



Versicherungsrechts-NEWS

Nr. 12/2017

Versicherungsrechts-NEWS

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)

Inhalt

I.	Versicherungsrechtliche Judikatur	2
1.	Österreich	2
1.1.	Erfrierungen nach gerissener Hose sind kein Unfall	2
1.2.	Arglist oder bloß schuldhafte Falschbeantwortung der Antragsfragen?	3
1.3.	Gesellschafterwechsel in GmbH & Co KG berechtigt nicht zur Erwerberkündigung	5
1.4.	Stenogramm - weitere aktuelle versicherungsrechtliche Entscheidungen im Überblick	7
2.	International	8
2.1.	D: Versicherungsnehmer kann auf Vollständigkeit der Antragsfragen vertrauen ..	8
2.2.	Stenogramm - weitere Entscheidungen aus Europa im Überblick	11
II.	Fälle aus der Rechtsservice- und Schlichtungsstelle (RSS) des Fachverbandes der Versicherungsmakler	12
	Haushaltsversicherung: Höchsthaftungssumme vs. Versicherungssumme	12
III.	Aus der Beratungstätigkeit des Fachverbandes und der RSS	15
1.	Rückwirkende Vertragsänderung wegen Irrtums?	15
2.	Zu spät zur Gebrauchtwagenbesichtigung - keine Deckung!	15
IV.	Gesetzgebung, Literatur & Sonstiges	16
1.	Schmerzensgeld-Forderung wird erst ab Geltendmachung verzinst	16
2.	Haftpflichtversicherer muss für Waisenrente eintreten	16
3.	Haftung des Busunternehmens für zu schnell schließende Tür	17



I. Versicherungsrechtliche Judikatur

1. Österreich

1.1. Erfrierungen nach gerissener Hose sind kein Unfall

Der Kläger hat bei der Beklagten eine private Unfallversicherung abgeschlossen, bei der das Sportrisiko „Klettern, alpines Gelände ab Schwierigkeitsgrad V“ mitversichert war.

Er und sein Kletterpartner durchstiegen die Eiger-Nordwand. Beim Aufstieg stürzte der Kläger ins Seil und schürfte dabei seine Hose an den Knien und am Oberschenkel ab. Er bemerkte dies beim Biwakieren. Am nächsten Morgen bemerkte der Kläger, dass seine Füße über Nacht sehr kalt geworden waren. Während des Biwaks durch „Hängen im Seil“ war es ihm nicht möglich, seine Schuhe auszuziehen und die Füße durch Massieren mit den Händen zu wärmen. Der Kläger und sein Kletterpartner erreichten gegen 12:00 Uhr den Gipfel; danach stiegen sie ins Tal ab. Bei dieser Klettertour erlitt der Kläger Erfrierungen an beiden Vorfüßen, die deren Amputation notwendig machten.

Ein Notruf mit dem Mobiltelefon wäre mangels Empfangs nicht möglich gewesen. Eine Rettungsaktion aus der Wand hätte wahrscheinlich - sofern überhaupt möglich - zumindest gleich lang gedauert, wie der selbständige Aufstieg zum Gipfel. Ein Rückzug aus der Wand war ebenfalls keine überlegenswerte Alternative. Der Aufstieg zum Gipfel war die einzig richtige Entscheidung.

Der Kläger beehrte von der Beklagten aus der Unfallversicherung die Zahlung von € 135.660 sA und er erhob ein Feststellungsbegehren. Der Kläger behauptete - soweit noch wesentlich -, dass sein Gesundheitsschaden direkt auf den Sturz ins Seil zurückzuführen gewesen sei und daher ein Unfall im Sinn der Versicherungsbedingungen vorgelegen habe.

Die Beklagte beantragte Abweisung der Klagebegehren. Der Kläger habe durch den Sturz ins Seil keinen Unfall im Sinn der Versicherungsbedingungen erlitten.

Das Erstgericht sprach dem Kläger € 42.360 zu. Es führte aus, dass der Sturz des Klägers ins Seil als plötzlich von außen einwirkendes Ereignis und damit als Unfall zu qualifizieren sei. Die Gesundheitsschäden seien mittelbare Folgen des Unfalls.

Das Berufungsgericht gab der Berufung der Beklagten Folge und änderte das Ersturteil im Sinne einer gänzlichen Klageabweisung ab. Die einzige plötzliche Einwirkung von außen im Sinn eines Unfallgeschehens sei nicht auf den Körper, sondern nur auf die Hose des Klägers erfolgt. Erst durch die daraus resultierenden Risse in der Hose sei über Stunden jene Feuchtigkeit bis zu den Füßen des Klägers vorgedrungen, die dort zu Erfrierungen geführt habe. Die Gesundheitsschädigung sei demnach nicht durch ein plötzlich von außen auf den Körper des Klägers wirkendes Ereignis, sondern durch das allmählich in die aufgerissene Hose vordringende Wasser verursacht worden.

Der Oberste Gerichtshof gab mit Urteil vom 18.10.2017, 7 Ob 32/17g, der Revision des Klägers nicht Folge.



In seiner Begründung verwies der OGH auf seine bisherige Rechtsprechung zum Unfallsbegriff und eine Entscheidung des BGH, in der dieser einen Unfall annahm, als ein Bergsteiger an einer Bergwand festsaß, weil sich das Kletterseil verhängt hatte und er infolgedessen erfror. Auch dort hatte das äußere Ereignis den Körper des Versicherten nicht unmittelbar beeinträchtigt. Er sei aber dort in eine hilflose Lage gebracht worden, die ihn in seiner Bewegungsfreiheit so beeinträchtigt hat, dass er den Einwirkungen der Kälte hilflos ausgesetzt war, was einem „echten“ Unfall gleichzuhalten war.

Dieser Sachverhalt unterscheidet sich jedoch vom vorliegenden, und zwar:

Der Sturz des Klägers in das Kletterseil führte zu keiner Beeinträchtigung seiner körperlichen Integrität. Die aus diesem Sturz resultierende Einwirkung auf seine Ausrüstung (Hose) hat den Kläger nicht in einer wesentlichen körperlichen Funktionalität so beeinträchtigt, dass er dadurch in eine hilflose Lage geriet, konnte er doch die Klettertour fortsetzen und beenden. Es lag daher ein Unglücksfall, aber kein Unfall iSd Art 6.1. UA00 (keine Beeinträchtigung der körperlichen Integrität oder gleichwertige Einschränkung der körperlichen Funktionalität) vor.

Fazit:

Der OGH hat bereits in einer kürzlich veröffentlichten Entscheidung festgehalten, dass Erfrierungen an sich keinen Unfall im Sinne der Bedingungen darstellen (7 Ob 79/16t, vgl RSS-Newsletter 8/2017).

Im vorliegenden Fall waren die Erfrierungen jedoch durch ein plötzliches Ereignis, den Sturz ins Seil ausgelöst. Ein Unfall setzt aber eine Beeinträchtigung der körperlichen Integrität des Versicherten voraus. Eine darüber hinausgehende Berücksichtigung etwa der bloßen Beschädigung von Ausrüstungsgegenständen, mögen sie auch am Körper getragen werden, ist durch den Unfallsbegriff nicht gedeckt.

1.2. Arglist oder bloß schuldhaft falsche Beantwortung der Antragsfragen?

Bei der Ehefrau des Klägers wurde im Jahr 2002 ein Melanom an der Regenbogenhaut (Iris-Melanom) des rechten Auges festgestellt. Das Auge wurde deshalb am 5. 11. 2002 operativ entfernt. Im Oktober 2003 war sie wegen eines erforderlichen weiteren Eingriffs im Zusammenhang mit dem entfernten rechten Auge stationär in Behandlung.

Der Kläger eröffnete 2004 bei einer Bank ein Konto. Deren Mitarbeiter vermittelte über das hauseigene Maklerunternehmen verschiedene Versicherungsverträge, so schlug er dem Kläger auch eine Lebensversicherung vor, bei der die Ehefrau mitversicherte Person war.

Am 21. 10. 2004 füllte ein Mitarbeiter der Bank in Anwesenheit des Klägers ein Antragsformular an die Beklagte für die Risikoversicherung aus, das der Kläger unterschrieb. Das Ausfüllen des Formulars erfolgte hinsichtlich der darin gestellten Fragen, insbesondere der Gesundheitsfragen, nach den Angaben des Klägers. Die Ehefrau des Klägers war nicht anwesend.

Zur Zeit des Antrags auf Abschluss der Lebensversicherung hatte die Ehefrau des Klägers keine gesundheitlichen Beschwerden und fühlte sich gesund. Ob der Kläger und seine Ehefrau subjektiv der Auffassung waren, diese sei von einer Krebserkrankung am rechten Auge vollständig und endgültig geheilt, kann nicht festgestellt werden.



Im Antrag waren „Allgemeine Fragen an die versicherte(n) Person(en)“ enthalten. Die Ehefrau des Klägers betreffend wurde die Frage nach einer Operation mit „ja: Augenoperation“ beantwortet. Weiters wurde angegeben, dass sie an einem Auge blind sei und deshalb eine 50%ige Invalidität vorliege. Die Frage „Haben oder hatten Sie Krebs oder andere Geschwulstkrankheiten“ wurde verneint. Die zu den mit „ja“ beantworteten Fragen geforderten detaillierten Erläuterungen wurden nicht gegeben. Am Ende des Formulars bestätigte der Kläger mit Unterschrift, dass alle in diesem Antrag enthaltenen Fragen richtig und vollständig beantwortet wurden.

Ob der Kläger dem den Antrag aufnehmenden Mitarbeiter der Bank sagte, dass seiner Frau das rechte Auge operativ entfernt worden sei, und ob er ergänzte, dass dies wegen Verdachts auf ein Melanom geschehen sei, ist „nicht erwiesen, ebensowenig eine dazu seitens des Bankmitarbeiters gemachte Bemerkung, wonach Melanome normalerweise die Haut betreffen und er gar nicht gewusst hat, dass es ein solches auch am Auge geben kann“.

Wäre die Beklagte darüber informiert worden, dass der Ehefrau des Klägers das Auge wegen eines Iris-Melanoms entfernt worden war, hätte sie den Versicherungsvertrag nicht abgeschlossen.

Im Jahr 2009 trat bei der Ehefrau des Klägers die Krebserkrankung wieder auf, am 1. 4. 2014 verstarb sie an deren Folgen. Der Tod stand im ursächlichen Zusammenhang mit dem erstmals im Jahr 2002 durch Entfernung des rechten Auges behandelten Iris-Melanom.

Mit Schreiben vom 7. 4. 2014, eingelangt bei der Beklagten am 15. 4. 2014, verlangte der Kläger die Auszahlung der Versicherungssumme abzüglich des bereits ausbezahlten Rückkaufwerts von € 39,51, sohin € 69.960,49. Mit Schreiben vom 6. 6. 2014 teilte die Beklagte dem Kläger mit, dass sie den Versicherungsvertrag gemäß Art 8.4 AVB aufgrund arglistiger Täuschung anfechte. Beim Abschluss des Versicherungsvertrags seien falsche Angaben in Bezug auf den Gesundheitszustand der Ehefrau des Klägers gemacht worden.

Der Kläger begehrte die Zahlung des bereits geforderten Betrages, Arglist liege nicht vor.

Die Beklagte beantragte die Klageabweisung. Der Kläger habe zwar angeführt, dass das rechte Auge blind sei, die dahinter stehende Krebserkrankung jedoch absichtlich verschwiegen.

Das Erstgericht wies die Klage ab. Der Kläger habe zumindest fahrlässig falsche Angaben gemacht, weshalb die Anzeigepflicht nach § 16 Abs 1 VersVG verletzt worden sei.

Das Berufungsgericht änderte dieses Urteil im klagsstattgebenden Sinn ab. In der Lebensversicherung sei § 163 VersVG zu berücksichtigen, demnach sei der Rücktritt wegen fahrlässiger Anzeigepflichtverletzung nur innerhalb von drei Jahren ab Vertragsabschluss möglich. Arglist liege nicht vor.

Der OGH gab der Revision Folge, hob die Urteile der Vorinstanzen auf und verwies die Rechtssache an das Erstgericht zurück (E des OGH vom 18.10.2017, 7 Ob 119/17a).

Im Ergebnis bestätigte der OGH die Ansicht des Berufungsgerichtes, dass bei Vorliegen einer schuldhaften Verletzung vorvertraglicher Aufklärungspflichten - mangels Arglist - Leistungspflicht des Versicherers besteht, wenn der Versicherungsfall nach Ablauf der in § 163 VersVG genannten Ausschlussfrist eintritt, dies selbst dann, wenn der Versicherer



erst mit dem außerhalb der Frist liegenden Eintritt des Versicherungsfalls Kenntnis von der Anzeigepflichtverletzung erlangt.

Ob der Versicherungsnehmer die Auskunftspflicht arglistig verletzt hat oder nicht, ist jedoch vom Erstgericht neuerlich zu prüfen, und zwar aus folgenden Gründen:

Für die arglistige Täuschung reicht bedingter Vorsatz. Eine arglistige Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht ist gegeben, wenn der Versicherungsnehmer nicht nur die verschwiegene oder unrichtig angezeigte Tatsache kannte, sondern um die Erheblichkeit dieser Tatsache für den Versicherer wusste. Arglist liegt demnach vor, wenn der Getäuschte absichtlich oder doch bewusst durch unrichtige Vorstellungen zur Einwilligung in einen Vertragsabschluss gebracht wurde. Ob die Voraussetzungen für die Annahme von Arglist vorliegen, ist eine Tatfrage. Nach ständiger oberstgerichtlicher Rechtsprechung obliegt auch bei der Anfechtung eines Versicherungsvertrags wegen arglistiger Täuschung dem Versicherer die volle Beweislast dafür, dass der Versicherungsnehmer ihn in unlauterer Weise durch seine unrichtigen Angaben zur Annahme des Versicherungsvertrags bestimmen wollte. Es besteht kein allgemeiner Erfahrungssatz, dass ein Versicherungsnehmer, der Antragsfragen bewusst unrichtig beantwortet, regelmäßig auch mit Arglist in Bezug auf die Willensbildung des Versicherers gehandelt hat.

Die Feststellung einer unrichtigen Angabe ersetzt damit nicht die Feststellung des Täuschungs- und Beeinflussungsvorsatzes. Im vorliegenden Fall fehlen ausdrückliche und klare Feststellungen, aus welchen Gründen die geforderte nähere Erläuterung der Augenoperation unterblieb, die Frage nach einer Krebserkrankung verneint und verschwiegen wurde, dass das rechte Auge entfernt wurde. Das Erstgericht wird daher im fortgesetzten Verfahren im Sinn der dargelegten Judikatur - unmissverständliche - Feststellungen zu treffen haben, die die Beurteilung des (Nicht-)Vorliegens von Arglist erlauben.

Fazit:

Eine Anzeigepflichtverletzung kann der Versicherer in der Lebens- und Krankenversicherung nur innerhalb der ersten drei Jahre ab Vertragsabschluss geltend machen (Ausschlussfrist, §§ 163, 178k VersVG). Das gilt nicht nur bei fahrlässigen, sondern auch grundsätzlich bei vorsätzlichen Anzeigepflichtverletzungen. Der Versicherer kann jedoch auch danach noch Arglist einwenden, dafür muss er beweisen, dass der Versicherungsnehmer durch seine falschen Angaben den Versicherer bewusst getäuscht hat und zum Vertragsabschluss bringen wollte.

1.3. Gesellschafterwechsel in GmbH & Co KG berechtigt nicht zur Erwerberkündigung

Die Beklagte, eine GmbH & Co KG, hatte auf der ihr gehörenden Liegenschaft ein Hotel betrieben und mit dem klagenden Versicherer eine Gastgewerbe-Bündelversicherung abgeschlossen.

Im Mai 2013 schieden die beiden Kommanditisten aus der KG aus, zwei ausländische Kapitalgesellschaften übernahmen der Anteile. Ebenso schieden im Juni 2013 die beiden Anteilseigentümer der GmbH aus, alleinige Gesellschafterin ist nunmehr eine der beiden Kommandistinnen.



Die Beklagte kündigte den Versicherungsvertrag „wg. Eigentümerwechsel innerhalb offener Frist mit sofortiger Wirkung“. Der Kläger widersprach dem unter Hinweis darauf, dass keine Veräußerung der versicherten Sache iSd §§ 69 f VersVG stattgefunden habe; der Vertrag bleibe aufrecht.

Nachdem der Hotelbetrieb eingestellt worden war und die Beklagte Ende 2014 um Stornierung einzelner Sparten des Versicherungsvertrags ersucht hatte, schrieb der dem zustimmende Kläger ab Jänner 2015 reduzierte Prämien vor. Den Prämienrückstand bezahlte die Beklagte trotz Mahnung und Nachfristsetzung nicht. Am 4. September 2015 kündigte der Kläger den Versicherungsvertrag gemäß §§ 38 f VersVG.

Der Kläger begehrte € 17.655,27 an offenen Prämien samt Verzugszinsen.

Die Beklagte wandte ein, sie habe im Juni 2013 berechtigterweise gekündigt. Die Liegenschaft sei „mitveräußert“ worden.

Das Erstgericht gab der Klage statt, das Berufungsgericht bestätigte dieses Urteil. Die Änderungen der Gesellschafterstruktur der Beklagten würden den Tatbestand der §§ 69 f VersVG nicht erfüllen.

Die ordentliche Revision ließ das Berufungsgericht zur Klärung der Frage einer analogen Anwendung der §§ 69 f VersVG auf einen Wechsel sämtlicher Kommanditisten und Gesellschafter der Komplementär-GmbH zu.

Die Revisionswerberin führte ins Treffen, sie sei durch den Wechsel der Gesellschafter nicht dieselbe geblieben, sondern habe ihre Gesellschaftsstruktur tiefgreifend verändert. Dies sei einem völligen Wechsel aller Gesellschafter einer OHG und damit einer Veräußerung der Liegenschaft im Sinne des § 69 VersVG gleichzuhalten. Zweck der Veräußerung der Gesellschaftsanteile sei die Veräußerung der Liegenschaft und nicht des Unternehmens gewesen; einziger Zweck der Beklagten sei es, Eigentum an der Liegenschaft zu halten.

Der OGH gab der Revision nicht Folge (E des OGH vom 21.9.2017, 7 Ob 74/17h). Er führte auszugsweise aus:

Vor dem Hintergrund des das GmbH-Recht prägenden Trennungsgrundsatzes besteht im Fall eines Wechsels der Geschäftsanteilinhaber einer GmbH kein Recht, das Versicherungsverhältnis zu kündigen, weil die Identität des Eigentümers unverändert bleibt. Zu Personengesellschaften wurde von der älteren Rechtsprechung zu alter Rechtslage vertreten, dass dann, wenn durch gleichzeitigen Fortfall aller bisherigen Gesellschafter einer OHG in der Person der Geschäftsinhaber, wenn auch mit Beibehaltung der bisherigen Firma, ein völliger Wechsel stattfindet, eine Veräußerung im Sinne des § 67 VersVG 1917 vorliegt.

Insgesamt scheidet eine direkte Anwendung der §§ 69 f VersVG auf die vorliegende Fallkonstellation aus. Der Verkauf der Geschäftsanteile der Komplementärin der Beklagten ließ deren Eigentümerrechte unberührt. Auch der Wechsel zweier Kommanditisten der Beklagten hat an deren Alleineigentum nichts geändert. Eine Veräußerung der versicherten Sache liegt nicht vor, die §§ 69 f VersVG sind nicht anwendbar.

Auch eine analoge Anwendung der §§ 69 ff. VersVG schloss der OGH aus:



In Ansehung weder der Liegenschaft noch des Hotelbetriebs hat sich eine Änderung in der Person der Eigentümerin ergeben; die umfassend rechtsfähige Beklagte ist Eigentümerin des Gesellschaftsvermögens bzw Unternehmensträgerin und -betreiberin geblieben.

Ein Wechsel der persönlich haftenden Gesellschafterin der Beklagten hat nicht stattgefunden. Gerade bei einer vom Trennungsgrundsatz geprägten Kapitalgesellschaft geht die Identität einer Gesellschaft nicht von den „dahinterstehenden Gesellschaftern“ aus, wie die Revision vermeint. Der Wechsel der Eigentümer von Anteilen an einer GmbH ist wie dargestellt keine Veräußerung einer der GmbH gehörenden Sache; ebenso wenig kann der hier vorliegende Wechsel aller Gesellschafter einer Komplementär-GmbH einer Kommanditgesellschaft, welche Versicherungsnehmerin ist, als ein einer Veräußerung der Sache vergleichbarer Vorgang im Sinn von § 69 VersVG angesehen werden, zumal es gerade dem Zweck einer GmbH & Co KG entspricht, die unbeschränkt haftende Rolle in einer KG nicht einer natürlichen, sondern einer juristischen Person zuzuweisen.

Ein Wechsel in der Person nicht persönlich haftender Gesellschafter ist nicht der Veräußerung gleichzuhalten. Kommanditisten sind von der Geschäftsführung ausgeschlossen (§ 164 UGB), vertreten die Gesellschaft nicht (§ 170 UGB) und haften nur bis zur Höhe der übernommenen Einlage (§ 171 Abs 1 UGB). Es kann daher keine Rede davon sein, dass den neuen Kommanditisten ein unerwünschter Versicherungsvertrag aufgezwungen würde. Insgesamt sind keine planwidrigen Lücken erkennbar.

Fazit:

Gerade bei Veräußerungen von versicherten Unternehmen tritt regelmäßig die Frage auf, ob der Käufer bzw. der von ihm beauftragte Versicherungsmakler die Versicherungsverträge kündigen kann. Die vorliegende Entscheidung zeigt die Problematiken im Bereich des GmbH-Rechts und die sich daraus ergebenden Risiken in der Beratung eindrücklich auf.

1.4. Stenogramm - weitere aktuelle versicherungsrechtliche Entscheidungen im Überblick

■ **Größere Schweißarbeiten am Auto sind keine Gefahr des täglichen Lebens (OGH vom 21.9.2017, 7 Ob 126/17f)**

Schweißarbeiten sind grundsätzlich gefährlich. Handelt es sich nicht um gewöhnliche kleinere Reparaturen, deren Durchführung außer Kontrolle geraten ist, sondern um umfangreiche Schweißarbeiten am Unterboden eines PKW, die einer entsprechenden Vorbereitung der Umgebung und auch des Fahrzeugs selbst bedürfen, werden solche Arbeiten gewöhnlich in einer KFZ-Werkstätte von dazu ausgebildeten und befugten Fachleuten vorgenommen. Es handelt sich daher um Arbeiten, die in Art und Umfang einer betrieblichen Tätigkeit gleichkommen und - auch von Bastlern - in der Regel nicht in Eigenregie vorgenommen werden. Mit der Durchführung von Schweißarbeiten in einem derartigen Ausmaß muss vielmehr im Privatleben eines Menschen üblicherweise nicht gerechnet werden.



■ **Zu den Begriffen „Erdrutsch“ und „Baufälligkeit“ (OGH vom 5.7.2017, 7 Ob 101/17d)**

Im Rahmen einer Elementarrisikoversicherung ist aus der Sicht des verständigen Versicherungsnehmers schon nach allgemeinen Sprachregeln die versicherte Gefahr „Erdrutsch“ selbst dann als im Grundsatz „naturbedingtes“ Ereignis zu verstehen, wenn bei der Risikobeschreibung der Begriff der Naturbedingtheit nicht ausdrücklich verwendet wird. Demgegenüber widerspricht es gewohntem Sprachverständnis, einen unmittelbar vom Menschen herbeigeführten „Erdrutsch“ als „Elementar“ereignis zu qualifizieren.

Der Risikoausschluss wegen Baufälligkeit iSd Art 1.7 lit e AStB 2002/2 greift bei einem Gebäude, wenn sich dieses in einem äußerst schlechten baulichen Zustand befindet, also durch geringste, atypische Anlässe vom Einsturz bedroht ist.

2. International

2.1. D: Versicherungsnehmer kann auf Vollständigkeit der Antragsfragen des Versicherers vertrauen

Der Kläger schloss mit Antrag vom 24.6.2013 eine Pflagegeldversicherung bei der beklagten Versicherung für seinen zu diesem Zeitpunkt 2jährigen Sohn ab.

Bei der Kinder-Untersuchung U6 zum 1. Geburtstag des Kindes wurde eine Entwicklungsverzögerung festgestellt. Eine nachfolgende MRT-Untersuchung blieb Befund.

Die Mutter des Kindes suchte einen Facharzt für Humangenetik auf. Er stellte eine Entwicklungsverzögerung um etwa 8 Monate fest und empfahl eine Chromosomenanalyse im Zuge der U7-Untersuchung.

Bei dieser Untersuchung ist das Feld „Gesamteindruck: Kind altersgemäß entwickelt“ nicht angekreuzt. Unter „sonstige Bemerkungen“ heißt es: „globale Entwicklungsverzögerung (macht zuletzt tolle Fortschritte)“.

Die Blutentnahme für die genetische Untersuchung erfolgte rund 3 Wochen vor Antragstellung, jedoch lag der Befund noch nicht vor.

Der Kläger verneinte die Antragsfrage „P2 Besteht oder bestand in den letzten 6 Jahren eine der genannten Erkrankungen oder Folgen davon: Demenz (z.B. Alzheimer, vaskuläre Demenz), Wachkoma, Parkinson, Chorea Huntington, Creutzfeld-Jacob, HIV, Krebs, Hirntumor, Amyloidose, Laktoseintoleranz, Multiple Sklerose, Arteriosklerose, koronare Herzerkrankungen, Schlaganfall, Diabetes mellitus, Leberzirrhose, Osteoporose, Morbus Bechterew, Querschnittslähmung, Kinderlähmung, Erkrankungen des Gehirns, des Nervensystems oder der Psyche?“

In der Folge wurde ein genetischer Defekt beim Kind festgestellt, die gesetzliche Krankenversicherung holte ein Gutachten zum Pflegebedarf des Kindes ein und gewährte



wegen einer „Entwicklungsstörung der Motorik und der Sprache“ ab Dezember 2013 Pflegestufe 1.

Der Kläger machte bei der Beklagten Leistungen aus der Pflegegeldtageversicherung geltend. Diese erklärte jedoch mit Schreiben vom 28.3.2014 den Rücktritt vom Versicherungsvertrag wegen zumindest grob fahrlässiger Anzeigepflichtverletzung.

Darüber hinaus erklärte sie in der Klagebeantwortung die Anfechtung des Vertrages wegen arglistiger Täuschung.

Das Landgericht Hannover wies die Klage ab. Der Kläger habe wissentlich falsche Angaben gemacht, indem er bei der Beantwortung der Gesundheitsfragen verschwiegen habe, was offensichtlich zu offenbaren gewesen sei, um auf diese Weise auf die Versicherungsentscheidung der Beklagten Einfluss zu nehmen. Der Kläger habe nach den Unterlagen der U6 und der von ihm bereits veranlassten Chromosomenuntersuchung, welche sich gerade einige Tage vor der Antragstellung zugetragen habe, gewusst, dass bei seinem Sohn eine erhebliche Erkrankung vorliegen würde, deren Kenntnis für die Beklagte bei der Entscheidung über den Versicherungsantrag von Bedeutung sei. Ohne Bedeutung sei, dass die exakte Benennung der Erkrankung noch nicht erfolgt sei.

Das OLG Celle als Berufungsgericht gab mit Urteil vom 9.11.2015, 8 U 101/15, der Berufung im Wesentlichen Folge und sprach dem Kläger die Versicherungsleistung ab 1.1.2014 zu.

Als für den österreichischen Rechtsbereich wesentlich ist Folgendes hervorzuheben:

Die in dem Antragsformular gestellten Gesundheitsfragen hat der Kläger nicht falsch beantwortet.

Gefragt worden ist nicht nach Untersuchungen, sondern nur nach bestehenden Krankheiten. Unter Berücksichtigung der vorgegebenen Antwort-Alternativen (ja/nein), kann sich die Frage nur darauf beziehen, ob die erfragten Krankheiten bereits festgestellt worden sind. Nur bei diesem Verständnis kann die Frage entweder mit ja oder mit nein beantwortet werden. Wenn „nein“ hingegen dahin verstanden würde, dass das Bestehen dieser Krankheit ausgeschlossen ist, hätte auch mindestens eine Antwortmöglichkeit für Zweifelsfälle vorgesehen werden müssen („möglich“, „nicht auszuschließen“ oder dergleichen). Da viele der erfragten Krankheiten (etwa Krebserkrankungen) vorliegen können, ohne dass sie gleich entdeckt werden, kann die Beklagte die Frage redlicherweise nur bezogen auf festgestellte Diagnosen gemeint haben und nicht etwa dahin, dass nach bloßen Möglichkeiten, Befürchtungen, etc. gefragt wird.

Die Frage bezieht sich nicht auf jegliche Erkrankungen, sondern ausdrücklich nur auf die aufgezählten Krankheiten, die die Beklagte für gefahrerheblich hält. Von diesen kommen hier von vornherein nur Erkrankungen des Gehirns oder des Nervensystems in Betracht. Aber auch diese waren zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht diagnostiziert worden.

Eine (motorische) Entwicklungsverzögerung ist jedoch - jedenfalls aus der Sicht eines medizinischen Laien - nicht als Erkrankung des Gehirns oder des Nervensystems anzusehen. Entwicklungsverzögerungen können verschiedene Ursachen haben. (...)

Dass hier eine Erkrankung des Gehirns oder Nervensystems die Ursache war, war für den Kläger nicht ersichtlich. Dies ergab sich auch nicht aus den weiteren vor Antragstellung durchgeführten Untersuchungen. Aus der zur Abklärung durchgeführten MRT ergab sich



keine Hirnerkrankung; vielmehr war diese ohne erheblichen Befund. Die in der Berufungserwiderung geäußerte Ansicht, bloße Untersuchungen seien bereits unter den Krankheitsbegriff zu subsumieren, trifft ersichtlich nicht zu. Eine geistige Behinderung wird im Übrigen selbst in dem Pflegegutachten noch verneint

Der Begriff Entwicklungsverzögerung legt darüber hinaus für den Versicherungsnehmer auch nahe, dass es sich bloß um einen aufholbaren Rückstand handelt. Hierfür spricht auch der Vermerk im Bericht zur genetischen Beratung „Entwicklungsverzögerung um etwa 8 Monate“. Im Rahmen der U7 wurde dem Kind im Zusammenhang mit der globalen Entwicklungsverzögerung außerdem attestiert, dass es zuletzt „schöne Fortschritte“ mache. Dies legte ebenfalls nahe, dass es sich um einen vorübergehenden Zustand handelt.

Zur Frage, ob der Kläger die Entwicklungsverzögerung von sich aus mitteilen hätte müssen, führte das OLG Celle aus:

Nach wohl überwiegender Auffassung sind demgegenüber jedoch Einschränkungen vorzunehmen. Dabei wird darauf verwiesen, dass der Versicherungsnehmer nach der gesetzlichen Wertung des § 19 Abs. 1 Satz 1 VVG grundsätzlich darauf vertrauen dürfe, dass der Fragenkatalog des Versicherers alle gefahrerheblichen Umstände erfasse. Eine darüber hinausgehende Aufklärungspflicht des Versicherungsnehmers wird danach nur ausnahmsweise angenommen.

Bei Versicherungen im Alltagsgeschäft („Jedermannsverträgen“), die weitgehend standardisiert seien, wie Verträgen in der Kranken- und der Lebensversicherung, sei dem Versicherer zuzumuten, seinen Fragenkatalog abschließend zu formulieren. Eine allgemeinzivilrechtliche Aufklärungspflicht des Versicherungsnehmers bestehe hier deshalb nicht. Nach der Grundwertung der §§ 19 ff. VVG dürfe er sich bei solchen Verträgen darauf verlassen, dass der Versicherer den Kreis der gefahrerheblichen Umstände überblicken könne und seinem Informationsbedürfnis entsprechend abgesteckt habe. Er trage das Risiko, seinen Fragenkatalog so zu gestalten, dass er, etwa in der Krankenversicherung, neue oder vermeintlich ausgestorbene Krankheiten erfasse

Der herrschenden Meinung ist darin zuzustimmen, dass sich darüber hinaus aus Treu und Glauben auch eine Aufklärungspflicht in Bezug auf nicht oder nicht ordnungsgemäß in Textform erfragte Umstände ergeben kann. Dabei muss sich aber der Versicherungsnehmer grundsätzlich darauf verlassen können, dass der Versicherer die aus seiner Sicht gefahrerheblichen Umstände erfragt. Nach der gesetzlichen Wertung obliegt dem Versicherer die Mitteilung der Umstände, die er für gefahrerheblich ansieht. Wenn der Versicherer dies versäumt, kann es dem Versicherungsnehmer grundsätzlich nicht als Verstoß gegen Treu und Glauben angelastet werden, wenn er den Fragenkatalog als abschließend ansieht und nicht weitergehende Überlegungen dazu anstellt, was den Versicherer unter Umständen darüber hinaus interessieren könnte. Insofern ist der Auffassung zuzustimmen, dass eine spontane Anzeigepflicht nur bei Umständen besteht, die zwar offensichtlich gefahrerheblich, aber so ungewöhnlich sind, dass eine auf sie abzielende Frage nicht erwartet werden kann.

Die Entwicklungsverzögerung ist keineswegs so selten und ungewöhnlich, dass von der Beklagten eine Frage hiernach nicht erwartet werden konnte. Ein Versicherer, der eine Pflegeversicherung auch für Kleinkinder anbietet, muss ohne weiteres auch mit einer



Entwicklungsverzögerung des Kindes rechnen. Dies zeigt sich bereits daran, dass nach dem eigenen Vorbringen eine Entwicklungsverzögerung sogar bereits im System der Beklagten als Ablehnungsgrund hinterlegt war.

Fazit:

Der OGH hat in einer Entscheidung zur Unfallversicherung festgehalten, dass nicht ausdrücklich nachgefragte Umstände nicht schon wegen ihrer objektiven Gefahrenerheblichkeit mitzuteilen sind, sondern nur dann, wenn sich eine Frage konkludent auch auf sie bezieht oder wenn ihre Mitteilung als selbstverständlich erscheint (vgl. *Grubmann*, VersVG⁸ § 16 E 89 (Stand 1.7.2017, rdb.at)).

Die Entscheidungen des OGH zur Aufklärungspflicht sind zwar einzelfallbezogen, grundsätzlich stellt er aber bei vergleichbarer Gesetzeslage an den Versicherungsnehmer strengere Anforderungen als deutsche Gerichte. Die vorliegende Entscheidung enthält aber nachvollziehbare Argumente für Versicherungsnehmer in einem Rechtsstreit mit dem Versicherer.

2.2. Stenogramm - weitere Entscheidungen aus Europa im Überblick

- **Krankenversicherung: Vorvertraglichkeit der Oberkiefer-Behandlung umfasst nicht zwingend auch den Unterkiefer (OLG Hamm, Urteil vom 11.9.2015, 20 U 211/14)**

Die Heilbehandlung beginnt mit der ersten Inanspruchnahme einer ärztlichen Tätigkeit, wobei zur Behandlung nicht nur die unmittelbare Heiltätigkeit, sondern auch schon die erste ärztliche Untersuchung, die auf ein Erkennen des Leidens abzielt, gehört, ohne Rücksicht darauf, ob sofort oder erst nach weiteren Untersuchungen eine endgültige und richtige Diagnose gestellt und mit den eigentlichen Heilmaßnahmen begonnen worden ist.

Wenn im Rahmen der Zahnzusatzversicherung die Behandlung einzelner Zähne des Oberkiefers vorvertraglich ist, kann dennoch eine Leistungspflicht für andere Bereiche des Gebisses bestehen. Für den Einwand der Vorvertraglichkeit ist der Versicherer beweispflichtig.

- **Keine Rechtsschutzdeckung für getrennte Klagen zweier Miteigentümer gegen den Gebäudeversicherer (OLG Köln, Urteil vom 17.3.2015, 9 U 152/14)**

Rechtsanwaltskosten sind grundsätzlich zweckentsprechende Kosten und vom Versicherer zu erstatten. Die Prozessführung ist rechtsmissbräuchlich und verstößt gegen Treu und Glauben, wenn die Partei einen oder mehrere gleichartige, aus einem einheitlichen Lebensvorgang erwachsene Ansprüche ohne sachlichen Grund in getrennten Prozessen verfolgt (hier: Klage gegen Gebäudeversicherer auf Deckung des Hochwasserschadens an beiden Hälften eines Doppelhauses).



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

Haushaltsversicherung: Höchsthaftungssumme vs. Versicherungssumme (RSS-0049-16 = RSS-E 51/16)

Für eine Liegenschaft war bei der antragsgegnerischen Versicherung eine „Privat Plus - Eigenheim“-Versicherung abgeschlossen, welche zuletzt per 25.6.2013 konvertiert wurde. Diese Versicherung beinhaltet u.a. die Sparten Feuer, Leitungswasser, Sturm und Haushalt, wobei jeweils „Höchsthaftungssummen“ (alle Gebäude € 451.100,--; Wohnhaus € 396.220,--; Wohnungsinhalt € 118.866,--) vereinbart worden sind.

Weiters besteht eine Haushaltsversicherung lautend für eine Wohnung "mit einer Versicherungssumme von € 85.000,--. Der Versicherungsnehmer hat beide Objekte geerbt und die Versicherungen übernommen.

Vereinbart sind für beide streitgegenständlichen Versicherungsverträge u.a. die ABS 2001, welche auszugsweise lauten:

„ABS 2001 Artikel 7

Überversicherung; Doppelversicherung

(...)(2) Übersteigt die Versicherungssumme den Versicherungswert erheblich, können der Versicherungsnehmer und der Versicherer nach § 51 Vers VG eine Herabsetzung der Versicherungssumme und der Prämie verlangen. Eine tariflich festgelegte Mindestprämie bleibt unberührt.

Nur für die Versicherung der Liegenschaft sind folgende Bedingungen vereinbart:

„TBV3378 Unterversicherungsverzicht

Bei Vorliegen einer Schätzung durch einen Sachverständigen oder bei richtiger Anwendung der Bewertungsrichtlinien gilt der Unterversicherungsverzicht, in Verbindung mit dem Index, als vereinbart. Die Bewertung gilt dann als richtig, wenn alle Gebäude mit der richtigen Anzahl von Geschossen erfasst werden, und die Abweichung bei der verbauten Fläche nicht mehr als 10% beträgt.

TBV3392 Unterversicherungsverzicht

Erfolgt die Bewertung des Wohnhauses nach den Bewertungsrichtlinien, gilt Unterversicherungsverzicht in Verbindung mit dem Index als vereinbart.“

Der Antragsteller ersuchte die Antragsgegnerin erstmals mit Email vom 31.3.2016, bei beiden Verträgen den Versicherungsnehmer auf den Antragsteller zu ändern, das Risiko auf „unbewohnt“ zu ändern sowie die Versicherungssumme für den Wohnungsinhalt jeweils auf € 50.000,-- zu reduzieren.

Die Antragsgegnerin teilte mit Email vom 6.4.2016 mit, den Versicherungsnehmer zwar zu ändern, die Änderung des Vertragsinhaltes sei jedoch nur durch eine Konvertierung des Vertrages mit einer Änderung der Vertragslaufzeit möglich. Sie begründete diese Einschränkung damit, dass der damalige Tarif nicht mehr gezeichnet werden könne.



Der Antragsteller teilte in der Folge mit, eine Änderung der Vertragslaufzeit nicht zu akzeptieren, auch eine Prämienerrhöhung sei nicht gewünscht.

Da sich die Parteien nicht einigen konnten, beantragte der Antragsteller mit Schlichtungsantrag vom 14.7.2016 der Antragsgegnerin zu empfehlen, die Reduzierung der Versicherungssumme ohne Laufzeitverlängerung durchzuführen bzw. der vorzeitigen Auflösung der Verträge zuzustimmen.

Die Antragsgegnerin nahm mit Schreiben vom 20.9.2016 dazu Stellung. Zusammengefasst sei hinsichtlich der Gebäudeversicherung eine Reduktion der Höchsthaftungssumme nicht gerechtfertigt, da sich am versicherten Objekt die Berechnungsgrundlage nicht verändert habe. Die Antragsgegnerin teilte jedoch mit, dass eine Kündigung der Inhaltsversicherungen gemäß § 68 VersVG per 12.7.2016 möglich sei, sofern die Objekte tatsächlich leergeräumt seien.

In rechtlicher Hinsicht folgt:

- a) Zum jeweiligen Begehren auf Reduktion der Versicherungs- bzw. Höchsthaftungssumme:

Gemäß § 51 VersVG können sowohl der Versicherungsnehmer als auch der Versicherer die Herabsetzung der Versicherungssumme unter verhältnismäßiger Minderung der Prämie verlangen, wenn die Versicherungssumme den Versicherungswert erheblich übersteigt.

Hinsichtlich der Haushaltsversicherung der Wohnung darf daher der Antragsteller zulässigerweise die Reduktion der Versicherungssumme verlangen.

Bei der Haushaltsversicherung des Gebäudes ist hingegen keine Versicherungssumme, sondern eine Höchsthaftungssumme vereinbart. Wurde jedoch keine Versicherungssumme vereinbart, ist § 51 VersVG nicht anwendbar (vgl. Schauer in Fenyves/Schauer (Hrsg), VersVG, § 51 Rz 14 mwN).

Dazu ist zu bemerken, dass es zur Frage, ob § 51 VersVG, der gemäß § 68a VersVG zugunsten des Versicherungsnehmers zwingend ist, dadurch umgangen werden kann, dass anstatt einer Versicherungssumme eine Höchsthaftungssumme vereinbart wird, keine unmittelbar verwertbare höchstgerichtliche Judikatur gibt.

Eine nur mittelbar verwertbare Entscheidung ist die E des OGH vom 18.2.2013, 7 Ob 227/12a. In dieser Entscheidung ging es unter anderem um die Frage, wie bei Vereinbarung einer Höchsthaftungssumme eine Unterversicherung zu berechnen sei. Im gegenständlichen Fall war in den Bedingungen vereinbart, dass die Entschädigung gekürzt wird, wenn die Quadratmeteranzahl des versicherten Objektes, die der Höchsthaftungssumme zugrundeliegt um mehr als 10% unter der tatsächlichen Quadratmeteranzahl liegt. Diesfalls sei die Entschädigung im Verhältnis der beiden m²-Angaben zu kürzen. Der OGH hatte zu prüfen, ob diese vertraglich vereinbarte Kalkulation einen Fall der Unterversicherung im Sinne des § 56 VersVG regelt und gemäß § 879 Abs 3 ABGB gröblich benachteiligend ist.

Der OGH führte dort zum Begriff der Versicherungssumme Folgendes aus:

„Im Bereich der Schadensversicherung steigt bei der Versicherung von Sachen oder Sachinbegriffen das Risiko in der Regel etwa proportional mit der



Versicherungssumme. Die Versicherungssumme ist Prämienberechnungsgrundlage, Grenze der Entschädigung (§ 50 VersVG) und Maßstab für eine Unterversicherung.

Im konkreten Fall ist jedoch keine Versicherungssumme vereinbart, die Prämie errechnet sich vielmehr aus der Quadratmeteranzahl der verbauten Fläche. Daher ist nach Meinung der Schlichtungskommission der Lehre zu folgen, die im gegenständlichen Fall keine Anwendbarkeit des § 51 VersVG erkennt.

Wenn nun in der oben zitierten Entscheidung des OGH dennoch die Regelungen des § 56 VersVG herangezogen werden, die nach der Lehre ebenfalls nur dann anwendbar seien, wenn eine Versicherungssumme vereinbart sei, dann kann dazu Folgendes festgehalten werden: Es lag nach den dort getroffenen Feststellungen eine vertragliche Regelung darüber vor, wann eine Unterversicherung vorliegt. Eine solche vertragliche Regelung ist jedoch - so der OGH - dann an den Regelungen des § 56 VersVG zu messen bzw. war im konkreten Fall gemäß § 879 Abs 3 ABGB gröblich benachteiligend.

Nach dem der Empfehlung der Schlichtungskommission zugrunde liegenden Sachverhalt liegt jedoch gerade keine vertragliche Regelung zu einer Überversicherung vor, die auf ihre sachliche Rechtfertigung geprüft werden könnte.

Aus diesem Grund steht dem Antragsteller nicht das Recht zu, eine Reduktion der Höchsthaftungssumme gegen verhältnismäßige Prämienminderung zu verlangen.

b) Risiko „unbewohnt“:

Soweit der Antragsteller der Antragsgegnerin verlangt hat, das jeweilige Risiko auf „unbewohnt“ „umzustellen“, ist Folgendes zu bemerken:

Das Unbewohntsein einer Wohnung stellt in Hinblick auf die mögliche Gefahrenlage, insbesondere auf die frühzeitige Erkennbarkeit möglicher Schäden, eine Gefahrenerhöhung dar.

Gemäß § 24 VersVG kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis im Falle der Gefahrenerhöhung kündigen. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht binnen eines Monats ab Kenntnis des Versicherers von der Gefahrenerhöhung geltend gemacht wird (Klarstellungserfordernis).

Wie auch von der Antragsgegnerin zugestanden wird, hatte diese ab 31.3.2016 (Gebäude) bzw. 11.5.2016 (Wohnung) Kenntnis von der Gefahrenerhöhung, eine rechtzeitige Kündigung ist nicht erfolgt.

Aus welchen rechtlichen Gründen die Antragstellerin davon ausgeht, dass die vertraglichen Änderungen nur mit einer neuerlichen Bindung auf zumindest drei Jahre durchgeführt werden können, ist nicht nachvollziehbar. Eine solche „Konvertierungspflicht“ ist dem Gesetz nicht zu entnehmen.



III. Aus der Beratungstätigkeit des Fachverbandes und der RSS

1. Rückwirkende Vertragsänderung wegen Irrtums?

Ein Mitglied wandte sich mit folgendem Sachverhalt an die RSS: Der Kunde hatte bei einem deutschen Versicherer eine Unfallversicherung abgeschlossen. In dieser Versicherung war auch ein Krankenhaustagegeld vereinbart. Bei einer Konvertierung im Jahr 2013 wurde dieses irrtümlich durch den Versicherer zu einem Unfallkrankengeld geändert. Dieses begehrte der Kunde nun, als er nach einem Unfall für 7 Monate im Krankenstand war. Daraufhin bemerkte der Versicherer seinen Irrtum und änderte die Police rückwirkend auf ein Krankenhaustagegeld ab - zu Recht?

Die RSS gab daraufhin folgende Auskunft:

Es stellt sich die Frage, welcher Rechtsordnung der gegenständliche Vertrag unterliegt:

Wenn österreichisches Recht vereinbart sein sollte, dann wäre eine irrtumsrechtliche Anfechtung der Konvertierung 2013 nicht mehr möglich (Anfechtungsfrist 3 Jahre).

Im deutschen Recht wäre die Irrtumsanfechtung jedoch 10 Jahre lang möglich und benötigt auch keine gerichtliche Geltendmachung wie in Österreich, sondern kann mit einseitiger Erklärung erfolgen. Dann könnte der Versicherer rückwirkend den Irrtum beseitigen und den alten Vertragsstand wieder herstellen.

2. Zu spät zur Gebrauchtwagenbesichtigung - keine Deckung!

Folgender Sachverhalt wurde an die RSS übermittelt:

Der Maklerkunde hat sein gebrauchtes Fahrzeug kaskoversichert. Der Versicherer verlangte eine Besichtigung binnen 10 Tagen, widrigenfalls die Kaskodeckung erlischt. Der Kunde konnte aus terminlichen Gründen erst einen Tag nach Fristablauf zu einer der vorgeschlagenen Werkstätten fahren. Dort war jedoch aufgrund von Umbauarbeiten keine Besichtigung möglich und wurde auf eine andere Werkstätte mit einem Termin vier Tage später verwiesen. Einen Tag vor diesem Termin wurde das Fahrzeug durch Hagel beschädigt, der Versicherer lehnte die Kaskodeckung ab. Frage des Maklers: Ist dem Kunden die Fristversäumnis vorwerfbar?

Die RSS nahm dazu wie folgt Stellung:

Der Versicherer beruft sich offenbar darauf, dass die Kaskodeckung erlischt, wenn nicht binnen 10 Tagen nach Antragstellung eine Besichtigung durchgeführt wird und die Bestätigung darüber dem Versicherer übermittelt wird. Dies ist auch in den Annahmerichtlinien bzw. dem Tarif laut Homepage so angeführt. Bei der Gebrauchtwagenbesichtigung handelt es sich aus unserer Sicht um ein objektives Kriterium, an das der Versicherer seine Deckungszusage knüpft, nicht um eine Obliegenheit. Es ist daher für den Entfall der Versicherungsdeckung nicht von Bedeutung, ob den Kunden ein Verschulden an der Verzögerung trifft oder nicht. Daher ist aus unserer Sicht die vorläufige Kaskodeckung vereinbarungsgemäß mit Ablauf der 10-Tage-Frist weggefallen.



IV. Gesetzgebung, Literatur & Sonstiges

1. Schmerzensgeld-Forderung wird erst ab Geltendmachung verzinst

Bei so mancher Forderung steckt der Teufel im Detail, das musste nun auch ein Mann feststellen, der bei einem Unfall verletzt worden war. Knapp drei Jahre nach dem Unfall klagte er die beiden Unfallverursacher auf Schmerzensgeld und bekam € 27.000 zugesprochen. Vor den Obersten Gerichtshof kam dann nur mehr die Frage: Ab wann wird dieser Betrag mit 4% verzinst? Dieser bestätigte die Rechtsansicht des Berufungsgericht, wonach dem Kläger die Zinsen erst ab Klageeinbringung zustehen (E des OGH vom 20.6.2017, 2 Ob 88/17f): *„Nach ständiger oberstgerichtlicher Rechtsprechung tritt die Fälligkeit einer Schadenersatzforderung erst ein, wenn der Schaden feststellbar und zumindest vom Beschädigten zahlenmäßig bestimmt worden ist. Verzugszinsen für Schmerzensgeld gebühren erst ab dem Tag der Einmahnung. Ein Ersatzanspruch wird erst mit der zahlenmäßig bestimmten Geltendmachung durch Mahnung, Klage oder Klagsweiterung fällig, sodass Verzugszinsen auch erst ab diesem Zeitpunkt mit Erfolg gefordert werden können.“*

2. Haftpflichtversicherer muss für Waisenrente einstehen

Ein zwei Monate altes Kind wurde nach einem Unfall Halbwaise - die Mutter starb, der Vater hatte den Unfall verursacht. Der Sozialversicherungsträger erhob Regressansprüche gegen den Haftpflichtversicherer des Vaters. Dieser argumentierte, dass nach dem Tod der Mutter dem Kind kein Unterhaltsanspruch gegen diese mehr zustehe, sondern der Vater den gesamten Unterhalt zu tragen habe. Der fehlende Unterhaltsanspruch könne daher nicht im Wege der Legalzession auf den Sozialversicherungsträger übergehen.

Dieser Argumentation konnten sowohl die Untergерichte als auch der OGH nicht folgen (E des OGH vom 20.6.2017, 2 Ob 53/17h).

Der OGH führte in seiner Urteilsbegründung aus:

„Können Personen, denen nach den Bestimmungen des ASVG Leistungen zustehen oder für die als Angehörige gemäß § 123 ASVG Leistungen zu gewähren sind, den Ersatz des Schadens, der ihnen durch den Versicherungsfall erwachsen ist, aufgrund anderer gesetzlicher Vorschriften beanspruchen, geht der Anspruch auf den Versicherungsträger insoweit über, als dieser Leistungen zu erbringen hat (§ 332 Abs 1 Satz 1 ASVG).“

Die in dieser Bestimmung angesprochene „andere gesetzliche Vorschrift“ ist - wie dargestellt - § 1327 ABGB. Dieser Anspruch des Kindes ist, soweit der klagende Versicherungsträger leistungspflichtig ist, im Zeitpunkt der Entstehung des Schadenersatzanspruchs, also hier im Todeszeitpunkt der Mutter, auf die klagende Partei übergegangen.

Die von der Klägerin gewährte Waisenrente und die gewährte Ausgleichszulage sind mit Ansprüchen nach § 1327 ABGB kongruent.

Bei Kfz-Unfällen soll die Inanspruchnahme einer Deckung durch die Kfz-Haftpflichtversicherung der Tragung des wirtschaftlichen Nachteils durch den Sozialversicherungsträger vorgehen. Da der Schaden nur durch die Deckung aus der



Haftpflichtversicherung liquidiert werden soll, ist das Familienhaftungsprivileg nicht anzuwenden. Der klagende Sozialversicherungsträger kann daher am Haftpflichtversicherer Regress nehmen.“

3. Haftung des Busunternehmens für zu schnell schließende Tür

Eine ältere Frau stürzte beim Einsteigen in einen Linienbus. Sie hatte bereits einen an der Innenseite der geöffneten Tür befindlichen Haltegriff gehalten, als sich die Tür wieder schloss. Anstatt den Knopf zum Öffnen der Tür nochmals zu drücken oder die Lichtschranke auszulösen, ließ sie den Haltegriff los und stürzte auf den Gehsteig.

Sie klagte das Busunternehmen auf Schmerzensgeld und sonstige Schäden, insgesamt rund € 13.400 sowie Feststellung der Haftung für Dauerfolgen. Das Busunternehmen bestritt den Anspruch dem Grunde nach, die Klägerin habe den Unfall selbst verschuldet. Es liege ein unabwendbares Ereignis iSv § 9 EKHG vor, das weder auf eine Beschaffenheit noch auf einem Versagen der Vorrichtungen des Busses beruht habe.

Die Unterinstanzen wiesen die Klage noch ab, der OGH hingegen änderte diese Urteile zugunsten der Klägerin ab (E des OGH vom 20.6.2017, 2 Ob 116/17y). Das Busunternehmen habe entgegen der Ansicht der Untergerichte nicht den Entlastungsbeweis nach § 9 EKHG erbracht. Im Ergebnis sei das Schließen der Tür nach einem Warnton von rund 2 Sekunden zwar Stand der Technik, die Zeitspanne reiche aber nicht in jedem Fall, gerade bei älteren oder gebrechlichen Personen, aus, soweit einzusteigen, dass die Lichtschranke ausgelöst wird und der Schließvorgang unterbrochen wird. Damit liege eine mangelhafte Beschaffenheit vor, die die Annahme eines unabwendbaren Ereignisses ausschließe.



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:

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

Grafik: © Tetra Images / Corbis