall ist auch auf die deutsche Rechtsprechung hinzuweisen, dass im Aktivprozess nur Verstöße des Gegners den Versicherungsfall auslösen - dies war im konkreten Fall aber nicht von besonderer Bedeutung. Bei der Prüfung von Versicherungsfällen in der Rechtsschutzversicherung liegt die Schwierigkeit mitunter in der Frage, worin der auslösende Verstoß zu erkennen ist. Deckungsanfragen an Versicherer leiden mitunter an dem Mangel, dass nur schwer zu erkennen ist, welche Rechte der Versicherungsnehmer durchsetzen möchte und welcher Verstoß diese Rechtsdurchsetzung auslöst. Dem Makler kommt hier mitunter eine Schnittstellenfunktion zwischen dem Versicherer und dem Rechtsanwalt, der die Rechtsstreitigkeit in der Deckungsanfrage beschreibt, zu.



2.2. Stenogramm - weitere Entscheidungen aus Europa im Überblick

- **Arglist auch bei möglichen Sprachschwierigkeiten (LG Wiesbaden, Urteil vom 24.1.2019, 9 O 176/18)**

Eine arglistige Verletzung der versicherungsvertraglichen Aufklärungsobliegenheit kann auch dann angenommen werden, wenn der Versicherungsnehmer Vorschäden, die im Kfz-Kaufvertrag angegeben sind, dem Versicherer bei der Schadensmeldung verschweigt, auch wenn er sich auf mögliche Sprachschwierigkeiten beruft.

- **„Bronchitis“ statt „chronischer Lungenerkrankung“: Arglist (OLG Saarbrücken, Urteil vom 26.6.2019, 5 U 89/18)**

Gibt der Versicherungsnehmer auf Nachfrage an, einige Jahre vor Antragstellung an einer „Bronchitis“ gelitten zu haben, die sich über „drei Wochen“ in „starkem Husten“ geäußert habe, obschon er seit langem an einer chronischen Lungenerkrankung litt, verschweigt er außerdem in diesem Zusammenhang erfolgte fachärztliche Behandlungen, Untersuchungen und Verordnungen und erklärt er sich unzutreffend zu seiner Eigenschaft als Raucher, so kann der Vorwurf einer arglistigen Täuschung gerechtfertigt sein.

Ein Lebensversicherer ist nicht in jedem Falle gehalten, vor der Annahme eines Antrages auf Abschluss einer Risikoversicherung eine „Erklärung vor dem Arzt“ zum Gesundheitszustand des Versicherungsnehmers einzuholen.



II. Weitere Judikatur

1. Schiunfall: Schreckreaktion auf anderen Schifahrer gilt nicht als Mitverschulden

Eine Schifahrerin fuhr Ende 2016 in einem Schigebiet einen Hang talwärts, als sich ihr ein weiterer Schifahrer mit mindestens 40 km/h näherte. Die beiden waren rund 1m voneinander entfernt, als von den Schispitzen des beklagten Schifahrers ein Knall ausging. Die Frau drehte den Kopf in seine Richtung, bemerkte, dass der Mann knapp hinter ihr war, erschrak und stürzte. Eine Kollision zwischen den beiden erfolgte nicht, beim Sturz erlitt die Frau schwere Verletzungen, Dauerfolgen sind nicht auszuschließen. Die Gerichte hatten nun (neben der Höhe des Schmerzensgeldes) die Frage zu klären, ob der Frau ein Mitverschulden anzulasten sei, weil sie durch ihre Drehbewegung ihre Ski verkantete oder überkreuzte. Die Unterinstanzen gingen von einem 50%igen Mitverschulden der Frau aus, der OGH korrigierte diese Verschuldensteilung und sprach ihr € 11.000 an Schmerzensgeld zu (Urteil vom 16.12.2019, [8 Ob 42/19p](#)). Anders als im Straßenverkehr bestehe im Schisport keine im Allgemeinen vergleichbare Rechtspflicht, auch in gefährlichen Situationen jederzeit die Kontrolle über das Gerät zu behalten, um einen Sturz zu vermeiden. Der Frau wurde nicht vorgeworfen, eine nicht ihrem Können und den Pistenverhältnissen angepasste Fahrweise gewählt zu haben, noch habe sie gegen irgendeine anerkannte Pistenregel verstoßen. Die Drehung des Kopfes als Reaktion auf den Knall sei ein Reflex, aber kein Sorgfaltsverstoß.

2. Zahnarzt muss sich mit Anästhesist abstimmen

Ein tragischer Todesfall bei einer Zahnbehandlung landete vor dem OGH. Der Patient sollte eine Totalprothese erhalten und wünschte dafür eine Vollnarkose. Er hatte vor dem Erstgespräch mit dem Zahnarzt am Fragebogen eine Allergie gegen ein bestimmtes Schmerzmittel angegeben. Der Zahnarzt verwies für die Vollnarkose auf den Anästhesisten, beim Gespräch mit diesem war die Schmerzmittelallergie kein Thema. Besagtes Schmerzmittel kam bei der Narkose jedoch zum Einsatz, der Patient erlitt einen allergischen Schock und verstarb.

Die Witwe klagte beide Ärzte, die Unterinstanzen wiesen die Klage ab. Der OGH änderte das Urteil ab und verpflichtete den Zahnarzt, 50% des geltend gemachten Schaden, insgesamt rund € 36.600 zu ersetzen (Urteil vom 19.12.2019, [6 Ob 179/19w](#)).

Grundsätzlich habe jeder Facharzt ein eigenes Anamnesegespräch zu führen. Dem Anästhesisten sei kein Vorwurf zu machen: die Behandlung sei lege artis erfolgt, er hätte keine Veranlassung gehabt, die Angaben des Patienten mit dem Fragebogen des Zahnarztes zu vergleichen. Dem Zahnarzt sei jedoch anzulasten, dass er aufgrund des mit ihm geschlossenen Behandlungsvertrages verpflichtet gewesen wäre, die Informationen, die ihm aufgrund des Fragebogens zur Verfügung gestanden sind, zu verwenden. Er hätte organisatorisch sicherstellen müssen, dass auch der Anästhesist Zugriff auf diesen Fragebogen hat. Das Mitverschulden des Verstorbenen sei mit 50% zu berücksichtigen, weil er die Allergie beim Gespräch mit dem Narkosearzt nicht angegeben hatte, außerdem hatte der Patient kurz vor der Verabreichung des Medikaments nicht reagiert, als ein Assistent hörbar den Namen des verwendeten Schmerzmittels nannte.



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