

Neues vom OGH

**Versicherungsrechtliche
Entscheidungen 2017**

Velden, 28./29. Juni 2018

Dr. Ilse Huber

Dr. Wolfgang Reisinger

Inhaltsverzeichnis

Allgemeines Versicherungsrecht

175/17m	vorvertragl.Anzeigepflicht	Kausalität dem Grund und der Höhe nach
119/17a	vorvertragl.Anzeigepflicht	3-Jahresfrist in der Lebensversicherung

Vermögensversicherung

Kfz-Haftpflichtversicherung

49/17g	Mitversicherung	kurzfristige Überlassung des Kfz
--------	-----------------	----------------------------------

Allgemeine Haftpflichtversicherung

18/17y	Deckungsumfang	Gefahr des täglichen Lebens
142/17h	Deckungsumfang	Gefahr des täglichen Lebens
145/17z	Deckungsumfang	Gefahr des täglichen Lebens
126/17f	Deckungsumfang	Gefahr des täglichen Lebens
37/17t	Deckungsumfang	Gefahr des täglichen Lebens
13/18i	Deckungsumfang	Gefahr des täglichen Lebens
123/17i	Treu und Glauben	keine Verpflichtung zu Weisungen des Versicherers
180/17x	Regulierungsvollmacht	Eintritt der Verjährung
177/17f	direktes Klagerecht	auch bei freiwilliger Spitals-Versicherung
195/17b	Ausschlüsse	Wertgrenze in Bauherrenhaftpflicht

Rechtsschutzversicherung

163/17x	Versicherungsfall	falsche Befundung eines MRT
211/17f	Versicherungsfall	im Vertrags-RS nur aus eigenen Verträgen

Sachversicherung

148/17s	Feuer	ausschließliche landwirtschaftliche Nutzung
1/17y	Haushalt	Versicherungsschutz bei Wohnungswechsel
118/17d	Leitungswasser	Kondenswasser ist Leitungswasser
190/17t	Sturm	Wassereintritt während Umbauarbeiten
59/17b	Einbruch	Wiederherstellungsklausel

Unfallversicherung

32/17g	Erfrierungen kein Unfall
115/17p	Ausmaß einer „erhöhten Kraftanstrengung“
139/17t	15-Monats-Frist
129/17x	21-Monats-Frist
169/17d	12-Monats-Frist
176/17h	Verjährung der Ansprüche eines Versicherten

7 Ob 175/17m

Branche	Allgemein
Problem	Vorvertragliche Anzeigepflicht
Kläger	Versicherungsnehmer
Beklagter	Versicherer
I. Instanz	abgewiesen (LG für ZRS Graz)
II. Instanz	bestätigt (OLG Graz)
OGH (20.12.2017)	teilweise aufgehoben

Sachverhalt

Der VN hatte bereits am 17.1.2007 als Wehrdienstleister bei Schießübungen ein Knalltrauma am linken Ohr erlitten, das einen 100%igen Verlust des Hörvermögens im Ohr zur Folge hatte. Dieser Vorschaden lag zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Abschluss des streitgegenständlichen Versicherungsvertrags zur Gänze vor und war dem VN auch bekannt. Bei der Ausfüllung des Antrages am 16.7.2010 gab der VN bei der Frage nach Vorerkrankungen keine bejahende Antwort. Er wies bei der Antragsstellung nicht auf den Gehörverlust aus dem Jahr 2007 hin. Am 29.10.2014 erlitt der VN bei Umbauarbeiten in seinem Wohnhaus einen Gehörschaden, weil ein Schneidegerät mit hoher Frequenz betrieben wurde und er keinen Gehörschutz getragen habe. Am rechten Ohr sei ein Gehörverlust von 95% entstanden. Der Versicherer lehnte die Deckung wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht ab.

Entscheidungsgründe

Nach § 21 VersVG bleibt die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung bestehen, wenn der Umstand, in Ansehung dessen die Anzeigepflicht verletzt ist, keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder soweit er keinen Einfluss auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hatte. Die Kausalität muss zwischen dem verschwiegenen oder falsch angezeigten Umstand und dem Eintritt des Versicherungsfalls und nicht zwischen dem Verschweigen oder der Falschanzeige und dem Vertragsabschluss bestehen. Der Kläger selbst spricht die Versicherungsleistung unter Hinweis darauf, dass das Gehör des linken Ohres bereits verloren war, auf Grundlage der höheren Gliedertaxe von 45% statt von 35% an. Im Umfang dieser

Erhöhung der Leistung ist der verschwiegene Umstand jedenfalls kausal, sodass der Versicherer insoweit leistungsfrei ist. Wären die Angaben des Klägers richtig gewesen, dann wäre vor Eintritt des Unfalls von einem beidseitig funktionierenden Gehör auszugehen. Damit bestünde aber grundsätzliche Leistungspflicht des Versicherers unter Heranziehung der Gliedertaxe von höchstens 35%.

Anmerkungen

Die Bestimmungen über die vorvertragliche Anzeigepflicht kennen zwei Kausalitäten. War der nicht oder falsch angezeigte Umstand für das Eintreten des Versicherungsfalls adäquat kausal, so ist der Versicherer von seiner Leistungspflicht insgesamt befreit (Kausalität dem Grunde nach). War der nicht oder falsch angezeigte Umstand nicht für den Eintritt des Versicherungsfalls, sondern nur für den Umfang der Versicherungsleistung kausal, so wird der Versicherer auch nur insoweit leistungsfrei (Kausalität dem Umfang nach).

7 Ob 119/17a

Branche	Allgemein
Problem	Vorvertragliche Anzeigepflicht
Kläger	Versicherungsnehmer
Beklagter	Lebensversicherer
I. Instanz	abgewiesen (LG Feldkirch)
II. Instanz	stattgegeben (OLG Innsbruck)
OGH (18.10.2017)	aufgehoben

Sachverhalt

Bei der Ehefrau des VN wurde im Jahr 2002 ein Melanom an der Regenbogenhaut des rechten Auges festgestellt. Das Auge wurde deshalb am 5.11.2002 operativ entfernt. Am 21.10.2004 erfolgte der Antrag auf Abschluss einer Risikoversicherung. Im Antrag waren „allgemeine Fragen an die versicherten Personen“ enthalten. Die Ehefrau des VN 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 Fragen „Haben oder hatten sie Krebs oder andere Geschwulstkrankheiten“ wurde verneint. Im Jahr 2009 trat bei der Ehefrau des VN die Krebserkrankung wieder auf, am 1.4.2014 verstarb sie an deren Folgen. Der Versicherer lehnte die Deckung ab, weil beim Abschluss des Versicherungsvertrags falsche Angaben in Bezug auf den Gesundheitszustand der Ehefrau des VN gemacht wurden.

Entscheidungsgründe

Der Kläger hat wesentliche Umstände, nach denen die Beklagte ausdrücklich gefragt hatte, unrichtig beantwortet. Die Vorinstanzen nahmen zutreffend eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht an. Im Revisionsverfahren strittig ist die Frage, ob eine vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung, von der der Versicherer erst durch den – außerhalb der 3-Jahresfrist des § 163 VersVG liegenden – Eintritt des Versicherungsfalls Kenntnis erlangte, zur Leistungsfreiheit führt. Die §§ 163ff VersVG gehen im Wesentlichen auf die ursprüngliche Fassung des Versicherungsvertragsgesetzes zurück. Die Materialien zur VersVG Novelle 1994,

die die Frist auf 3 Jahre verkürzt hat, gehen davon aus, dass durch eine außerhalb der Frist geltend gemachte Obliegenheitsverletzung – mangels Arglist – keine Leistungsfreiheit eintreten soll, wenn auch der Versicherungsfall außerhalb der Frist eingetreten ist. Der Sinn der Bestimmungen liegt darin, dem Lebensversicherungsvertrag, der für den Versicherungsnehmer oder seine Angehörigen essentielle Bedeutung haben kann, eine besondere Bestandfestigkeit zu verleihen. Dies geschieht dadurch, dass Rechtsfolgen, die an die – wenngleich schuldhaft – Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht oder eine Gefahrerhöhung geknüpft sind und grundsätzlich unbefristet geltend gemacht werden können, entfallen, wenn ein bestimmter Zeitraum verstrichen ist. Die Leistungsfreiheit ergibt sich aus der Rückwirkung des Rücktritts. Ist aber aufgrund des Verstreichens der genannten Ausschlussfrist der Rücktritt - mangels Arglist – gerade nicht mehr möglich, dann kann nach dem Zweck des § 163 VersVG auch Leistungsfreiheit nicht mehr geltend gemacht werden. Dies gilt selbst dann, wenn der Versicherer erst mit dem außerhalb der Frist liegenden Eintritt des Versicherungsfalls Kenntnis von der Anzeigepflichtverletzung erlangt.

Anmerkungen

Nach § 163 VersVG kann der Versicherer wegen einer Verletzung der den VN bei Abschluss des Vertrages obliegenden Anzeigepflicht vom Vertrag nicht mehr zurücktreten, wenn seither drei Jahre verstrichen sind. Das Rücktrittsrecht bleibt nur bestehen, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt wurde. Diese Regelung gilt gemäß § 178k VersVG wortgleich auch für die Krankenversicherung und kraft Analogie auch für die BU-Versicherung (OGH 7 Ob 21/18s).

7 Ob 49/17g

Branche	KFZ-Haftpflicht
Problem	Mitversicherung
Kläger	KFZ-Haftpflichtversicherer
Beklagte	Schädigerin
II. Instanz	stattgegeben (OLG Graz)
OGH (21.9.2017)	ao Revision zurückgewiesen

Sachverhalt

Die beklagte Partei lieh sich zum Transport eines Baggers für einen Tag von der Versicherungsnehmerin der klagenden Partei einen Anhänger (Tieflader) unentgeltlich und gegenleistungsfrei aus. Dabei kam es zu einem Schaden, für den die klagende Partei eintrittspflichtig war. Sie nimmt die beklagte Partei gemäß § 67 VersVG in Anspruch. Diese behauptet, ein Regress sei nicht möglich, weil sie Mithalterin des Fahrzeugs wurde und dadurch mitversichert sei.

Entscheidungsgründe

Nach ständiger Rechtsprechung ist eine gewisse Konstanz der Haltereigenschaft in der Absicht des Gesetzgebers gelegen und es soll deren geradezu schaukelhafter Wechsel vermieden werden. Daher bleibt derjenige, der ein Fahrzeug einem anderen überlässt, Halter, weil die Verantwortung für diesen Betrieb nur zum Teil und nur kurzfristig auf den Benutzer übergeht. Nur bei längerfristiger Gebrauchsüberlassung endet die Haltereigenschaft und geht auf den Benutzer über. Durch die kurzfristige Überlassung eines KFZ wie etwa eine Fahrt oder einen Tag wird eine Mithaltereigenschaft des Mieters oder Entlehners nicht begründet.

Anmerkungen

Gemäß § 2 Abs 2 KHVG ist der Halter mitversichert, sodass gegen ihn kein Regress nach § 67 VersVG möglich ist. Für das Vorliegen einer Haltereigenschaft müssen allerdings besondere Voraussetzungen vorliegen, weil damit auch besondere Rechte verbunden sind, vor allem das Recht, das Fahrzeug an andere weiterzugeben. So wird z.B. auch eine KFZ-Werkstätte, der ein Fahrzeug zu einer Reparatur oder zu einem Service überlassen wird, nicht Halter dieses Fahrzeuges, sondern bestenfalls mitversicherte Person. Dabei ist allerdings zu beachten, dass gemäß 7 Ob 87/13i nur natürliche Personen bei der Verwendung eines Fahrzeuges tätig sein können.

7 Ob 18/17y

Branche	Haushalt
Problem	Gefahr des täglichen Lebens
Kläger	Versicherter
Beklagter	Versicherer
I. Instanz	abgewiesen (LG Feldkirch)
II. Instanz	bestätigt (OLG Innsbruck)
OGH (29.03.2017)	ao Revision zurückgewiesen

Sachverhalt

Der Versicherte hat sich aktiv in eine Handgreiflichkeit eingemischt und dabei einem Kontrahenten einen „Schupfer“ versetzt, der weder Abwehrreaktion noch Reflexhandlung oder Schlichtungsversuch war und zu einer schweren Verletzung einer dritten Person führte. Der Versicherte vertritt die Rechtsansicht, dass diese Auseinandersetzung, in deren Zuge er einen Lokalgast verletzte, als Gefahr des täglichen Lebens zu qualifizieren sei. Der Versicherer lehnte die Deckung ab.

Entscheidungsgründe

Der Begriff der „Gefahren des täglichen Lebens“ sei nach der allgemeinen Bedeutung der Worte dahin auszulegen, dass der Versicherungsschutz für die Haftpflicht des VN diejenigen Gefahren erfasst, mit denen üblicherweise im Privatleben eines Menschen gerechnet werden muss. Der Fachsenat ist in der Entscheidung 7 Ob 245/13z davon ausgegangen, dass keine Gefahr des täglichen Lebens mehr vorliegt, wenn der Versicherte aktiv in eine tätliche Auseinandersetzung verwickelt war und einen Unbeteiligten verletzt. Ein vernünftiger Durchschnittsmensch gerate üblicherweise gerade nicht als aktiv Beteiligter in einen Raufhandel, bei dem bewusste Angriffe gegen die körperliche Unversehrtheit anderer Personen erfolgen. Die Gefahren, die solchen nach allgemeinem Bewusstsein nicht zu tolerierenden Akten entspringen, gehören nicht zum täglichen Leben.

Anmerkungen

In Anbetracht der genannten Entscheidung 7 Ob 245/13z und der Folgeentscheidungen 7 Ob 182/15p und 7 Ob 189/16v war für den Kläger nichts zu gewinnen. Sowohl der OGH als auch mittlerweile die Unterinstanzen sind sich einig, dass Schäden im Zuge eines Raufhandels nicht in der Privathaftpflichtversicherung gedeckt sein sollen. Daran kann auch das Argument des Klägers, sein Verhalten entspreche geradezu einem „natürlichen Reflex“ eines jeden Durchschnittsmenschen, nichts ändern.

7 Ob 142/17h

Branche	Privathaftpflicht
Problem	Gefahr des täglichen Lebens
Kläger	Versicherungsnehmer
Beklagter	Versicherer
II. Instanz	abgewiesen (OLG Graz)
OGH (21.9.2017)	ao Revision zurückgewiesen

Sachverhalt

Der alkoholisierte VN, der bei einer Ausflugsbusfahrt mitreisende Frauen wiederholt belästigt hatte, kam beim Aussteigen mit dem Ehemann einer der Belästigten in Streit, sodass andere Mitreisende zu schlichten versuchten. Darunter war auch die später Verletzte, die, nachdem sich der empörte Ehemann abgewandt hatte, beim VN stehen geblieben ist. Dieser drückte sie so lange in Richtung eines dort befindlichen Zauns, dass beide so über einen Randstein stürzten, dass der VN auf die Frau fiel und sich einen Bruch des Schienbeinkopfs zuzog. Der Versicherer lehnte die Deckung ab, weil es sich beim geschilderten Geschehen um keine Gefahr des täglichen Lebens handelt.

Entscheidungsgründe

Die bloße Rechtswidrigkeit eines Verhaltens nimmt den aus ihm entspringenden Gefahren nicht die Qualifikation als solche des täglichen Lebens. Auch ein vernünftiger Durchschnittsmensch kann aus Unvorsichtigkeit eine außergewöhnliche Gefahrensituation schaffen oder sich in einer solchen völlig falsch verhalten oder sich zu einer gefährlichen Tätigkeit, aus der die entsprechenden Folgen erwachsen, hinreißen lassen. Derartigen Fällen liegt eine falsche Einschätzung der jeweiligen Sachlage zu Grunde. Wenn der Kläger argumentiert, dass sein Verhalten vor dem Sturz isoliert zu beurteilen sei und er sich gegenüber der Verletzten nicht aggressiv verhalten habe, kann ihm darin nicht gefolgt werden. Eine Gefahr des täglichen Lebens liegt nicht vor.

Anmerkungen

In der Zurückweisung der ao Revision fasst der OGH die Vorjudikatur zusammen. Keine Gefahr des täglichen Lebens ist gegeben beim Raufhandel eines 18jährigen Burschen mit einem anderen in einer Diskothek, wobei er unabsichtlich ein unbeteiligtes Mädchen verletzt (OGH 7 Ob 245/13z), beim vehementen Bedrängen einer Frau, die sich gegen den Versicherungsnehmer wehrt (OGH 7 Ob 182/15p), sowie beim aktiven Eingreifen in einen Raufhandel, bei dem ein Unbeteiligter verletzt wird (OGH 7 Ob 18/17y). Ebenso liegt keine Gefahr des täglichen Lebens vor, wenn eine schwere Körperverletzung im Zustand der vollen Berausung verübt wird (OGH 7 Ob 189/16v).

7 Ob 145/17z

Branche	Privathaftpflicht
Problem	Gefahr des täglichen Lebens
Klägerin	Versicherte
Beklagter	Versicherer
I. Instanz	stattgegeben (LG Steyr)
II. Instanz	abgewiesen (OLG Linz)
OGH (18.10.2017)	bestätigt

Sachverhalt

Die Klägerin ist Mitversicherte eines von ihrem Mann mit der beklagten Versicherung abgeschlossenen Haushaltsversicherungsvertrags, der auch eine Privathaftpflichtversicherung umfasst. Die an einer schizoaffektiven Störung mit akut psychotischem Zustandsbild leidende Klägerin versuchte im unzurechnungsfähigen Zustand (§ 11 StGB), einen Dritten mit einem Messer umzubringen. Dies wäre als versuchter Mord nach den §§ 15 und 75 StGB zu qualifizieren, wäre die Klägerin zurechnungsfähig gewesen. Sie wurde gemäß § 21 Abs 1 StGB in einer Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher untergebracht. Der Versicherer lehnte die Deckung ab, weil die Verwendung eines Messers als Tatwaffe bei der Begehung eines versuchten Mordes nicht unter die Gefahren des täglichen Lebens falle.

Entscheidungsgründe

Der versicherungsrechtliche Begriff der „Gefahr des täglichen Lebens“ ist nach ständiger Rechtsprechung so auszulegen, dass davon jene Gefahren, mit denen üblicherweise im Privatleben eines Menschen gerechnet werden muss, umfasst sind. Die Rechtsansicht des Berufungsgerichts, dass auch eine in Folge psychischer Erkrankung erfolgte Messerattacke keine solche vom gedeckten Risiko umfasste Gefahr des täglichen Lebens ist, in die ein Durchschnittsmensch im normalen Lebensverlauf üblicherweise gerät, erachtet der Senat als zutreffend.

Anmerkungen

Das verletzte Opfer hat die Klägerin unter Berufung auf § 1310 letzter Halbsatz ABGB auf Schadenersatz geklagt. Nach dieser Gesetzesbedingung besteht eine Haftung einer ansonsten nicht haftenden Person nur dann, wenn ein Vermögen in Form einer Haftpflichtdeckung vorhanden ist. Der OGH hat in 7 Ob 189/16v eine Gefahr des täglichen Lebens auch dann abgelehnt, wenn der VN eine Tat im Zustand der Vollberauschung nach § 287 Abs. 1 StGB begeht. Da auch bei einer Handlung nach § 287 Abs. 1 StGB der Täter unzurechnungsfähig ist, kann der Analogieschluss auf den hier vorliegenden Fall erfolgen.

7 Ob 126/17f

Branche	Privathaftpflicht
Problem	Gefahr des täglichen Lebens
Kläger	Versicherungsnehmer
Beklagter	Versicherer
II. Instanz	abgewiesen (OLG Wien)
OGH (21.9.2017)	ao Revision zurückgewiesen

Sachverhalt

Der Versicherungsnehmer, der über keine Ausbildung als KFZ-Mechaniker und nur über Basiskenntnisse des Schweißens verfügte, wollte seinen verkehrsuntauglichen Pkw in der Lagerhalle seines Onkels selbst reparieren, wozu er insbesondere auch Schweißarbeiten im größeren Ausmaß an dessen Unterboden durchführte. Durch die Schweißarbeiten entstand ein Brand im Innenraum des Fahrzeugs, der auf die Halle übergriff. Der Privathaftpflichtversicherer lehnte die Deckung ab, weil es sich bei der Tätigkeit des Versicherungsnehmers um keine Gefahr des täglichen Lebens handelt.

Entscheidungsgründe

Schweißarbeiten sind grundsätzlich gefährlich. Dem Kläger ist durchaus zuzustehen, dass insbesondere im ländlichen Bereich ein Teil der Bevölkerung in seiner Freizeit auch (kleinere) Reparaturen an Fahrzeugen vornimmt. Es kann dahingestellt bleiben, ob im Privatleben bereits die Durchführung von Arbeiten innerhalb eines geschlossenen Raums mittels eines Schweißgeräts an sich als unüblich anzusehen ist. Im konkreten Fall handelte es sich nämlich nicht schon um gewöhnliche kleinere Reparaturen, deren Durchführung außer Kontrolle geraten ist, sondern um umfangreiche Schweißarbeiten am Unterboden eines KFZ, die einer entsprechenden Vorbereitung der Umgebung und auch des Fahrzeugs selbst bedürfen. Solche Arbeiten werden jedoch 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 im Privatleben eines Menschen üblicherweise nicht gerechnet werden.

Anmerkungen

Es geht hier um die grundsätzliche Frage, welche handwerklichen Tätigkeiten noch unter die Gefahren des täglichen Lebens fallen und welche nicht. In 7 Ob 50/83 hat der OGH Deckung angenommen beim Anschluss eines Waschmaschinenschlauches, in 7 Ob 7/94 ebenso bei Fußbodenverlegungsarbeiten eines als Fußbodenleger berufstätigen Versicherungsnehmers. Prinzipiell wird dann Deckung zu geben sein, wenn es sich um allgemein übliche Tätigkeiten handelt (z.B. Tapezieren, Fliesenlegen oder auch dem Fällen von kleineren Bäumen), die Deckung wird jedoch zu verneinen sein, wenn man für die durchgeführte Tätigkeit spezielle Fähigkeiten benötigt (z.B. Tätigkeiten an Elektro- und Wasserleitungseinrichtungen, Kaminarbeiten oder auch beim Fällen eines hohen Baumes).

7 Ob 37/17t

Branche	Privathaftpflicht
Problem	Gefahr des täglichen Lebens
Kläger	Versicherungsnehmer
Beklagter	Versicherer
II. Instanz	stattgegeben (OLG Linz)
OGH (21.9.2017)	Revision zurückgewiesen

Sachverhalt

Der VN zündete im Rahmen des Brauchtums beim Brautsingen einen Böller in zu geringem Abstand von den anderen Gästen, weil er ihn von einem Teilnehmer erhielt und fahrlässig nicht erkannte, dass es sich um einen solchen der Klasse F3 oder F4, und nicht - wie von ihm angenommen - um einen handelsüblichen (der Klasse F2) handelte. Er beehrte Deckung vom Versicherer, weil es sich bei seiner Tätigkeit um eine Gefahr des täglichen Lebens handle. Der Versicherer lehnte die Deckung ab.

Entscheidungsgründe

Für das Vorliegen einer Gefahr des täglichen Lebens ist es nicht erforderlich, dass sie geradezu täglich auftritt. Vielmehr genügt es, wenn die Gefahr erfahrungsgemäß im normalen Lebensverlauf immer wieder, sei es auch selten, eintritt. Es darf sich nur nicht um eine ungewöhnliche Gefahr handeln, wobei Rechtswidrigkeit oder Sorglosigkeit eines Vorhabens den daraus entspringenden Gefahren noch nicht die Qualifikation als solche des täglichen Lebens nehmen. Voraussetzung für einen aus der Gefahr des täglichen Lebens verursachten Schadensfall ist nämlich eine Fehlleistung oder eine schuldhafte Unterlassung des Versicherungsnehmers. Für die von der Haftpflichtversicherung erfassten Risiken ist es geradezu typisch, dass ihnen eine leichte oder sogar grobe Fahrlässigkeit zu Grunde liegt. Die Entscheidungen der Vorinstanzen halten sich im Rahmen der dargelegten Judikatur und sind im Einzelfall nicht zu beanstanden.

Anmerkungen

Der Versicherer hat auch eine Obliegenheitsverletzung eingewendet, weil die Sicherung der Böllerreste nicht durchgeführt wurde. Die Vorinstanzen haben den Kausalitätsgegenbeweis zugelassen, weil dennoch objektiv bewiesen werden konnte, dass der VN mit einem Feuerwerkskörper der Klasse F3 oder F4 hantierte. Der OGH war der Ansicht, dass die Zulässigkeit des Kausalitätsgegenbeweises „noch vertretbar“ war.

7 Ob 13/18i

Branche	Privathaftpflicht
Problem	Gefahr des täglichen Lebens
Kläger	Versicherungsnehmer
Beklagter	Versicherer
I. Instanz	abgewiesen (BG Kufstein)
II. Instanz	bestätigt (LG Innsbruck)
OGH (21.02.2018)	Revision zurückgewiesen

Sachverhalt

Der VN begehrt Deckungsschutz für Schadenersatzansprüche einer (unbeteiligten) Person, die er bei einer Wasserbombenschlacht unter Verwendung einer „Drei-Mann-Schleuder“ schwer verletzt hatte. Der Versicherer lehnte die Deckung ab, weil es sich bei der Tätigkeit des VN um keine Gefahr des täglichen Lebens handelt.

Entscheidungsgründe

Der Kläger hat mit 2 Freunden eine Drei-Mann-Schleuder in einer Wasserbombenschlacht eingesetzt, was schon begrifflich mit dem gegenseitigen Beschuss der teilnehmenden Gruppen verbunden ist. Die Warnhinweise im Verkaufsportaal, die Bedienungsanleitung sowie das äußere Erscheinungsbild und die Mechanik der Verwendung der Schleuder weisen das Gerät im Einsatz gegen Personen wegen der absehbaren Energie und Geschwindigkeit der abgefeuerten Geschosse als offenkundig gefährlich aus. Dass dabei an der Schlacht Unbeteiligte und daher auf das Geschehen nicht fokussierte Personen in Mitleidenschaft gezogen werden können, liegt beim Einsatz einer solchen Schleuder auf einem Festivalgelände ebenfalls auf der Hand. Die Beurteilung des Berufungsgerichts, dass ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer üblicherweise keine solche Gefahrensituation schafft, ist vertretbar und hält sich im Rahmen der vorliegenden Rechtsprechung.

Anmerkungen

Bei einer „Drei-Mann-Schleuder“ halten zwei Personen mit Hilfe eines Griffes die Enden eines elastischen Seils, eine dritte Person bewegt sich mit dem Mittelteil des Seils einige Meter nach hinten und schießt unter Ausnutzung der Elastizität des Seils Gegenstände zwischen den beiden vorderen Personen durch. Diese Gegenstände können – wie im konkreten Fall – Wasserbomben sein, aber auch Schneebälle und durchaus gefährlichere Dinge wie zB Steine sind möglich. Diese Schleuder ist im Internet („inklusive 150 Wasserballons“) um rund 20 Euro relativ wohlfeil zu erwerben.

7 Ob 123/17i

Branche	Haftpflicht
Problem	Treu- und Fürsorgepflicht
Klägerin	Versicherte
Beklagter	Versicherer
I. Instanz	abgewiesen (HG Wien)
II. Instanz	bestätigt (OLG Wien)
OGH (24.01.2018)	ao Revision zurückgewiesen

Sachverhalt

Die Versicherte, eine Wirtschaftstreuhand- und Steuerberatungsgesellschaft, wurde von einem Mandanten auf Schadenersatz in Anspruch genommen. Die im Zuge dessen letztendlich eingebrachte Klage wurde am letzten Tag der Frist zur Erstattung der Klagebeantwortung an die Versicherungsmaklerin der Versicherten weitergeleitet, diese leitete die Informationen einen Tag später an den Versicherer weiter. Dieser ersuchte rund 3 Wochen danach um weitere Unterlagen sowie um Übermittlung der Klagebeantwortung, die „ja zwischenzeitig sicher erfolgt“ sei. Da die Versicherte keine Klagebeantwortung erstattet hatte, erging ein Versäumnungsurteil. Nach Ablauf der Frist zur Erhebung eines Widerspruchs lehnte der Versicherer gegenüber der Versicherungsmaklerin die Deckung unter Berufung auf Obliegenheitsverletzungen ab. Die Versicherte vertritt die Auffassung, dass der Versicherer aufgrund des bestehenden Versicherungsvertrages und der sich daraus ergebenden Treu- und Fürsorgepflicht zeitgerecht auf das übermittelte Versäumnungsurteil reagieren hätte müssen und nicht erst nach Ablauf der Widerspruchsfrist die Deckung ablehnen hätte dürfen. In diesem Fall wäre es ihr möglich gewesen, das Versäumnungsurteil selbst zeitgerecht zu bekämpfen und den Schaden abzuwenden.

Entscheidungsgründe

Der Vorwurf, die Beklagte habe gegen Treu und Glauben verstoßen, kann nur dann berechtigt sein, wenn sie eine entsprechende Aufklärungspflicht getroffen hätte. Dies setzt wieder voraus, dass sie den Irrtum der Klägerin, die beklagte Partei werde Versicherungsschutz gewähren und sei mit dem Ergehen des Versäumnungsurteils einverstanden gewesen, erkannt hat oder erkennen

musste. Das Erstgericht hat festgestellt, dass ein ersichtlicher Grund für diese irrtümliche Annahme nicht bestand. Die Erwartung einer ausdrücklichen Weisung durch die beklagte Partei wurde nicht angesprochen, ebenso wenig die Dringlichkeit oder die Frage, welche Schritte die beklagte Partei im Haftpflichtprozess setzen soll. Die beklagte Partei hat den geltend gemachten Deckungsanspruch ohnehin zügig geprüft und bereits 8 Tage später abgelehnt. Der Vorwurf der Klägerin, die beklagte Partei habe eine versicherungsvertragliche Fürsorgepflicht verletzt, ist daher nicht begründet.

Anmerkungen

Das Erlassen eines Versäumungsurteils ist in der Haftpflichtversicherung eine klassische Obliegenheitsverletzung und führt im Regelfall zu Leistungsfreiheit, weil der Kausalitätsgegenbeweis kaum erbracht werden kann. Es ist tatsächlich nicht auszuschließen, dass ein Haftungsprozess anders verlaufen wäre, wenn sich der Versicherer um diese Angelegenheit gekümmert hätte. Im vorliegenden Fall wurde vom HG Wien tatsächlich rechtskräftig entschieden, dass Leistungsfreiheit der Versicherung besteht.

7 Ob 180/17x

Branche	Haftpflicht
Problem	Regulierungsvollmacht
Klägerin	Geschädigte
Beklagter	Versicherungsnehmer
I. Instanz	abgewiesen (LG Klagenfurt)
II. Instanz	stattgegeben (OLG Graz)
OGH (8.11.2017)	Revision zurückgewiesen

Sachverhalt

Ein vom VN gehaltener Hund hat die damals zweijährige Klägerin im Jahre 1999 gebissen und im Gesicht verletzt. Der Haftpflichtversicherer hat ursprünglich auf die Einrede der Verjährung bis zum 31.12.2006 verzichtet. Dennoch hat der Versicherer nicht nur bis dahin, sondern auch danach noch – ohne Vorbehalte oder Einschränkungen betreffend den VN – die Regulierungsverhandlungen weitergeführt und im April 2007 „als Haftpflichtversicherer unseres Versicherungsnehmers“ auf die Einrede der Verjährung bis 31.3.2010 verzichtet. Im November 2009 erklärte der Versicherer neuerlich, „als Haftpflichtversicherer unseres Versicherungsnehmers“ auf die Einrede der Verjährung bis nunmehr 4.3.2015 (Erreichung der Großjährigkeit der Klägerin) zu verzichten. Auch danach führte der Versicherer die Regulierungsverhandlungen zunächst weiter. Erst mit dem beim Klagevertreter am 31.8.2015 eingelangten Schreiben zog sich der Versicherer auf den Standpunkt zurück, dass der Verzicht auf den Einwand der Verjährung mit dem 4.3.2015 befristet worden sei und der Versicherer daher keine weitere Zahlung leisten werde. Nach diesem Ablehnungsschreiben hat die Klägerin am 27.10.2015 Klage erhoben. Der VN wendet ein, dass der Anspruch der Klägerin gegen ihn bereits verjährt sei.

Entscheidungsgründe

Die Regulierungsvollmacht im Sinne des Art 8 AHVB umfasst „im Rahmen seiner Verpflichtung zur Leistung alle ihm zweckmäßig erscheinenden Erklärungen“ des Versicherers. Einer

zustimmenden Erklärung des Versicherungsnehmers zur Ausübung der Regulierungsvollmacht durch den Versicherer bedarf es nicht. Vielmehr kann der Versicherer die Regulierungsvollmacht etwa auch dann wirksam wahrnehmen, wenn der Versicherte der mehrfachen außergerichtlichen Aufforderung des Geschädigten, ein Haftungsanerkennnis für zukünftige Unfallfolgen abzugeben, nicht nachkommt. Das Führen von Vergleichsgesprächen des Versicherers bewirkt die Hemmung der Verjährungsfrist. Die Ablaufhemmung dauert dann an, bis die Vergleichsgespräche scheitern und die Ansprüche des Geschädigten abgelehnt werden. Die Verjährung tritt nicht ein, wenn nach Abbruch der Vergleichsverhandlungen unverzüglich, das heißt in angemessener Frist, Klage eingebracht wird. Ob dies der Fall ist, richtet sich nach den Umständen des Einzelfalles.

Anmerkungen

Obwohl den österreichischen Gesetzen keine allgemeine Regulierungsvollmacht des Haftpflichtversicherers zu entnehmen ist, finden sich entsprechende Bestimmungen in de facto allen Versicherungsbedingungen, weil die Führung von Vergleichsgesprächen ohnehin durch den Versicherer erfolgt. Nach der ständigen Judikatur (7 Ob 144/05k und 7 Ob 219/04p) wird während der Vergleichsgespräche des Versicherers auch dem VN gegenüber die Verjährung gehemmt.

7 Ob 177/17f

Branche	Betriebshaftpflicht
Problem	Direktes Klagerecht
Kläger	Geschädigter
Beklagter	Versicherer
I. Instanz	abgewiesen (LG Feldkirch)
II. Instanz	bestätigt (OLG Innsbruck)
OGH (29.11.2017)	aufgehoben

Sachverhalt

Der Kläger behauptet einen Behandlungsfehler im Krankenhaus D. Dieses Krankenhaus wird von einer Gebietskörperschaft betrieben, weshalb keine Versicherungspflicht besteht. Dennoch hat der Spitalsbetreiber D. eine freiwillige Versicherung abgeschlossen. Der mitbeklagte Versicherer lehnte seine Eintrittspflicht ab, weil bei Abschluss einer freiwilligen Haftpflichtversicherung kein direktes Klagerecht bestünde.

Entscheidungsgründe

Nach § 5c Abs 1 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz hat die Landesgesetzgebung vorzusehen, dass Krankenanstalten, die nicht durch eine Gebietskörperschaft, eine sonstige Körperschaft öffentlichen Rechts oder durch eine juristische Person, die im Eigentum einer Gebietskörperschaft oder Körperschaft öffentlichen Rechts steht, betrieben werden, eine Haftpflichtversicherung abzuschließen haben. Nach Abs 3 leg. cit. kann der geschädigte Dritte den ihm zustehenden Schadenersatzanspruch im Rahmen des betreffenden Versicherungsvertrags auch gegen den Versicherer geltend machen. Ob das direkte Klagerecht für alle für eine Krankenanstalt abgeschlossenen Haftpflichtversicherungen gilt, ist den Gesetzesmaterialien nicht direkt zu entnehmen. Aus einem Zusammenhang mit Abs 1 könnte gefolgert werden, dass Abs 3 nur solche Haftpflichtversicherungen vor Augen hat, welche für „private“ Krankenanstalten – und damit obligatorisch – abgeschlossen wurden. Andererseits würde der Wortlaut des Abs 3 sehr wohl eine Direktklage bei einer Haftpflichtversicherung tragen, die freiwillig für eine „nicht private“ Krankenanstalt abgeschlossen wurde. Der Gesetzgeber nahm die KFZ-

Haftpflichtversicherung zum Vorbild. Im Kraftfahrzeugbereich sind zwar nach § 59 Abs 2 KFG Fahrzeuge der öffentlichen Hand von der Versicherungspflicht ausgenommen, nach ständiger Rechtsprechung besteht bei freiwillig erfolgtem Abschluss einer Haftpflichtversicherung für ein solches Fahrzeug gleichwohl ein direkter Anspruch des Geschädigten gegen den Haftpflichtversicherer. Aufgrund der Vorbildfunktion der KFZ-Haftpflichtversicherung (auch) für die Direktklage ist daher davon auszugehen, dass der Gesetzgeber diese nicht nur bei für „private“ Krankenanstalten obligatorisch abgeschlossene, sondern auch bei für „nicht private“ Krankenanstalten freiwillig abgeschlossenen Haftpflichtversicherer ermöglichen wollte.

Anmerkungen

Der Analogieschluss zum freiwillig erfolgten Abschluss einer Kfz-Haftpflichtversicherung (zB für Kfz von Gebietskörperschaften) muss kritisch hinterfragt werden. Das direkte Klagerecht bei freiwilligen Kfz-Haftpflichtversicherungen ergibt sich nämlich nicht „nach ständiger Rechtsprechung“, sondern aus § 1 KHVG. Zu beachten ist, dass in der freiwilligen allgemeinen Haftpflichtversicherung eine allfällige Leistungsfreiheit des Versicherers (zB wegen einer Obliegenheitsverletzung oder wegen eines Ausschlusses – letzteres auch in der Pflichtversicherung) auch gegen den Geschädigten wirkt (siehe insbesondere 7 Ob 143/14a).

7 Ob 195/17b

Branche	Haftpflicht für Haus- und Grundbesitz
Problem	Deckungsumfang
Klägerin	Versicherungsnehmerin
Beklagter	Versicherer
I. Instanz	abgewiesen (HG Wien)
II. Instanz	bestätigt (OLG Wien)
OGH (20.12.2017)	ao Revision zurückgewiesen

Sachverhalt

Der Deckungsumfang der Haftpflichtversicherung für Haus- und Grundbesitz erstreckt sich u.a. auch auf Schäden aus der Durchführung von Abbruch-, Bau-, Reparatur- und Grabarbeiten an der versicherten Liegenschaft, wenn die Gesamtkosten des Bauvorhabens unter Einrechnung etwaiger Eigenleistungen einen vereinbarten Betrag nicht überschreiten. Die VN ließ auf ihrer Liegenschaft ein Wohnhaus zu einem vereinbarten Werklohn von EUR 988.305,- revitalisieren. Zu diesem Zweck wurde auf der Liegenschaft ein Kran aufgestellt, der umstürzte und auf ein Gebäude des Nachbargrundstücks fiel. Der Versicherer lehnte die Deckung ab, weil Deckung nur besteht, wenn die Gesamtkosten des Bauvorhabens unter Einrechnung etwaiger Eigenleistungen individuell vereinbarte EUR 400.000,- nicht überschreiten.

Entscheidungsgründe

Bereits der eindeutige Wortlaut lässt keinen Zweifel daran, dass durch eine speziellere Norm der Versicherungsschutz für Schadenersatzverpflichtungen aus den dort angeführten Tätigkeiten gesondert und abschließend geregelt wird, dies unabhängig davon, auf welche schadenersatzrechtliche Grundlage der Geschädigte seinen Anspruch gegenüber dem Versicherungsnehmer stützt. Aus der insoweit völlig klaren Bedingungslage folgt daher, dass der Versicherungsschutz für Schadenersatzverpflichtungen aus der Durchführung der dort genannten Baumaßnahmen ausschließlich nach dieser Bestimmung zu beurteilen ist. Sinn einer Beschränkung des Baukostenrisikos mit einem bestimmten Gesamtkostenbetrag ist es, die mit Bauvorhaben größeren Umfangs verbundene Vielzahl nicht überschaubarer und für den

Versicherer kaum oder nur schwer kalkulierbarer Risiken vom Versicherungsschutz auszuschließen. Es handelt sich dabei um einen Risikoausschluss. Zu einem Bauvorhaben gehören alle Maßnahmen, die notwendig sind um das Bauziel zu erreichen, hier das Aufstellen eines Krans. Da die Gesamtkosten des Umbaus die festgelegte Summe – weit – überschreiten, ist die Verneinung des Deckungsschutzes durch die Vorinstanzen nicht zu beanstanden.

Anmerkungen

Natürlich besteht ein Schadenersatzanspruch gegen die Versicherungsnehmerin bzw. ein nachbarrechtlicher Ausgleichsanspruch gemäß § 364a ABGB. Dabei handelt es sich um eine grundsätzlich gedeckte gesetzliche Haftpflichtbestimmung privatrechtlichen Inhalts im Sinn der Versicherungsbedingungen. Dies ändert aber nichts daran, dass nach den ergänzenden Haftpflichtversicherungsbedingungen (EHVB) die Durchführung von verschiedenen Arbeiten an der versicherten Liegenschaft nur dann versichert sind, wenn die Gesamtkosten des Bauvorhabens einen vertraglich vereinbarten Betrag nicht übersteigen.

7 Ob 163/17x

Branche	Rechtsschutz
Problem	Versicherungsfall
Klägerin	Erbin des Versicherungsnehmers
Beklagter	Versicherer
II. Instanz	stattgegeben (OLG Graz)
OGH (18.10.2017)	ao Revision zurückgewiesen

Sachverhalt

Der VN war von 1.9.2002 bis 1.9.2012 rechtsschutzversichert. Im vorliegenden Fall wird die Deckung aus der Rechtsschutzversicherung für die klageweise Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen gegen den den VN behandelnden Orthopäden begehrt. Am 24.7.2012 habe dieser die Erörterung eines MRT-Befundes mit dem VN unterlassen, wobei sich aus dem Befund der Verdacht auf eine Krebserkrankung bereits ergeben hatte. Am 24.9.2014 wurde dem VN die Diagnose Lungenkrebs bekannt. Der Versicherer lehnte die Deckung ab, weil der Versicherungsfall am 24.9.2014 und damit außerhalb des Versicherungszeitraumes eingetreten sei.

Entscheidungsgründe

Die Klägerin leitet den Anspruch, für dessen Durchsetzung Rechtsschutzdeckung begehrt wird, aus der Unterlassung von – ihrer Meinung nach – unverzüglich gebotenen Maßnahmen des Orthopäden zur Abwendung einer Verschlechterung der bestehenden Erkrankung des Versicherungsnehmers ab, wobei sie ausdrücklich vorbringt, dass sich sein Gesundheitszustand bereits im Juli 2012 aufgrund der unterlassenen Behandlung massiv verschlimmert habe. Die Rechtsauffassung des Berufungsgerichts, das – innerhalb des Versicherungszeitraums liegende – Schadenereignis sei das Nichtreagieren auf den verdächtigen MRT-Befund, ab welchem Zeitpunkt sich mangels weiterer Abklärung und Therapie der Gesundheitsschaden des Versicherungsnehmers durch das (ungehinderte) Fortschreiten der Krebserkrankung zunehmend ausgeweitet und letztlich zum Ableben geführt habe, hält sich im Rahmen der Judikatur. Auf die

von der Beklagten allein herangezogene Kenntnisnahme der Diagnose durch den Versicherungsnehmer kommt es jedenfalls nicht an.

Anmerkungen

Im Schadenersatzrechtsschutz ist unbestritten das dem Anspruch zugrundeliegende Schadenereignis der Versicherungsfall. Ein allfälliger Verstoß ist nicht relevant. Nimmt man die Paralleljudikatur zur Haftpflichtversicherung zum Vergleich (Übersehen eines Gehirntumors durch eine Röntgenärztin, 7 Ob 100/12z), so muss das Vorliegen eines Schadenereignisses während der Dauer des Rechtsschutzvertrages allerdings verneint werden. Schadenereignis ist nämlich nicht das Nichtreagieren auf den verdächtigen MRT-Befund, weil zu diesem Zeitpunkt bereits eine Lungenkrebserkrankung des VN vorlag. Selbst wenn man annimmt, dass sich die Lungenkrebserkrankung in der Folge verschlechterte, so ist nach der genannten Vorjudikatur das Schadenereignis allenfalls der Augenblick, ab dem die Erkrankung unheilbar wurde.

7 Ob 211/17f

Branche	Vertragsrechtsschutz
Problem	Versicherungsfall
Kläger	Versicherungsnehmer
Beklagter	Versicherer
I. Instanz	abgewiesen (HG Wien)
II. Instanz	bestätigt (OLG Wien)
OGH (24.01.2018)	Revision zurückgewiesen

Sachverhalt

Die VN haben wegen einer Fehlberatung vom 30.12.2004 hinsichtlich des Abschlusses eines Pensionsvorsorgemodells Ansprüche gegen ihren Versicherungsmakler geltend gemacht und ein rechtskräftiges und vollstreckbares Urteil über den Ersatz von rund EUR 65.000,- erwirkt. Sodann haben sie unter anderem Forderungsexekution auf den Anspruch des Schuldners gegen dessen Haftpflichtversicherer geführt. Der Haftpflichtversicherer des Versicherungsmaklers hat die Deckung des Anspruchs abgelehnt. Die VN begehren Deckung aus dem Vertragsrechtsschutz mit dem Argument, der Haftpflichtversicherungsvertrag sei ein echter Vertrag zugunsten Dritter. Die vertragliche Schadenersatzpflicht sei damit auf die VN erweitert.

Entscheidungsgründe

Der allgemeine Vertragsrechtsschutz umfasst Ansprüche aus Versicherungsverträgen bzw. schuldrechtlichen Verträgen „des Versicherungsnehmers“. Aus der Forderung nach einem Vertrag des Versicherungsnehmers ergibt sich auch für den durchschnittlich verständigen Versicherungsnehmer, dass als gedecktes Vertragsverhältnis nur ein solches gilt, in welchem der Versicherungsnehmer selbst Vertragspartei ist. Pfändet der Geschädigte im Exekutionsverfahren den Anspruch des Haftpflicht-Versicherungsnehmers gegen den Haftpflichtversicherer und lässt er ihn sich überweisen, dann tritt er in die Rechtsstellung des Haftpflicht-Versicherungsnehmers ein. Soweit die Kläger beabsichtigen, den Haftpflichtversicherer des Versicherungsmaklers als Drittschuldner in Anspruch zu nehmen, machen sie keine eigene Forderung aus eigenem Vertrag

geltend, sondern die exekutiv zu ihren Gunsten gepfändete und ihnen zur Einziehung überwiesene Forderung des Versicherungsmaklers gegen seinen Haftpflichtversicherer. Dafür besteht kein Versicherungsschutz, weil es nicht um die Wahrnehmung rechtlicher Interessen aus einem Vertrag des Versicherungsnehmers geht.

Anmerkungen

Der allgemeine Vertragsrechtsschutz umfasst die Wahrnehmung rechtlicher Interessen aus Versicherungsverträgen des VN bzw. aus sonstigen schuldrechtlichen Verträgen des VN über bewegliche Sachen, somit nicht aus Verträgen anderer Personen. Selbst wenn man annimmt, dass es sich bei einem Haftpflichtversicherungsvertrag um einen echten Vertrag zugunsten Dritter handelt, ist für die VN nichts gewonnen, weil es sich gerade nicht um einen Vertrag der VN handelt, sondern um einen Vertrag des Schädigers.

7 Ob 148/17s

Branche	Feuer
Problem	Deckungsumfang
Kläger	Versicherungsnehmer
Beklagter	Versicherer
II. Instanz	abgewiesen (OLG Graz)
OGH (27.9.2017)	ao Revision zurückgewiesen

Sachverhalt

In den AVB waren das zu Wohnzwecken genutzte Gebäude an einer bezeichneten Risikoadresse und alle ausschließlich landwirtschaftlich genutzten Gebäude der versicherten Landwirtschaft (auch an weiteren Risikoadressen) versichert. Eine später abgebrannte Almhütte befand sich außerhalb der Risikoadresse. Der VN nutzte die darin eingerichtete Sauna auch zur Entspannung und unabhängig von landwirtschaftlichen Arbeiten, weil das Saunieren sein Hobby ist und er am Versicherungsort über keine Sauna verfügt. Der VN hielt sich auch in bzw. bei der Almhütte auf, um beispielsweise auf den dort vorhandenen Sonnenliegen in der Sonne zu liegen, zu grillen oder um bei einem Glas Wein und einer Zigarre zu entspannen. Schließlich erlaubte der VN einem Jagdäusübungsberechtigten mit Jagdgästen in der Almhütte zu nächtigen sowie dort dessen Geburtstage und Silvester zu feiern. Die Versicherung lehnte die Deckung ab, weil es sich bei der Almhütte um kein landwirtschaftlich genutztes Gebäude handelte.

Entscheidungsgründe

Nach dem völlig eindeutigen Vertragswortlaut bestand Versicherungsschutz für die Almhütte nur im Fall ausschließlicher landwirtschaftlicher Nutzung. Nach den Feststellungen nützen der Kläger und der Jagdäusübungsberechtigte die Almhütte aber auch zu den beschriebenen Erholungszwecken und privaten Feiern. Die Rechtsansicht der Vorinstanzen, es handle sich demnach um keine ausschließliche landwirtschaftliche Nutzung, hält sich im Rahmen der maßgeblichen Auslegungsgrundsätze, entspricht dem klaren Wortlaut und insbesondere auch der Vorstellung des durchschnittlich verständigen Versicherungsnehmers.

Anmerkungen

Die Deckungserweiterung auf „ausschließlich landwirtschaftlich genutzt“ ist natürlich tückisch, weil de facto jede private Benutzung zum Entfall des Versicherungsschutzes führt. Da eine private Nutzung zweifellos auch zu einer Gefahrerhöhung führt, wird man wahrscheinlich kurze oder einmalige private Nutzungen tolerieren können, nicht jedoch die Privatnutzung über einen längeren Zeitraum. Mit einem ähnlichen Sachverhalt hatte sich der OGH bereits in 7 Ob 11/16t zu beschäftigen. Auch dort ging es um die relativ rigide Auslegung des Begriffs einer Landwirtschaftsversicherung.

7 Ob 1/17y

Branche	Haushalt
Problem	Wohnungswechsel
Klägerin	Versicherungsnehmerin
Beklagter	Versicherer
I. Instanz	stattgegeben (HG Wien)
II. Instanz	bestätigt (OLG Wien)
OGH (5.7.17)	bestätigt

Sachverhalt

Die Risikoadresse laut Polizza war ***** und die Wohnnutzfläche war mit 90 m² angegeben. Die Klägerin hatte in ihrem im Internetportal „Durchblicker.at“ ausgefüllten Versicherungsantrag jene Versicherungsart gewählt, bei der die Versicherungssumme nach Anzahl der Quadratmeter der versicherten Wohnung errechnet wurde. Die in der Polizza angeführte Wohnung war jene, in der die Klägerin zum Zeitpunkt des Abschlusses des Versicherungsvertrags wohnte. Die Klägerin übersiedelte in der Folge in eine andere Wohnung mit einer Nutzfläche von 116 m². Die Klägerin setzte die Beklagte von ihrem Umzug nicht in Kenntnis. Nach den AVB gilt bei Wohnungswechsel innerhalb von Österreich die Versicherung während des Umzuges, dann in den neuen Wohnräumen, sofern der Vertrag nicht vor Beginn des Umzuges und mit Wirkung auf den Tag vor Beginn des Umzuges gekündigt wird. Der Wohnungswechsel ist dem Versicherer schriftlich zu melden. Nach einem Brand leistete der Versicherer für den entstandenen Schaden (nur) anteiligen (aliquoten) Ersatz nach dem Verhältnis der Wohnnutzfläche der in der Polizza genannten Wohnung zur Wohnnutzfläche jener Wohnung, in der der Brand stattgefunden hatte. Der Versicherungsschutz gelte nicht für die neue Wohnung, sondern bei einem Wohnungswechsel nur während des Umzuges, aber nicht mehr danach.

Entscheidungsgründe

Das Auslegungsverständnis der Beklagten dahin, dass die Haushaltsversicherung nur „während des Umzuges“ und dann nicht mehr gelten solle, würde der Wortfolge „dann in den neuen

Wohnräumen“ jedwede Bedeutung nehmen. Es entspricht demgegenüber sowohl richtigem grammatikalisch-sprachlichem Verständnis als auch der Auffassung eines durchschnittlich verständigen Versicherungsnehmers, dass aus der in den AVB von der Beklagten gewählten Formulierung Versicherungsschutz für die neue Wohnung des Versicherungsnehmers nach einem Wohnungswechsel dann besteht, wenn der Vertrag nicht vor und mit Wirkung auf den Tag vor Beginn des Umzugs gekündigt wurde.

Anmerkungen

Der OGH hat auch geprüft, ob die VN eine zur Leistungsfreiheit führende Obliegenheitsverletzung begangen hat, dies aber zu Recht verneint: Da in den AVB für den Fall des Unterlassens der Anzeige des Wohnungswechsels keine Sanktion vorgesehen ist, bleibt die Verletzung der Anzeigepflicht durch die VN ohne Folgen. Unterversicherung kann übrigens nur dann eingewendet werden, wenn der Wert des Inhalts der neuen Wohnung höher ist als der Wert des Inhalts der alten Wohnung. Die Vereinbarung einer Unterversicherung unter Berufung auf die Quadratmeterzahl ist gröblich benachteiligend und daher unwirksam. Eine solche Vorgehensweise führt nämlich zu einer wesentlichen Einschränkung gegenüber dem in § 56 VersVG festgelegten Standard, wonach eine Kürzung der Entschädigung im Verhältnis des Versicherungswerts zur Versicherungssumme festgelegt wird. Das hat bereits das Erstgericht korrekt festgehalten.

7 Ob 118/17d

Branche	Leitungswasser
Problem	Deckungsumfang
Klägerin	Versicherungsnehmerin
Beklagter	Versicherer
I. Instanz	abgewiesen (BG Amstetten)
II. Instanz	bestätigt (LG St. Pölten)
OGH (21.9.2017)	teilweise stattgegeben

Sachverhalt

Im versicherten Gebäude kam es zu einem Wasserschaden im Keller. Die wasserbedingten Schädigungen im Mauerwerk und Boden haben ihre Ursache in einer Verstopfung des Abflusses an der Kondensatwanne der Wärmepumpe und dadurch austretendem Kondenswasser. Der Versicherer lehnte die Deckung ab, weil es sich beim austretenden Kondenswasser um kein Leitungswasser im Sinne der AVB handelt.

Entscheidungsgründe

Die deutsche Lehre vertritt zur insoweit vergleichbaren Bedingungslage, dass aus Wasserversorgungs- oder Heizungsanlagen austretendes Kondenswasser Leitungswasser ist. Dem ist zu folgen. Beim Betrieb der Wärmepumpe bilden sich - konstruktionsbedingt, im Zuge notwendiger Abtauvorgänge - pro Tag mehrere Liter Kondensat. Da der Abfluss der Kondensatwanne verstopft war, konnte das Kondensat nicht - wie vorgesehen - in den Kanal abgeleitet werden. Das sich in einer Wärmepumpe bildende Kondensat wird vom verständigen Versicherungsnehmer als Wasser aus einer angeschlossenen Einrichtung und damit als Leitungswasser im Sinne der Bedingungen angesehen. Für die durch den bestimmungswidrigen Austritt entstandenen Schäden besteht demnach Versicherungsschutz.

Anmerkungen

Nach Wikipedia bezeichnet man als Kondenswasser jenes Wasser, das sich an einer kühlen Oberfläche von Gegenständen niederschlägt, sobald wasserdampfhaltige Luft oder wasserdampfhaltiges Gas dort unter den Taupunkt abgekühlt wird. Auch der in der Natur vorkommende Tau ist letztendlich Kondenswasser. Ob Kondenswasser, das aus der wasserdampfhaltigen Luft kommt, zu Leitungswasser mutiert, wenn es sich in einer Wasserleitung befindet, ist sehr fraglich. In allen Instanzen übereinstimmend wurde allerdings richtig festgestellt, dass im Falle des Vorliegens einer Verstopfung zwar die Kosten für die Beseitigung der Verstopfung selbst gedeckt sind, nicht jedoch allfällige Folgekosten.

7 Ob 190/17t

Branche	Sturm
Problem	Ausschlüsse
Kläger	Versicherungsnehmer
Beklagter	Versicherer
I. Instanz	abgewiesen (LG Linz)
II. Instanz	bestätigt (OLG Linz)
OGH (29.11.2017)	bestätigt

Sachverhalt

Der VN hat im Jahr 2016 sein Einfamilienhaus ausgebaut, wobei auch das Dach erneuert wurde. Während dieser Bauzeit ereignete sich ein Wasserschaden, der aufgrund eines Sturms mit einer Mindestgeschwindigkeit von 60 km/h, begleitet von massiven Regenfällen, verursacht wurde. Der Wassereintritt begann im Bereich der oberen Geschoßdecke und führte zu Folgeschäden im Obergeschoß und auch im Erdgeschoß. Zum Zeitpunkt des Ereignisses hatte das Gebäude kein Dach und keinen Dachstuhl – es war mit Planen abgedeckt. Der Versicherer lehnte die Deckung ab wegen des Ausschlusses vom Schäden, die dadurch entstanden, dass im Zuge von Neu-, Zu- oder Umbauten versicherter Bauwerke Baubestandteile nicht oder noch nicht entsprechend fest mit einem sonstigen Bauwerk verbunden waren und Bestandteile aus der üblichen Verbindung mit dem Bauwerk gelöst wurden. In der Haushaltsversicherung sind Schäden durch Niederschlagswasser ausgeschlossen, die durch Öffnungen im Dach infolge von Umbauten, Anbauten, Neubauten bzw Reparaturarbeiten sowie durch offene Dachluken (Dachfenster bzw durch offene Fenster und Türen) entstehen.

Entscheidungsgründe

Unter Dach versteht man allgemein den oberen Abschluss eines Gebäudes, bestehend aus dem Tragwerk und der Dachdeckung (Dachhaut), aber nicht während der Durchführung von Bauarbeiten provisorisch gespannte Abdeckplanen, die während der Zeit des Umbaus vor schädlichen Einflüssen schützen und Beeinträchtigungen durch Sturm und Wasser hintanhalt

sollen. Nach allgemeinem Verständnis besteht nach dem Abtragen der gesamten Dachkonstruktion selbst dann eine Öffnung im Dach im Sinne der Bedingung, wenn diese mit einer Plane während der Bauarbeiten abgedeckt ist. Durch den insoweit eindeutigen Wortlaut der Bestimmung stellt der Versicherer klar, dass er die mit Um-, An- und Neubauten sowie mit Reparaturen verbundenen erhöhten Risiken des Eintretens von Niederschlagswasser über eine im Zug dieser Tätigkeit geschaffene Öffnung im Dach gerade nicht tragen und daher aus dem Versicherungsschutz ausnehmen möchte.

Anmerkungen

An sich besteht in der Elementarschadendeckung Versicherungsschutz dann, wenn Niederschlagswasser ins Gebäude eintritt, sofern feste Bestandteile oder ordnungsgemäß verschlossene Fenster- oder Außentüren durch ein Schadenereignis beschädigt oder zerstört werden. Drückt ein Sturm daher ein Fenster ein bzw. werden Gegenstände der Außenwelt (zB Bäume) gegen das Fenster geworfen und kommt es danach zu einem Niederschlagseintritt, so ist Versicherungsschutz gegeben. Dieser Versicherungsschutz besteht aber nur dann, wenn das Gebäude zum Zeitpunkt des Schadenereignisses vollständig geschlossen ist.

7 Ob 59/17b

Branche	Einbruch
Problem	Wiederherstellungsklausel
Kläger	Versicherungsnehmer
Beklagter	Versicherer
II. Instanz	stattgegeben (OLG Wien)
OGH (27.9.2017)	Revision zurückgewiesen

Sachverhalt

Nach einem Einbruch und einem darauffolgenden Gerichtsverfahren erstattete der VN fünf Tage nach Ablauf der Frist zur Wiederherstellung (gemäß AVB ein Jahr nach dem Schadenfall) einen Verfahrensschriftsatz, mit welchem er Urkunden über die mehr als zwei Wochen zuvor erfolgte unwiderrufliche Bestellung und Anzahlung eines Ersatzgeräts vorlegte. Dieser Schriftsatz wurde am letzten Tag einer vom Erstgericht den Parteien in einer Tagsatzung gesetzten achtwöchigen Frist zur Bekanntgabe erstattet, ob im Vergleichsgespräch eine Einigung erzielt worden sei, wobei die Frage der Wiederbeschaffung Thema des widerstreitenden Vorbringens gewesen und in derselben Tagsatzung erörtert worden war. Eine Kontaktaufnahme des Klagevertreters zum Beklagtenvertreter war zudem nach den diesbezüglich unstrittigen Urkunden bereits zwei Wochen zuvor (also innerhalb der Jahresfrist) von einer Übermittlung der erwähnten Bestellunterlagen begleitet gewesen. Der Versicherer lehnte die Leistung der Neuwertspanne ab, weil die Wiederherstellung der gestohlenen Sachen nicht gesichert war.

Entscheidungsgründe

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. Grundsätzlich kann eine hundertprozentige Sicherheit nicht verlangt werden, sondern es muss ausreichen, wenn angesichts der getroffenen Vorkehrungen keine vernünftigen Zweifel an der Durchführung der Wiederherstellung bestehen. Wann die Verwendung gesichert

ist, ist nach Treu und Glauben zu entscheiden und hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Unter diesen Umständen des Einzelfalls (insbesondere der Vergleichsgespräche) ist die Einstellung vertretbar, dass dem Versicherer die fristgerechte Sicherstellung der Wiederbeschaffung nachgewiesen wurde.

Anmerkungen

Problematisch ist die Judikatur des OGH, dass der Anspruch des Versicherungsnehmers auf Bezahlung des Neuwertes auch dann fällig ist, wenn sich später herausstellen sollte, dass trotz angeblicher Sicherstellung in der Folge die Wiederbeschaffung unterbleibt. Unterlässt der Versicherungsnehmer trotz „Sicherstellung“ die Wiederbeschaffung, so ist er zweifellos bereichert und es liegt ein Verstoß nach der beidseitig zwingenden Bestimmung des § 55 VersVG vor. Es wäre daher systemkonformer, es zwar bei der Fälligkeit der Neuwertspanne zu belassen, aber eine bereicherungsrechtliche Rückabwicklung vorzunehmen zu können.

7 Ob 32/17g

Branche	Unfall
Problem	Versicherungsfall
Kläger	Versicherungsnehmer
Beklagter	Versicherer
I. Instanz	teilweise stattgegeben (LG Klagenfurt)
II. Instanz	abgewiesen (OLG Graz)
OGH (18.10.2017)	bestätigt

Sachverhalt

Der VN und sein Kletterpartner durchstiegen die Eiger-Nordwand. Als ein Stein, auf dem der VN mit dem Frontalzacken seiner Steigeisen gestanden war, plötzlich ausbrach, stürzte der im Vorstieg befindliche VN in der letzten Seillänge des Quergangs ins Seil. Er rutschte ab und schlitterte den Felsen entlang, bis er etwa 4 Meter unterhalb der Zwischensicherung hängen blieb. Durch diesen Sturz traten in den Kniebereichen der Hose des VN 2 bis 4 cm lange Risse auf und im Bereich des Oberschenkels wurde die Hose abgeschürft. Als der VN mit seinem Kletterpartner biwakieren wollte, bemerkte er, dass er sowohl im Kniebereich als auch bei den Füßen durchnässt war. In der Folge stellte er die Beschädigung an seiner Hose fest. Die Beschädigungen im Kniebereich der Hose waren die einzige Ursache für den Feuchtigkeitseintritt. Gegen 4 Uhr des Folgetages bemerkte der VN, dass seine Füße sehr kalt geworden waren. Er und sein Kletterpartner erreichten gegen 12 Uhr den Gipfel, danach stiegen sie ins Tal ab. Bei dieser Klettertour erlitt der VN Erfrierungen an beiden Vorfüßen, die deren Amputation notwendig machten. Der Versicherer lehnte die Deckung ab, weil der VN durch den Sturz ins Seil keinen Unfall im Sinne der Versicherungsbedingungen erlitten hatte.

Entscheidungsgründe

Zu entscheiden ist, ob das einwirkende Ereignis (auch) unmittelbar zu einer körperlichen Schädigung des Versicherten führen muss, damit das Vorliegen eines Unfalls bejaht werden kann. Wenngleich das Vorliegen eines Unfalls im Regelfall eine Beeinträchtigung der körperlichen Integrität des Versicherten voraussetzt, kann eine gleichwertige, ebenfalls zur

Annahme des Unfalls führende Situation dann vorliegen, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis – ohne eine Verletzung am Körper – in einer wesentlichen körperlichen Funktionalität (zB Fortbewegungsmöglichkeit) so beeinträchtigt wird, dass er dadurch in eine hilflose Lage gerät, die dann zumindest mitursächlich für einen relevanten Gesundheitsschaden ist. Eine darüberhinausgehende Berücksichtigung etwa der bloßen Beschädigung von Ausrüstungsgegenständen, mögen sie auch am Körper getragen werden, ist durch den Unfallbegriff nicht gedeckt. 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 gerät, konnte er doch die Klettertour fortsetzen und beenden. Es lag daher ein Unglücksfall, aber kein Unfall vor.

Anmerkungen

Bereits in 7 Ob 79/16t hat sich der OGH mit der Frage auseinandergesetzt, unter welchen Umständen eine Erfrierung beim Bergsteigen durch die Unfallversicherung gedeckt ist. Erfrierungen sind per se keine Unfallereignisse, weil sie allmählich und nicht „plötzlich“ auftreten. Sie können daher nur dann unter den Versicherungsschutz fallen, wenn sie durch ein Unfallereignis verursacht wurden, weil sich das Erfordernis der Plötzlichkeit lediglich auf das von außen auf den Körper wirkende Ereignis bezieht, nicht jedoch auf die Gesundheitsschädigung. Besser ist es, Erfrierungen einem Unfall gleichzusetzen, wie dies in manchen Unfallversicherungsbedingungen der Fall ist.

7 Ob 115/17p

Branche	Unfall
Problem	Versicherungsfall
Kläger	Versicherungsnehmer
Beklagter	Versicherer
I. Instanz	abgewiesen (LG für ZRS Graz)
II. Instanz	bestätigt (OLG Graz)
OGH (29.11.2017)	aufgehoben

Sachverhalt

Der Versicherungsnehmer spielte Tennis. Nach ca. einer Stunde schlug er auf und verspürte direkt beim Schlagen des Balls in der rechten Schulter einen stechenden Schmerz. Eine Abweichung der normalen Aufschlagbewegung fand dabei nicht statt. Der Versicherungsnehmer erlitt eine Luxation der langen Bizepssehne. Nach den AVB gilt als Unfall auch, „wenn durch erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskel, Sehne, Bänder oder Kapseln gezerzt oder gerissen werden“. Der Versicherer lehnte die Deckung ab, weil kein Versicherungsfall vorliege.

Entscheidungsgründe

Ein durchschnittlich verständiger Versicherungsnehmer wird als Basiswert für die Beurteilung der „erhöhten Kraftanstrengung“ mangels weiterer Definition in den Bedingungen von den im Rahmen alltäglicher Bewegungen vorkommenden Abläufen ausgehen. Für eine differenzierte Betrachtung je nach Sportart, wobei verschiedene Körperteile in sehr unterschiedlicher Weise belastet werden, besteht kein Anlass. Der einem objektiven Beobachter erkennbare Zweck der Bestimmung geht vielmehr dahin, aus alltäglichen Bewegungsabläufen herrührende Verletzungen nicht unter Versicherungsschutz zu stellen. „Alltägliche“ Bewegungen bloß gelegentlich der Ausübung eines ansonsten auch körperbetonten Sports – wie etwa das bloße Gehen auf dem Tenniscourt während eines Spiels – werden demnach regelmäßig nicht vom Versicherungsschutz umfasst sein. Andererseits sollen aber innerhalb einer Sportart „übliche“ und typische Abläufe, auch wenn sie - gemessen an der Sportart – nicht in erhöhten Maß kraftvoll ausgeübt werden,

Versicherungsdeckung genießen. Geht man von dieser Auslegung aus, ist ein Aufschlag beim Tennis – mag er auch einer normalen Aufschlagbewegung in diesem Sport entsprechen – kein normaler Bewegungsablauf, wie er im alltäglichen Leben mit von üblichem Kraftaufwand begleiteter körperlicher Bewegung verbunden ist, sondern stellt eine „erhöhte“ Kraftanstrengung dar, auch wenn der Versicherte den Sport regelmäßig ausübt.

Anmerkungen

Nach den üblichen AVB sind Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen befindlichen Sehnen nur dann gedeckt, wenn dies infolge plötzlicher Abweichung vom geplanten Bewegungsablauf bewirkt wird. Bei dieser Bedingungslage würde es sich hier um keinen Unfall handeln (7 Ob 118/00d). Die klagsgegenständlichen AVB erweitern den Deckungsbereich natürlich beträchtlich.

7 Ob 139/17t

Branche	Unfall
Problem	15-Monatsfrist
Kläger	Versicherungsnehmer
Beklagter	Versicherer
I. Instanz	abgewiesen (BG Innsbruck)
II. Instanz	bestätigt (LG Innsbruck)
OGH (24.01.2018)	Revision zurückgewiesen

Sachverhalt

Der VN erstattete 8 Tage nach einem Unfall eine Schadenmeldung über einen Sturz, bei dem seine rechte Hand und sein rechter Arm verletzt wurden. Der Versicherer antwortete darauf, er leiste die vereinbarte Pauschale aufgrund eines Knochenbruchs. Er wies überdies ausdrücklich daraufhin, dass Leistungsansprüche aus dem Titel der bleibenden Invalidität bedingungsgemäß mittels Vorlage eines ärztlichen Befundberichts innerhalb von 15 Monaten zu stellen seien und in diesem Zusammenhang alle Ansprüche erlöschen würden, wenn diese Leistungsansprüche nicht innerhalb dieser ab Unfalltag gerechneten Frist bei ihr geltend gemacht würden. Mehr als 12 Monate nach dem Unfall sprach der VN Dauerinvaliditätsleistungen bei einem anderen Unfallversicherer an, der ein ärztliches Gutachten zum Vorliegen von Dauerinvalidität beauftragte und von sich aus dem hier beklagten Versicherer anbot, auch ihm dieses Gutachten nach Einlangen zu übermitteln. Der Versicherer lehnte dies unter Hinweis darauf ab, dass der VN ihm gegenüber keinen Antrag hinsichtlich dauernder Invalidität gestellt habe. Mehr als 16 Monate nach dem Unfall wurden namens des VN ausdrücklich Ansprüche aus Dauerinvalidität an den Versicherer gerichtet, welcher unter Berufung auf die Ausschlussfrist die Deckung verweigerte.

Entscheidungsgründe

Es wurde weder vorgebracht noch festgestellt, dass zwischen den beteiligten Unfallversicherern und dem Kläger eine Führungsklausel in dem Sinn vereinbart worden wäre, dass Anzeigen gegenüber einem „führenden“ auch gegenüber dem anderen Versicherer gelten oder dass ein

Versicherer auch namens des anderen zur Abwicklung des Versicherungsfalls dem Kläger gegenüber bevollmächtigt sein sollte. Weder behauptet noch festgestellt wurde auch, dass ein Mitarbeiter der „führenden“ Versicherung vor Ablauf der 15- Monatsfrist namens und auftrags des Klägers mit der Beklagten zur Abwicklung des Versicherungsfalls in Kontakt getreten wäre. Dass der Kläger gegen einen anderen Unfallversicherer einen auf einen anderen Unfallversicherungsvertrag gegründeten Anspruch wegen Dauerinvalidität geltend machte, lässt nicht den Schluss zu, dass damit ein solcher Anspruch aus dem Vertrag mit der Beklagten erhoben wurde oder werden soll.

Anmerkungen

Der OGH nützt die Zurückweisung der Revision dazu, einige Grundsätze zusammenzufassen:

- Die Geltendmachung der Invalidität setzt weder die Nennung eines Invaliditätsgrades noch eines bestimmten Anspruches voraus, erforderlich ist lediglich die Behauptung, es sei Invalidität dem Grunde nach eingetreten.
- Die bloße Mitteilung des Unfalles und der unmittelbaren Verletzungsfolge genügt grundsätzlich nicht für die Geltendmachung des Ersatzanspruchs für Dauerfolgen.
- Die Schadenmeldung kann für sich allein ebenfalls nicht als Geltendmachung der Leistung für dauernde Invalidität gewertet werden.

7 Ob 129/17x

Branche	Unfall
Problem	21-Monats-Frist
Kläger	Versicherungsnehmer
Beklagter	Versicherer
I. Instanz	abgewiesen (BG Neunkirchen)
II. Instanz	bestätigt (LG Wiener Neustadt)
OGH (27.9.2017)	Revision zurückgewiesen

Sachverhalt

Nach den AVB muss die Invalidität innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall eingetreten sein und spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren sechs Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt und vom VN beim Versicherer geltend gemacht werden. Die Versicherungsmaklerin des VN übermittelte im August 2011 dem Versicherer eine Schadenmeldung über einen am 8.5.2011 erlittenen Unfall. Mit Schreiben vom 18.8.2011 und 31.8.2011 wies der Versicherer den VN ausdrücklich auf die Voraussetzungen für die Entstehung eines Anspruchs auf Invaliditätsleistung und auf die einzuhaltenden Fristen hin. Im September 2012 informierte eine Mitarbeiterin der Maklerin den Versicherer telefonisch, dass der VN operiert werde. Die Mitarbeiterin des Versicherers meinte daraufhin, dass man die Operation abwarten müsse, sie erklärte jedoch nicht, dass die Fristen zur Geltendmachung des Invaliditätsanspruchs durch dieses Telefonat gehemmt seien. Erst ein Jahr nach der am 11.10.2012 durchgeführten Operation nahm der VN wieder Kontakt mit der Maklerin auf und übermittelte den Unfall betreffende medizinische Unterlagen, welche am 21.3.2014 an den Versicherer weitergeleitet wurden. Der Versicherer lehnte die Deckung wegen Ablaufs der 21- Monats-Frist ab.

Entscheidungsgründe

Weder die der Beklagten mitgeteilten Verletzungsfolgen (Verstauchung oder Bänderzerrung) noch die in den innerhalb der 21-Monats-Frist geführten Telefonaten angekündigte, ebenfalls innerhalb dieser Frist geplante, aber nicht näher definierte Operation legten Dauerfolgen nahe.

Der Kläger war auch bereits zwei Mal schriftlich auf die Voraussetzungen für das Entstehen des Anspruchs auf Invaliditätsleistung und die einzuhaltenden Fristen hingewiesen worden. Dennoch setzte er über ein Jahr nach der Operation selbst gegenüber der Maklerin keine Reaktion. Vor diesem Hintergrund hält sich die Rechtsansicht des Berufungsgerichts, der Versicherer habe nicht nochmals ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass noch kein Nachweis über eine dauerhafte Invalidität vorliegt, im Rahmen der Rechtsprechung.

Anmerkungen

Das Berufungsgericht hat die Revision zugelassen, weil nicht klar sei, ob die genannten Fristbestimmungen im Sinne des § 6 Abs 3 KSchG unklar oder unverständlich seien. Eine in Allgemeinen Geschäftsbedingungen enthaltene Vertragsbestimmung ist dann unwirksam, wenn sie unverständlich abgefasst ist. Der OGH kontert nicht nur mit der ständigen Judikatur (7 Ob 63/07a, 7 Ob 102/15y), sondern auch damit, dass auch ein durchschnittlich verständiger Versicherungsnehmer die verschiedenen Fristen aufgrund der eindeutigen Formulierung der Klausel verstehen muss. Die in österreichischen AVB eher unübliche 21-Monats-Frist, innerhalb der eine Invalidität geltend gemacht werden muss, ist darauf zurückzuführen, dass auf den Vertrag deutsches Recht anzuwenden ist.

7 Ob 169/17d

Branche	Unfall
Problem	12-Monatsfrist
Kläger	Versicherungsnehmer
Beklagter	Versicherer
I. Instanz	abgewiesen (BG Innsbruck)
II. Instanz	bestätigt (LG Innsbruck)
OGH (24.01.2018)	bestätigt

Sachverhalt

Nach den AVB ist eine dauernde Invalidität unter Vorlage eines schriftlichen ärztlichen Befundberichtes innerhalb eines Jahres nach dem Unfall beim Versicherer geltend zu machen. Bei einem Unfall am 14.2.2014 erlitt der VN eine Verletzung am linken Sprunggelenk, aus der unstrittig eine Dauerinvalidität verblieb. Der VN hatte noch weitere Unfallversicherungen abgeschlossen, welchen er den Unfall (im Wege des dafür zuständigen Versicherungsvertreters) auch meldete. Eine direkte Unfallmeldung an den hier beklagten Versicherer erfolgte erst am 18.3.2015. Der Versicherer lehnte die Deckung ab, weil der Anspruch auf Invalidität nicht innerhalb der 1-Jahresfrist geltend gemacht wurde. Der VN argumentierte, diese Bestimmung sei sittenwidrig und daher nichtig, weil die ansonsten übliche 15-Monatsfrist auf ein Jahr verkürzt und zudem mit der Frist für den Eintritt der Invalidität gleichgesetzt wurde, was auch unklar, grob benachteiligend und versteckt formuliert sei.

Entscheidungsgründe

Die hier zu beurteilende Bestimmung der AVB ist klar und eindeutig und lässt beim durchschnittlichen Versicherungsnehmer keinen Zweifel über ihren Inhalt aufkommen. Die Verkürzung der Frist ändert nichts an ihrem Charakter als Ausschlussfrist und auch nicht daran, dass der Versicherungsnehmer mit einer derartigen Frist rechnen muss. Es gibt in Österreich nicht zwingend eine bestimmte Frist für die Geltendmachung eines Anspruchs aus dauernder Invalidität, weshalb nicht jedes Abgehen von der zwar bisher durchaus verbreiteten 15-Monatsfrist überraschend und sittenwidrig ist. Vielmehr herrscht Vertragsfreiheit, soweit nicht

eine Vertragsgestaltung gewählt wird, der die berechtigten Deckungserwartungen des durchschnittlichen Versicherungsnehmers aus einer konkreten Versicherungssparte zuwiderläuft. Bei einer Verkürzung der Geltendmachungsfrist für die Invalidität kann dies noch nicht erkannt werden. Der durchschnittliche Versicherungsnehmer muss mit Befristungen rechnen und sich daher ohnehin durch Einsicht in die Bedingungen über die konkreten Anspruchsvoraussetzungen und Ausschlussfristen informieren.

Anmerkungen

Im Regelfall beträgt die Frist zur Geltendmachung der Invalidität tatsächlich 15 Monate, wobei mitunter auch längere Fristen (z.B. 18 oder 21 Monate) üblich sind. Soweit überschaubar gibt es tatsächlich keine Judikatur zur Verkürzung der Frist auf 12 Monate. Der VN argumentiert, dass in der Judikatur die Frist zur Geltendmachung der Ansprüche ausdrücklich „als 15-Monatsfrist“ bezeichnet wird. Der OGH kontert dies damit, dass nach den Vorentscheidungen die jeweiligen AVB tatsächlich diese Länge vorsahen, daraus aber nicht der Schluss gezogen werden könne, dass nur eine Frist in dieser Länge für die Geltendmachung der Invalidität zulässig wäre.

7 Ob 176/17h

Branche	Unfall
Problem	Verjährung
Klägerin	Versicherte
Beklagter	Versicherer
I. Instanz	abgewiesen (LG Klagenfurt)
II. Instanz	stattgegeben (OLG Graz)
OGH (29.11.2017)	aufgehoben

Sachverhalt

Nach den AVB sind auch die Folgen einer Borreliose gedeckt. Als Zeitpunkt des Versicherungsfalles gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen der als Borreliose diagnostizierten Krankheit zu Rate gezogen wurde. Am 2.8.2006 erlitt die Versicherte einen Zeckenbiss am rechten Oberarm mit Rötung, am 7.8.2006 wurde sie drei Wochen behandelt. Im August 2009 wurde bei ihr bei einem Test eine massive Borreliose festgestellt. Auch in den Befunden zweier Labore war die Borreliose schon im April 2009 grenzwertig. Am 27.10.2014 wurde erstmals die Borreliose dem beklagten Versicherer mitgeteilt. Der Versicherer lehnte die Deckung wegen Verjährung ab.

Entscheidungsgründe

Gegenstand des Revisionsverfahrens ist die Frage, ob die Klägerin die Verpflichtung getroffen hätte, durch Nachsehen in den Versicherungsbedingungen ihren Leistungsanspruch in Erfahrung zu bringen. Dies ist zu bejahen. Der Klägerin waren der Zeckenbiss aus dem Jahr 2006 und die Diagnose der Borreliose aus dem Jahr 2009 bekannt. Sie wusste auch, dass sie Mitversicherte und Anspruchsberechtigte aus der Unfallversicherung ihres Mannes war. Die Frage, ob ein Versicherungsfall gegeben und dieser auch gedeckt ist, lässt sich selbst für den Versicherungsnehmer nur durch Einsicht in die Versicherungsbedingungen klären. Dies ist im Hinblick darauf, dass der Versicherungsnehmer der Ehemann der Klägerin ist, leicht und ohne jeglichen Aufwand möglich. Eine entsprechende Durchsicht hätte ganz klar ergeben, dass sich der Versicherungsschutz auch auf durch Zeckenbiss übertragene Borreliose erstreckt. Der

Einschluss von durch Zeckenbiss übertragene Erkrankungen ist in Unfallversicherungen auch durchaus nicht unüblich, sodass die Argumentation der Klägerin, sie als Laie habe nicht damit rechnen müssen, dass derartige Erkrankungen gedeckt sein, ins Leere geht. Der Klägerin ist daher eine Verletzung der Erkundungsobliegenheit anzulasten.

Anmerkungen

§ 12 VersVG enthält für „Dritte“ eine Sonderregel. Steht der Anspruch aus dem Versicherungsvertrag einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung des Versicherers bekannt geworden ist. Ist dem Dritten das Recht nicht bekannt geworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach 10 Jahren. Diese Regelung ist durchaus sinnvoll, weil Mitversicherte vor allem in der Unfallversicherung oft nicht wissen, dass zu Ihren Gunsten eine Versicherung abgeschlossen wurde.