

DIE VERSICHERUNGS RUNDSCHAU

Zeitschrift der Österreichischen Gesellschaft für Versicherungswissenschaften

49. JAHRGANG

SEPTEMBER 1994

NR. 9

Sozialservice als Beitrag zur sozialen Sicherheit

VON PETER WINDHAGER*

I. Einleitung

Mit ihren Einrichtungen und Maßnahmen des Sozialservices bemüht sich die OÖ Gebietskrankenkasse schon seit einigen Jahren, anspruchsberechtigten Versicherten den Zugang zum Sozialstaat offenzuhalten oder zu erleichtern. Dieses Tor zur Sozialen Sicherheit¹ scheint den einzelnen Bürgern oft aus unterschiedlichen Gründen versperrt zu sein. Sei es, daß man glaubt, im Dschungel von Vorschriften und Behörden irrezugehen oder einer komplizierten Rechtssprache hilflos ausgeliefert zu sein, sei es, daß man die Verflechtungen und Verzweigungen sozialrechtlicher Fragen einfach nicht abschätzen kann. Das Wahrnehmen dieser Problemlage war eine wesentliche Voraussetzung für jene serviceorientierten Maßnahmen, die seitens der OÖ Gebietskrankenkasse auf organisatorischer, administrativer und personeller Ebene gesetzt wurden. Die Beschreibung dieser Service-Strukturen bildet, nach einem skizzenhaften Aufriß des „Unternehmens“ OÖ Gebietskrankenkasse, den Hauptteil dieses Beitrags.

II. Zum Profil der OÖ Gebietskrankenkasse

Vor genau 125 Jahren beschloß der Linzer Arbeiterbildungsverein², für seine Mitglieder eine Krankenkasse zu errichten, die man selbst verwalten wollte. Mit dieser Solidarkasse wurde 1869 der Grundstein für die heutige OÖ Gebietskrankenkasse gelegt, lange bevor es noch eine staatliche Sozialversicherung gab³. Erst mit 20jähriger Verzögerung folgte 1887/89 der Gesetzgeber mit der Etablierung der Kranken- und Unfallversicherung nach (1909 folgte die Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten, 1927, 1939 erst jene der Arbeiter, usw)⁴.

* Leiter der Sozialservicestelle der OÖ Gebietskrankenkasse — Forum Gesundheit, Linz

¹ Zum Bedeutungsbereich dieses Begriffes W. Geppert: Soziale Sicherheit 2000: Möglichkeiten und Probleme (einschließlich internationaler Harmonisierung), in: H. Floretta (Hrg): Österreichischer Landesbericht zum 14. Internationalen Kongreß für das Recht der Arbeit und der Sozialen Sicherheit in Seoul 1994, Wien 1994, Seite 41—71, hier 42.

² Vgl G. Baron: Der Beginn. Die Anfänge der Arbeiterbildungsvereine in Oberösterreich, Linz 1971.

³ Die Statuten dieser „Allgemeinen oberösterreichischen Arbeiterkrankenkasse in Linz“ wurden am 22. 2. 1869 genehmigt; siehe T. Karmy: Lesebuch zur Geschichte der oberösterreichischen Arbeiter, Grünbach 1990, Seite 45f.

⁴ Zur Entwicklung der staatlichen Sozialpolitik siehe E. Talos: Staatliche Sozialpolitik in Österreich. Rekonstruktion und Analyse, Wien 1981.

Diese kurze geschichtliche Besinnung soll verdeutlichen, daß die Selbstverwaltung seit je ein tragendes Prinzip der Krankenversicherung ist. Die sozialpartnerschaftliche Ausformung dieses Prinzips erfolgte 1889 mit der gesetzlich fixierten Verpflichtung der Arbeitgeber, ein Drittel des Krankenkassenbeitrages für ihre Arbeitnehmer zu zahlen.⁵

Seit mehr als hundert Jahren teilen sich daher die beitragszahlenden Arbeitnehmer und die Dienstgeber die oberste Leitung der Gebietskrankenkasse. In diesem Sinne wurden zuletzt, entsprechend den Reformvorschriften der 52. ASVG-Novelle 1992, im April 1994 der Vorstand (jetzt 12 Vertreter der Dienstnehmer und 3 Vertreter der Dienstgeber) und die Kontrollversammlung (jetzt 8 Vertreter der Dienstgeber und 2 Vertreter der Dienstnehmer) neu bestellt⁶.

Etwa zwei Jahre zuvor hatte die 50. ASVG-Novelle mit der Betrauung der Kassen mit Aufgaben der Gesundheitsförderung (Prävention) die Krankenkassen in *Gesundenkassen* (W. Geppert) umgewandelt. Hand in Hand mit dieser neuen „Unternehmensphilosophie“ strukturierte sich die OÖ Gebietskrankenkasse zu einem modernen, kundenorientierten Dienstleistungsbetrieb um, der auch neue Aufgaben, wie zB Öffentlichkeitsarbeit, Behandlungsökonomie, Controlling, Service (siehe unter III. A.), wahrzunehmen hat.

Dieses moderne Aufgabenverständnis hat sich im unternehmerischen Leitbild der Kasse folgendermaßen niedergeschlagen:

„Aufgabe der OÖ Gebietskrankenkasse ist es, in der von Dienstnehmerv Vertretern und Dienstgebervertretern getragenen Form der Selbstverwaltung gesetzliche Krankenversicherung zu vollziehen.“

Die OÖ Gebietskrankenkasse ist ein modernes, leistungsfähiges und beitragsfinanziertes Dienstleistungsunternehmen. Sie bemüht sich mit ihren Versicherungsvertretern und Mitarbeitern um die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit ihrer Versicherten und deren Angehörigen. Sie sichert für diese Personengruppen die Versorgung mit Gesundheitsgütern aktuellen Standards bei angemessenem Mitteleinsatz unter sozialer Rechtsanwendung.“

Die OÖ Gebietskrankenkasse praktiziert einen kooperativen Führungsstil, setzt auf Kompetenz und Eigenverantwortung ihrer Versicherungsvertreter, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.“

Der Kern dieses Leitbildes wird in der Öffentlichkeit damit dokumentiert, daß der Unternehmensbezeichnung „OÖ Gebietskrankenkasse“ ergänzend „Forum Gesundheit“ hinzugefügt ist.

Heute ist die OÖ Gebietskrankenkasse der zweitgrößte soziale Krankenversicherungsträger in Österreich (siehe Abbildung 1, Organisation der Österr. Sozialversicherung). Mit den beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen sind mehr als eine Million Personen bei ihr versichert (darunter 241.000 Arbeiter, 216.000 Angestellte, 199.000 Pensionisten). In einer Vielzahl von Außenstellen, Fach- und Zahnambulatorien, Vorsorgeuntersuchungsstellen und Sprechtagen, die insgesamt flächendeckend und versichertennah in ganz OÖ verteilt sind (siehe Abbildung 2), bietet die Kasse ein umfangreiches Paket von Dienstleistungen an.

⁵ Siehe H. Oberchristl (Hrg): Forum Gesundheit, 2/94, Seite 17.

⁶ Ebenda.

Abb. 1

Die österreichische Sozialversicherung		
Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger		
Unfallversicherung	Krankenversicherung	Pensionsversicherung
Allgemeine Unfallversicherungsanstalt	9 Gebietskrankenkassen	Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter
	10 Betriebskrankenkassen	Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten
	Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues	
	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft	
Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen		
Sozialversicherungsanstalt der Bauern		
Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter		
		Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates

Für ihre Patienten hält die Kasse weiters drei Kurheime und 1 Erholungsheim bereit und hat mit 652 praktischen Ärzten, 327 Fachärzten, 23 Radiologen, 8 Labors, 313 Zahnärzten und 34 Dentisten Verträge abgeschlossen.

Der finanzielle Aufwand für Versicherungsleistungen lag 1993 bei etwa 12,3 Milliarden Schilling, davon ua ca 4,1 Milliarden für Anstaltspflege, KRAZAF und Hauskrankenpflege, 2,9 Milliarden für Ärztliche Hilfe, 1,5 Milliarden für Heilmittel (Arzneien) und je 1 Milliarde für Zahnbehandlung und Zahnersatz, Krankengeld sowie Mutterschaftsleistungen.

Die aus vielen Quellen gespeiste Kostendynamik im Gesundheitsbereich⁷ setzt das Budget der OÖ Gebietskrankenkasse unter Druck. Nicht zuletzt mit Hilfe neuer Servicestrukturen (siehe unter III. C.) soll der Kostenexplosion Einhalt geboten werden.

III. Zur Servicestruktur der OÖ Gebietskrankenkasse

Der folgende Kurzbericht über Entwicklung, Leistungsbereiche und vorläufige Erfahrungen mit Serviceeinrichtungen und serviceorientierten Maßnahmen stützt sich auf einen Servicebegriff, der nicht nur den traditionellen Informations- und Beratungsaspekt betont, sondern auch Vermittlungs- und Managementleistungen einbezieht. Wesentlich für die Servicekonzeption ist vor allem die professionelle Qualität dieser Leistungen und ihre unbedingte „Kundenorientierung“.

A. Die Sozialservicestelle in der Hauptstelle Linz

Mit der Eröffnung der Sozialservicestelle in der Linzer Zentrale der OÖ Gebietskrankenkasse Mitte 1990 ist ein neuer Weg in der Versichertenbetreuung eingeschlagen worden.

⁷ Vgl G. Bubik: Das Gesundheitswesen im Spannungsfeld zwischen Idealvorstellung und finanzieller Realität, in: Soziale Sicherheit, Nummer 10/1993, Seite 543–548.

Die Einrichtungen der OÖ Gebietskrankenkasse auf einen Blick



Abb. 2

Dabei ging und geht es der OÖ Gebietskrankenkasse um einen umfassenden Hilfe-, Aufklärungs- und Beratungsauftrag, der sicherlich auf Grund des umfangreichen und dynamisch sich entwickelnden ASVG gerechtfertigt ist⁸. Jahre später bringt die Häusermann-Studie von 1992⁹ diesen Gründungsauftrag der Sozialservicestelle auf den Begriff „Allspartenbetreuung“. Freilich ist auch damit der Aufgabenbereich dieser zentralen Sozialservicestelle noch nicht endgültig definiert.

So wird das heute feststellbare Tätigkeitsfeld dieser Dienststelle zB auch von der Tatsache geprägt, daß in der Hauptstelle der OÖ Gebietskrankenkasse selbst ein von diversen Fach- und Leistungsabteilungen zu bewältigender, umfangreicher Parteienverkehr stattfindet, der nicht selten mit weiterführenden Informationswünschen in die Sozialservicestelle weitergeleitet wird.

Darüber hinaus bedeutet die Existenz wichtiger Landesdienststellen anderer Sozialversicherungsträger (Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter, PV der Angestellten, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt usw), daß im Kontakt mit diesen Dienststellen unsererseits spartenübergreifende Beratungen angeboten und angenommen werden.

Eine ähnliche Kooperationsbereitschaft ist auch für die Beziehungen zu den Ämtern und Behörden der Stadt Linz und des Landes OÖ sowie zum Bundessozialamt, zum Arbeitmarktservice usw vorhanden. Immer wichtiger wird auch der Kontakt zu den Anbietern sozialer Dienste (Hauskrankenpflege, Altenbetreuung, ...) sowie zu den Selbsthilfegruppen bzw deren Dachverband.

Zur Aufrechterhaltung dieses lokalen Informations- und Kontaktnetzes gehört auch der gegenseitige Austausch einschlägiger Publikationen, Info-Broschüren etc.

Bei den persönlich, telefonisch oder schriftlich Ratsuchenden unserer Sozialservicestelle handelt es sich in der Regel um betroffene Versicherte bzw deren Angehörige. Oft sprechen aber auch Betriebsräte, Funktionäre von Pensionistenverbänden, Mitglieder von Selbsthilfegruppen usw vor in der Absicht, die erbetenen Informationen, Unterlagen und Formulare an ihre jeweiligen Bezugsgruppen weiterzugeben.

Fallweise ist die Hilfestellung aber auch etwas ganz Konkretes, etwa im Sinne einer Anleitung, wie ein Formular auszufüllen bzw ein gesetzlicher Text zu verstehen ist.

Haben sich in den Anfängen des Sozialservices die Klienten hauptsächlich aus der Stadt Linz und ihrer näheren Umgebung rekrutiert, so kommen sie heute fast aus ganz Oberösterreich. Dieser quantitativ bemerkenswerte Erfolg ist nicht zuletzt auf eine gelungene Informationspolitik seitens der OÖ Gebietskrankenkasse zurückzuführen (siehe ua das Magazin „Forum Gesundheit“, Info-Aussendung udgl). Inwieweit der zunehmend in Anspruch genommene Allspartenservice in den Außenstellen der OÖ Gebietskrankenkasse (siehe B.) die Informations- und Beratungstätigkeit in der Linzer Servicestelle tangiert, kann erst in Zukunft beurteilt werden.

Für die Tätigkeit des Sozialservice zeigt sich die Bedeutung der Massenmedien (ORF, Zeitungen) immer dann, wenn ein neuer sozialer Anspruch in der Öffentlichkeit vorgestellt

⁸ Vgl. C. Jabloner: Vorbemerkungen zu einer rechtstechnischen Reform der Sozialversicherung, in: Soziale Sicherheit, Nummer 2/1994, Seite 75–79.

⁹ Dabei handelt es sich um die im Auftrag des Sozialministeriums erstellte Analyse des österreichischen Systemes der Sozialversicherung, deren Ergebnisse im Sommer 1992 der Öffentlichkeit vorgestellt wurden.

oder diskutiert wird, etwa im Zusammenhang mit dem Bundespflegegeld¹⁰ oder dem EWR- bzw. EU-Beitritt¹¹. Fallweise sind dann auch Anfragen zu bewältigen, die sich nicht auf die geltende, sondern auf eine zukünftige Rechtslage beziehen.

Ohne Zweifel zeigen auch diese aktuellen und vor allem die bereits traditionellen Informations- und Aufklärungswünsche eine hohe Akzeptanz dieser Dienststelle bei der Bevölkerung, eine Akzeptanz, die anlässlich der Teilnahme der Sozialservicestelle an Gesundheitsmessen und anderen öffentlichen Veranstaltungen auch in direkten Gesprächen ausgedrückt wird.

B. Das Allspartenservice in den Außenstellen

Mit dem Beginn des Jahres 1994 bietet die OÖ Gebietskrankenkasse über ihr eng geknüpftes Netz von 27 Außenstellen (Stand vom 1. 1. 94) das Allspartenservice an (die Abbildung 2 auf Seite 260 zeigt die räumliche Verteilung dieser Außenstellen und ergänzend hierzu auch die Situierung weiterer Einrichtungen der Kasse).

Wenngleich Idee und Praxis einer spartenübergreifenden Tätigkeit in einigen Varianten schon jahrelang existieren — so nimmt zB die Außenstelle Wels schon seit langem auch Pensionsanträge entgegen und erteilt auch diesbezüglich Ratschläge —, so bedeutet doch der Aufbau eines systematischen Angebotes von Allspartenbetreuungen die Umsetzung einer der wichtigsten Empfehlungen der bereits erwähnten Häusermann-Studie¹².

Wenn sich heute jemand in Oberösterreich über Fragen des österreichischen und zwischenstaatlichen Sozialversicherungsrechts informieren und auch in persönlichen Sozialversicherungsangelegenheiten beraten lassen will, steht ihm mit dem Allspartenservice in unseren Außenstellen (konkret wird diese Beratungs- und Informationskompetenz von den LeiterInnen dieser Dienststellen wahrgenommen) eine leicht erreichbare und bürgerfreundliche Anlaufstelle zur Verfügung, der er gegebenenfalls auch seine Anträge, gleich in welche Sparte sie fallen, übergeben kann.

Dieser Service ist — vor dem Hintergrund der erwähnten Studie — das Ergebnis eines mehr als einjährigen umfangreichen Gedankenaustausches im Bereich aller österreichischen Sozialversicherungsträger. Dabei kann die OÖ Gebietskrankenkasse für sich in Anspruch nehmen, gemeinsam mit den Landesdirektionen der Pensionsversicherungsträger und der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt, erfolgreiche Initiativen gesetzt zu haben.

Diese Initiativen begannen „hausintern“ mit der Einsetzung eines Projektteams im November 1992. Mitglieder dieses Teams waren die Leiter der Außenstellen von Grieskirchen, Rohrbach, Schärding, Traun und Wels sowie zwei leitende Herren der zentralen Außenstellen-Verwaltung. Wesentliche Anliegen dieses erfolgreichen Projektteams waren

- a) die Etablierung von *Pilotprojekten* im Sinne des Allspartenservice;
- b) die *Schulung* der künftigen Allspartenbetreuer;
- c) ein intensiver *Erfahrungsaustausch* mit dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger in Wien sowie mit den OÖ Pensionsversicherungsträgern.

¹⁰ Bundespflegegesetz (BPGG) BGBl 1993/110; die Nummer 6/1993 der Sozialen Sicherheit setzt sich mit diesem neuen Recht ausführlich auseinander.

¹¹ Siehe W. Geppert; aaO, Seite 46ff; der EWR-Frage ist auch die Nummer 4/1994 der Sozialen Sicherheit gewidmet.

¹² Siehe FN 9; die Nummer 3/1993 der Sozialen Sicherheit befaßt sich schwerpunktmäßig mit den Konsequenzen dieser Studie.

Vor allem die Frage nach der fachlich umfassenden Kompetenz des künftigen Allspartenbetreuers wurde als besonders wichtig eingestuft. Im Unterschied zu anderen Meinungen zu dieser Frage — etwa Zusammenfassung mehrerer Experten in *einem* Beratungsgremium — ging die OÖ Gebietskrankenkasse davon aus, den eigenen Mitarbeitern (bzw. Außenstellenleitern und deren Stellvertretern) das zusätzliche praxisbezogene Fach- und Beratungswissen anzubieten und zu vermitteln.

Das Ziel dieser Weiterbildung konnte und sollte nicht der Allspartenspezialist sein, der stellvertretend für andere Sozialversicherungsträger Sachentscheidungen fällt, vielmehr soll dieser Berater gute Kenntnisse in *allen* Sparten der Sozialversicherung haben¹³.

Das aktuelle Wissen hiefür wurde seitens der Fachabteilungen sowie des Sozialservices in der Zentrale vermittelt und auch durch die persönliche Teilnahme der künftigen Allspartenbetreuer an Sprechtagen der Pensionsversicherungsträger erworben. Ebenso wichtig und lehrreich waren die Informationsgespräche mit Experten der Arbeitsmarktverwaltung und des Bundessozialamtes.

Wie bereits erwähnt, liegt dem OÖ Modell des Allspartenservices der Gedanke zugrunde, die Allspartenbetreuung einem einzigen Mitarbeiter (und keinem Expertengremium) zu übertragen. Für dieses Modell sprechen nicht zuletzt auch ökonomische Gründe, wäre der gleichzeitige Einsatz mehrerer Experten verschiedener Sozialversicherungsträger wohl sehr teuer. Umso mehr kommt es daher auf die Sachkenntnisse des *einen* Beraters an. Dessen Tätigkeit wird heute bereits durch den Einsatz geeigneter EDV-Programme unterstützt. Beim Aufbau dieser nicht nur landes-, sondern bundesweiten EDV-Vernetzung kommt dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger eine wichtige Aufgabe zu.

Die Bedeutung der Außenstellen der Kasse als primäre Träger des Allspartenservices wird noch durch die Tatsache unterstrichen, daß die Pensionsversicherungsträger in zunehmendem Maß in den Räumen dieser Dienststellen ihre Sprechstunden abhalten und hier ebenfalls im Sinne einer spartenübergreifenden Information und Beratung wirken. Es ist daher sicherlich treffend, wenn der Obmann der OÖ Gebietskrankenkasse, Helmut *Oberchristl*, festhält, daß das Dienststellen-Netz der OÖ Gebietskrankenkasse zur dezentralen Anlaufstelle in allen Gesundheits- und Sozialfragen geworden ist.

Die zunehmende Akzeptanz des Allspartenservices seitens der OÖ Bevölkerung ist der Beweis dafür, daß die oft zitierte „Bürgernähe“ nicht nur versprochen, sondern von den Servicestellen der Kasse auch umgesetzt wird.

C. Die Sozial- und Gesundheitssprengel in Linz-Süd und Wels

In der vorläufigen Errichtung von Sozial- und Gesundheitssprengeln in Linz-Süd¹⁴ und in Wels fließen unterschiedliche Motive und Erwartungen zusammen. Zum einen gingen spürbare Impulse von dem von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) initiierten Projekt „Gesunde Städte“ (eine Tagung fand in Wels im Oktober 1988 statt) aus; zum anderen wird eine kostenrelevante Entlastung im stationären Bereich und die Reduktion der Akutbetten in den Spitälern angestrebt. Drittens soll die Betreuung kranker und hilfsbedürftiger Menschen zu Hause, in ihrer vertrauten Wohnumgebung, ermöglicht bzw. sichergestellt werden. Allein diese Erwartungsstrukturen legen die Kooperation mehrerer Institutionen aus

¹³ Bzgl. der verfahrensrechtlichen Folgen für das ASVG siehe J. *Souhrada*: Allspartenservice: Sozialversicherung als modernes Dienstleistungsunternehmen, in: Soziale Sicherheit 6/1994, Seite 357–364.

¹⁴ Näheres in Forum Gesundheit, 1/1992, Seite 22f.

dem Sozial- und Gesundheitsbereich nahe. Dementsprechend ist die OÖ Gebietskrankenkasse mit den Stadtverwaltungen, dem Land OÖ, einschlägigen Wohlfahrtseinrichtungen und dergleichen in diese Serviceinitiativen eingebunden, deren experimenteller Charakter heute noch offenkundig ist.

In der Praxis dieser Sozial- und Gesundheitssprengel sollen frei niedergelassene Ärzte, Krankenschwestern und Sozialarbeiter zusammenwirken und ein wohnortnahes System der Vorsorgemedizin, der Krankenbehandlung, der Rehabilitation und der Pflege aufbauen und gemeinsam tragen. Im Mittelpunkt sollen hierbei die vorbeugende Gesundheitsberatung, die zur Pflichtleistung gewordene medizinische Hauskrankenpflege und die sozialen Dienste stehen.

Das Servicemanagement konzentriert sich in diesem Zusammenhang auf den Informationsaustausch und die Koordination der einzelnen Leistungserbringer sowie auf die Vernetzung sozialer und medizinischer Dienstleistungen.

Im „Integrierten Gesundheits- und Sozialsprengel Wels-Stadt“ sind beispielsweise folgende Informationen und Hilfen abrufbar:

- Hauskrankenpflege;
- Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes;
- allgemeine und spezielle Beratungsdienste, insbesondere psychosoziale Dienste und eine allgemeine Gesundheitsberatung;
- Erholung für alte Menschen sowie Behinderte und Familien;
- Wohnheime für alte und behinderte Menschen;
- Pflegeheime und Pflegestationen;
- Hilfe für alte Menschen, wie Einrichtungen zur Förderung geselliger Kontakte und zur Förderung der Teilnahme am kulturellen Leben;
- sonstige soziale Dienste und therapeutische Dienste wie Physiotherapie, Logopädie etc.;
- Antragstellung Pflegegeld;
- Unterstützung von Selbsthilfegruppen;
- medizinische Laienvorträge;

Die bisherigen Erfahrungen in Linz und Wels zeigen, daß das Servicemodell der Gesundheits- und Sozialsprengel nur dann optimal funktioniert, wenn alle Akteure (Ärzte, Krankenpfleger, Sozialarbeiter etc) ohne Konkurrenzdenken kooperieren können.

D. Serviceorientierte Neuerungen

Im Rahmen der hier zu beschreibenden Versorgungsmodelle ist es gelungen, die Vorteile administrativer Erleichterungen unseren Versicherten (einschließlich ihrer Angehörigen) zugute kommen zu lassen. Diese „Entbürokratisierung“ ist umso wichtiger, als es bei dem in Frage kommenden Personen- bzw. Patientenkreis erfahrungsgemäß Probleme physischer Mobilität gibt, die einer persönlichen Erledigung anfallender Anträge etc oft entgegenstehen.

1. Diabetiker-Versorgung

Insulinpflichtige Diabetiker erhalten ihr Selbstkontrollmaterial (Teststreifen, Blutlanzetten, Plastikpakspritzen oder Pen-Kanülen) und — bei gegebener medizinischer Indikation — Blutzuckermeßgeräte, Stechgeräte und Insulindosiergeräte auf Leihbasis im Auftrag der OÖ Gebietskrankenkasse von Vertragsfirmen an ihre Adresse zugestellt.

Das Insulin, die Harnteststreifen und die Tupfer werden gegen Rezept über die Apotheke abgegeben. Für den Folgebedarf an Selbstkontrollmaterial entfallen weitere ärztliche Verordnungen.

2. Versorgung von inkontinenten Personen

Seit April 1991 genügt für den Bezug des erforderlichen Inkontinenzmaterials ein vom behandelnden Arzt ausgestellter Dauerverordnungsschein.

Als zusätzliche Serviceleistung übernehmen die Vertragslieferanten der OÖ Gebietskrankenkasse die Einholung der Kostenzusicherung seitens der Kasse.

Versicherte, die von der Rezeptgebühr befreit sind, erhalten die Verbrauchsmaterialien kostenlos, für andere Anspruchsberechtigte besteht ein 10% gesetzlicher Selbstbehalt.

3. Neues Finanzierungsmodell für Heilbehelfe und Hilfsmittel

Mit dem Inkrafttreten der 50. ASVG-Novelle wurde die medizinische Rehabilitation als gesetzliche Pflichtaufgabe der Krankenversicherung eingeführt. Allerdings bewirkte diese Regelung — mangels genauer Leistungsabgrenzung — zwischen den beteiligten Sozialversicherungsträgern und Behörden erhebliche Meinungsverschiedenheiten über die jeweils zu erbringende Leistung. Die Folge war, daß die Patienten sehr viele Anträge stellen bzw Behördenwege auf sich nehmen mußten.

In Verhandlungen mit dem Land OÖ ist es der OÖ Gebietskrankenkasse, gemeinsam mit den anderen in Oberösterreich zuständigen Krankenversicherungsträgern, gelungen, folgendes Lösungsmodell zu entwickeln:

Die für die Rehabilitation erforderlichen Heilbehelfe und Hilfsmittel werden nur mehr beim jeweiligen Krankenversicherungsträger beantragt (ärztliche Verordnung). Dem Versicherten werden daraufhin unter anderem die Höhe der Leistung, die Gesamtkosten des Behelfes sowie die Kostenaufteilung und ein etwaiger Selbstbehalt mitgeteilt. Die Kosten selbst werden vom Krankenversicherungsträger vorfinanziert und quartalsweise mit dem Land, auf der Grundlage des einvernehmlich erstellten Aufteilungsschlüssels, abgerechnet.

Zusammenfassend läßt sich sagen: Unseren Versicherten (Angehörigen) werden mit den vorgestellten Servicemodellen viele oft beschwerliche Behördenwege und damit verbundene zeitliche und physische Belastungen, zB Besorgung einer weiteren ärztlichen Verordnung, Einholung einer neuerlichen Kostenübernahme bei der Kasse, Antragstellung auf Übernahme von Restkosten für Hilfsmittel bei verschiedenen Behörden etc, erspart.

IV. Schlußbemerkung

Die organisatorische Betonung des Servicegedankens in der OÖ Gebietskrankenkasse ist mit eine Antwort auf den umfassenden Wandel, in welchem sich das gesamte System der Sozialen Sicherheit in Österreich befindet. Diese Veränderung, sichtbar vor allem am größer werdenden Anteil der Älteren in unserer Gesellschaft, verlangt in vielen Fällen ein Mehr an sozialem Schutz bzw an finanziellen Mitteln.

Angesichts der Finanzierungsproblematik der Sozialen Sicherheit sind daher Reformen im Sozial- und Gesundheitsbereich unabdingbar.

Serviceangebote, wie sie ausschnittsweise für die OÖ Gebietskrankenkasse hier referiert wurden, können zwar nicht für sich alleine, wohl aber in Verbindung mit anderen reformorientierten Maßnahmen, vor allem im Sektor der Prävention, einen Beitrag dazu leisten, daß der hohe soziale und Gesundheitsstandard in Österreich erhalten werden kann.

Allfinanz im Vertrieb

VON ING. MAG. ROBERT LASSHOFER*

Erfolgskonzept Strukturvertrieb

Allfinanz heißt das Konzept, das die vielfältigen Bestrebungen und Aktivitäten in der Finanzbranche umschreibt, dem Konsumenten alle Arten von Finanzdienstleistungen aus einer Hand anzubieten. Banken und Versicherungen versuchen mittels Allfinanzstrategien Marktlücken engmaschiger zu machen und dem Kunden mittels cross-selling die Produkte verwandter Gesellschaften in der bisher gewohnten Umgebung, nämlich eben am Bank-schalter oder über den Versicherungsvermittler, anzubieten.

In den letzten Jahren hat sich ein neuer Vermittlungstypus herausgebildet — der Wirtschaftsberater. Er muß alle Fähigkeiten aufweisen können, die einem Bank- oder Versicherungsberater zugeschrieben werden. Dies klingt auf den ersten Blick logisch und bestechend. Der Wirtschaftsberater sollte daher in der Finanz-Dienstleistungsbranche schon lange seinen festen Platz haben. Warum ist die Entwicklung zum „Universalisten“ erst seit kurzem feststellbar?

Allfinanz hat man in Österreich immer nur von der Seite der Anbieter her verstanden. Die Produkte eines Partners der anderen Branche sollten im Rahmen der Allfinanzstrategie auch über den eigenen Vertriebsweg abgesetzt werden und vice versa. Damit versuchten die Gesellschaften einerseits Degressionseffekte bei den Kosten zu erzielen und andererseits ihre Vertriebskapazitäten besser auszulasten. Wichtig dabei ist, daß im Vertrieb Affinitäten zur bereits bestehenden Produktpalette bestehen. In Österreich wird das durch die Entwicklung der Bankenversicherungen, also solcher Versicherungsgesellschaften, deren Produkte (fast) ausschließlich über den Schalter verbundener Banken vertrieben werden, eindrucksvoll bestätigt.

Die Kooperation im Rahmen von sogenannten Allfinanzverbänden kann aber nicht darüber hinwegtäuschen, daß wesentliche Unterschiede im Umfeld und in den Rahmenbedingungen der Vertriebswege weiterbestehen. Im folgenden werden vier grundlegende Punkte herausgearbeitet.

1. Der grundlegende Unterschied ist die Beziehung zum Konsumenten. Beim klassischen Vertrieb der Versicherungswirtschaft steht die Beziehung zwischen dem Außendienstmitarbeiter und dem Kunden im Vordergrund. Dies geht so weit, daß sich so mancher Kunde nicht bei der Gesellschaft X als versichert betrachtet, sondern bei deren örtlichen Agentur-inhaber oder Vertriebsrepräsentanten. Ihm gilt das Vertrauen des Kunden, ihm werden die positiven Leistungen des Versicherers zugerechnet. Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, daß die Versicherungswirtschaft als Ganzes von dieser sehr persönlichen Beziehung nicht profitieren kann und daher imagemäßig zurücksteht. Bei Banken gestaltet sich diese Kundenbeziehung ganz anders. Der Kunde holt sich die Dienstleistung eher bei seiner Bank denn bei seinem Bankberater ab. Die Beziehung ist mehr von der sachlichen als von der persönlichen Komponente geprägt. Man könnte auch sagen, daß die Bank-Dienstleistung weniger personalisiert wird als die Versicherungs-Dienstleistung. Die Beziehung zwischen einem Bankkunden und seinem Bankberater ist nicht von so hoher Ausschließlichkeit geprägt. Mittlerweile haben das die Kreditinstitute bereits erkannt und begonnen, Beziehungsebenen zwischen Berater und Kunden aufzubauen. Daß dies vom Ertrag der Kunden-

* Geschäftsführer der AWD Gesellschaft für Wirtschaftsberatung Ges.m.b.H. in Österreich

relation abhängig ist, wird wohl mit ein Grund dafür sein, daß der große Erfolg im Breiten-geschäft noch nicht eingetreten ist.

2. Ein weiterer wesentlicher Unterschied im Vertrieb von Banken und Versicherungen liegt in der Verteilung der Verkaufsinitiative. Der typische Banker ist heute noch immer eher ge-wohnt, Einlagen entgegenzunehmen und Kredite zu gewähren. Der Kunde ist sich meistens seiner Bedürfnisse bereits bewußt. Unter Rückgriff auf die bestehende Produktpalette wird eine Problemlösung für den angesprochenen Einzelfall erarbeitet. Der Schwerpunkt der Tä-tigkeit liegt für den Bankmitarbeiter daher bei der Beratung und bei der Betreuung. Verkäuf-erische Initiative wird selten gesetzt und muß eigentlich gar nicht gesetzt werden. Das Produkt „Versicherungsschutz“ wird selten nachgefragt. Hauptaufgabe ist Bedarfserweckung. Der Versicherungsvertreter muß aktiv auf den Kunden zugehen, um bei ihm überhaupt erst ein Problembewußtsein für Vorsorge-, Absicherungs- oder Risikofragen zu schaffen.

3. Ein großer Unterschied besteht auch im Umfang und in der Einsetzbarkeit der verfü-gbaren Kundeninformationen. Ein möglichst umfassender Einblick in die wirtschaftliche und persönliche Situation des Kunden stellt einen wichtigen Erfolgsfaktor dar. Der Bankenver-trieb ist gegenüber dem Versicherungsvertrieb deutlich im Vorteil, da die gesamte nutzbare Kundendatenbasis des Instituts für gezielte Akquisition einsetzbar ist. Die Drehscheibe Giro-konto fügt die einzelnen Informationen so zusammen, daß ein vollständiges und aktuelles Bild entsteht.

4. Die Rechtsstellung des Vermittlers stellt ein weiteres Unterscheidungsmerkmal dar. Ver-sicherungen werden häufig durch Vermittler vertrieben, die selbständig als Makler oder Versicherungsagenten tätig sind. Bankdienstleistungen hingegen erfolgen fast immer durch angestellte Mitarbeiter. In einer Angestellten-Organisation kann Allfinanz per Anweisung angeordnet werden. Die Selbständigkeit hingegen bietet räumliche und zeitliche Flexibilität. Am wichtigsten ist der Motivationsvorsprung, der selbständige Vertreter auszeichnet. Die-ser ist vor allem durch die unmittelbare Erfolgsabhängigkeit des Einkommens, die dann den zentralen Anreiz zum beruflichen Einsatz darstellt, erklärbar.

Es darf nicht übersehen werden, daß aus der unterschiedlichen Ausrichtung und aus den verschiedenen Rahmenbedingungen Probleme entstehen können. Selbständige Versiche-rungsvermittler werden immer versuchen, ein so hohes Einkommen wie nur möglich zu lu-krieren. Überall dort, wo bestehender Kundenbedarf durch mehrere Produkte befriedigt werden kann, wird daher tendenziell das Angebot mit dem für den Vermittler höchsten Pro-visionsertrag vorgeschlagen werden. Damit diese Frage nicht zum entscheidenden Hemm-schuh von „Allfinanz im Vertrieb“ werden kann, müssen entsprechende Konzepte und In-strumentarien zur Vermeidung solcher Szenarien eingesetzt werden.

Das Konzept des *Allgemeinen Wirtschaftsdienstes* bildet, organisatorisch als Strukturver-trieb, eine entsprechende Symbiose zwischen dem Bank- und Versicherungsvertrieb, in dem die entsprechenden Vorteile jedes Bereiches verbunden werden, ergänzt um neutrale, vom Produkthersteller unabhängige Beratung.

Der Aufbau eines Strukturvertriebes

Jedes Unternehmen benötigt eine Struktur, die sich hierarchisch gliedert und übersicht-lich darstellt. Die klarste Darstellungsform hierfür ist die Pyramide. An der Basis befinden sich die zahlreichen Sachbearbeiter, an der Spitze einige wenige Vorstandsmitglieder. Dazwi-schen agiert eine Reihe von „Strukturstufen“, wie Gruppen- und Abteilungsleiter, Prokuri-sten und Direktoren. Ein Strukturvertrieb ist also nicht mehr und nicht weniger als ein klar ge-gliedertes Unternehmen mit verteilten Zuständigkeiten.

Aus der Organisationsform des Strukturvertriebes allein kann aber kein Schluß auf die Qualität der Dienstleistung gezogen werden.

Man kann anhand der marketingmäßigen Ausrichtung drei Arten von Strukturvertrieben unterscheiden:

1. Vertriebe, die mit charismatischen Produkten bzw. Produktbündeln, zumeist aus dem Personenversicherungsbereich, das Vorsorgebedürfnis der Kunden befriedigen wollen.
2. Vertriebe, die, konzern- oder firmengebunden, die Produkte nach vorheriger Analyse der Kundensituation vertreiben.
3. Vertriebe, die, unabhängig im Sinne eines Maklers, Bank- und Versicherungsprodukte nach vorheriger Analyse der Kundensituation, ohne an Produktpartnergesellschaften gebunden zu sein, vertreiben.

Aufgrund dieser Differenzierung sind wesentliche Unterschiede erkennbar. Beim unter Pkt 1 angeführten Vertrieb wird ausschließlich versucht, ein Produkt zu plazieren. Da für den Anbieter keinerlei Informationen über die Kundensituation greifbar sind, besteht die Gefahr, daß am Kundenbedürfnis vorbei agiert wird. Provisionsinteressen könnten in den Vordergrund treten.

Die unter Pkt 2 und Pkt 3 angeführten Vertriebsorganisationen kombinieren die Vorteile von Versicherungsvertrieben und Bankvertrieben. Mittels einer Finanzanalyse werden die Kundeninformationen erfaßt und ausgewertet. Daraus resultieren Angebot und Beratung, die mobil und zeitlich flexibel durch eine Außendienst-Organisation abgewickelt werden. Letztendlich sind die unter Pkt 2 angeführten Vertriebe nicht neutral, da nur jene Produkte angeboten werden können, die der Konzern in seiner Angebotspalette hat.

Die Empfehlung für Versicherungsvermittler der Kommission der Europäischen Gemeinschaften versucht ua auch auf den Punkt der Unabhängigkeit einzugehen, indem die rechtlichen und wirtschaftlichen Bindungen, die die freie Auswahl des Versicherungsunternehmens beeinträchtigen, bzw die Aufteilung des Geschäftes, offengelegt werden müssen.¹

Vertriebe, die keine Bindungen zu einzelnen Produktherstellern eingehen, können flexibler auf die Bedürfnisse ihrer Kunden reagieren, da sie aufgrund der großen Anzahl von Partnergesellschaften den Kunden den Markt transparent auf den Tisch legen können. Der Konsument kann unter vielen Angeboten wählen. Ein Mitarbeiter kann seine Kunden über deren gesamten Lebenszyklus beraten. Wenn absolute Bedarfsorientierung das Beratungs- und Vertriebsdogma ist, entsteht eine gewünschte Ausschließlichkeit, die das Verhältnis von Vertriebsmitarbeiter zu Kunden aus einer Kurzfristigkeit heraushebt und in eine höhere Kategorie der langfristigen und umfassenden Beziehung bringt.

Diese Vorgangsweise erfordert angesichts der steigenden Angebotsvielfalt und zunehmenden Internationalisierung der Finanzmärkte strikte Neutralität gegenüber den Partnergesellschaften, deren Produkte vermittelt werden, ansonsten der Terminus „Allfinanz“ nicht zulässig wäre. Man könnte dann bestenfalls von „Zweifinanz“ oder „Mehrfinanz“ sprechen. Das Unternehmen zB, dem der Autor dieses Aufsatzes angehört, hat für diese Neutralität folgende Grundsätze festgelegt: Niemals Produktanbieter und damit Initiator am Markt zu sein. Juristische, wirtschaftliche sowie moralische Verflechtungen mit Anbietern werden abgelehnt. Es werden für die Mitarbeiter sämtliche Interessenskollisionen bei den Provisionen durch Vereinheitlichung mittels Mischkalkulation ausgeschlossen.

¹ Vgl ABl Nr L 19/32 vom 28. 1. 1992

Die Organisation eines Strukturvertriebes

Ein entscheidendes Moment für den Erfolg von Strukturvertrieben ist das Interesse, welches Führungskräfte innerhalb der Vertriebsstruktur am Erfolg ihrer Mitarbeiter haben. Ein erfolgreicher Vermittlungsvorgang führt dazu, daß die Vermittlungsprovision in der Vertriebsstruktur aufgeteilt wird. Jede Führungskraft partizipiert am Erfolg ihrer Mitarbeiter. Im Gegensatz zu anderen Unternehmen, wo dies auch der Fall ist, jedoch erst mit einer zeitlichen Verzögerung zu erkennen ist, erfolgt diese Partizipation unmittelbar und wird in Geld bewertet. So entsteht eine quasi naturgesetzliche Interessensparallelität, da das Interesse am Erfolg des einzelnen entsprechend groß ist.

Die Mitarbeiter werden aufgrund ihrer Leistungen in entsprechende Karriere-Stufen befördert. Für eine konkret meßbare Vertriebs- oder Führungsleistung erfolgt klar und transparent eine entsprechende Vergütung. Die Option, selbst Führungskraft zu werden und in andere Einkommenskategorien zu gelangen, veranlaßt wiederum Mitarbeiter persönlich in der Mitarbeitergewinnung aktiv zu werden und sich ein eigenes „Unternehmen“ im Unternehmen aufzubauen. Häufig existieren neben den an die Vermittlungsvorgänge gebundenen Provisionszahlungen Bonifikationsregelungen für die Führungskräfte im Vertrieb, die an Qualitätskennzahlen gebunden sind. Rechtlich sind die Mitarbeiter und Führungskräfte als Handelsvertreter mit der Vertriebsgesellschaft verbunden.

Der Karriereplan von Strukturvertrieben beinhaltet durchschnittlich sechs bis acht Stufen. Die übrigen Stufen sind umsatzabhängige Provisionsstufen, die nicht übereinander, sondern nebeneinander liegen.

Oft existieren auch Karrieresysteme neben dem eigentlichen Strukturvertrieb, die — ähnlich einer Versicherungsagentur — Karrieresysteme für Einzelvermittler anbieten.

In Strukturvertrieben ist in den unteren Karrierestufen auch eine große Anzahl von nebenberuflichen Mitarbeitern tätig, denen die Möglichkeit des risikolosen Einstiegs (ohne Kapitaleinsatz) geboten wird.

Ein Qualitätskriterium für seriöse Strukturvertriebe ist beispielsweise, welche Ausbildungsschritte der Mitarbeiter absolvieren muß, um selbst Führungskraft zu werden. Schulung hat deshalb bei derartigen Vertrieben einen sehr hohen Stellenwert. Wöchentlich finden einige Schulungen statt, damit die Mitarbeiter den Anforderungen des Marktes gerecht werden können. Im Schnitt schließen nur drei von zehn Bewerbern das Einstiegs-Assessment und die daran anschließende Ausbildung, die zirka ein Jahr dauert, erfolgreich ab. Während der Ausbildung muß sich jeder angehende Wirtschaftsberater zahlreichen Tests und Prüfungen unterziehen, damit ihm die erfolgreiche Teilnahme bestätigt werden kann. Begleitend werden im Rahmen eines dualen Ausbildungssystems die entsprechenden Fähigkeiten im Vertrieb vermittelt.

Vorteilhaft ist daran, daß die Führungskräfte als Trainer und Coaches agieren wie „im richtigen Fußball“. Gefördert soll das unternehmerische Handeln des einzelnen Mitarbeiters werden. Unternehmerisches Handeln kann am besten als freier Unternehmer umgesetzt werden, deshalb sind Mitarbeiter in Strukturvertrieben meist selbständige Unternehmer — mit allen damit verbundenen Chancen und Risiken. Eine sinnvermittelnde Kommunikation schafft die Grundlage für echte Motivation.

Das Beratungskonzept

Im Vordergrund muß eine sorgfältige Beratung stehen. Dies kann aber nur dann durchgeführt werden, wenn alle Daten, die die momentane Situation des Konsumenten beschreiben, in einer Wirtschaftsanalyse erfaßt werden. In dieser individuellen Wirtschaftsanalyse

werden die persönlichen Wünsche, die Wirtschaftsprobleme, bestehende Verträge und bereits getätigte Anlagen detailliert aufgenommen.

Diese Eckdaten sind dann Grundlage und Richtwert für die daraus zu erarbeitenden Lösungskonzepte. Hier wird die persönliche Situation des Mandanten durch eine individuelle Einkommens- und Vermögensaufstellung wiedergegeben, wobei es sich um eine Art „Bilanz“ für die kleinste wirtschaftliche Einheit, den Privathaushalt, handelt. Damit keine Kopflastigkeit entsteht, Lücken offenbleiben und Überschneidungen vermieden werden, ist eine Systematik notwendig.

Als Beispiel sei im folgenden die AWD-Wirtschaftspyramide (siehe Abb 1) wiedergegeben, die anschaulich macht, welche Elemente als Basis notwendig sind, was zum Aufbau und was für den Ausbau im Bereich individueller Finanzplanung erforderlich ist.

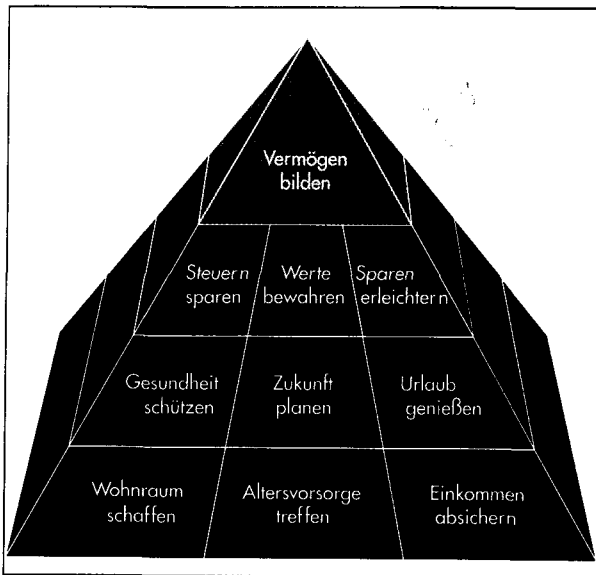


Abb. 1

Das Lösungskonzept

Angeboten werden nach EDV-gestützten Analysen entsprechende produktunabhängige Lösungen (siehe Abb 2). Vernetzt werden Konzepte für Bedarfssituationen des Kunden angeboten. Vernetzte Lösungskonzeption in der Wirtschaftsberatung berücksichtigt Wechselwirkungen, stellt die wichtigsten Wirtschaftsprobleme konkreten Lösungskonzepten, die zusammenpassen, gegenüber und baut sie systematisch zu einer persönlichen Finanzstrategie aus. Man kann diese prioritätsbezogen den einzelnen Lebensphasen zuordnen:

- Sicherung des Lebensstandards
- Aufbau von Privatvermögen
- Ausbau des vorhandenen Kapitals

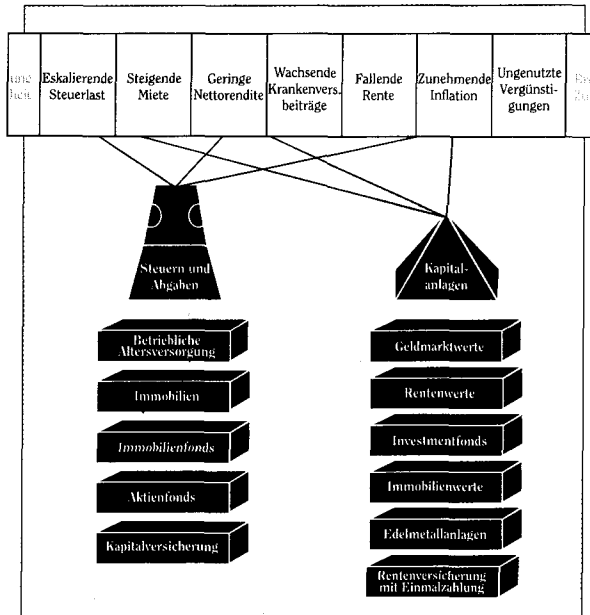


Abb. 2

Resümee

Die Vertriebsform „Strukturvertrieb“ hat sich für Finanzdienstleistungen etabliert. Von den USA ausgehend, hat sich diese Vertriebsform auch in Europa sehr dynamisch entwickelt. Der wesentliche Vorteil liegt darin, daß echtes Neugeschäft vermittelt wird. Hauptsächlich werden Partnergesellschaften Kunden zugeführt, zu denen noch keine Geschäftsbeziehung bestand. Für die Partnergesellschaften wird zu variablen Kosten produziert. Strukturvertriebe haben für die Neukundengewinnung daher erhebliche Bedeutung. Sie sind nicht alternativ zu anderen Vertriebsformen zu sehen, sondern eher additiv. Aufgrund der Spezialisierung auf den Vertrieb, der Kundennähe und der Allfinanzausrichtung werden gutgeführte Strukturvertriebsgesellschaften Marktanteile zu Lasten der tradierten Vertriebswege im Finanzdienstleistungssektor gewinnen.

Der slowakische Versicherungsmarkt im Jahre 1993

VON DIPL.-ING. PAVEL CHOVAN*

Die Entwicklung des Versicherungswesens in der Slowakischen Republik wurde im Jahr 1993 von der wirtschaftlichen und sozialen Lage beeinflusst. Das Versicherungswesen ist durch eine Zunahme des Versicherungsumfangs, ein Wachstum der vereinnahmten Prämien, aber auch durch die Verluste der Versicherungsanstalten infolge des Anstiegs der Schadensquote in der Sachversicherung charakterisiert.

I. Rahmenbedingungen für den Versicherungsmarkt

Die Entwicklung des Versicherungswesens in der Slowakischen Republik wurde wesentlich von Außenfaktoren, der Nachfrage nach Versicherung, beeinflusst. Die Entwicklung von Unternehmensstrukturen, vor allem von Privatunternehmen, bietet ausreichende Möglichkeiten für eine Entwicklung des Versicherungsmarktes. Dies verdeutlichen auch folgende Zahlen:

Das Bevölkerungswachstum ist mit 0,4% gegenüber dem Vorjahr gleichgeblieben. Die Einwohnerzahl beträgt mittlerweile mehr als 5,3 Mio Menschen. Der Vermögensumfang ist markant angestiegen, was ein Zuwachs an Maschineninvestitionen um 6,8% bzw an Kraftfahrzeugen um 13,7% gegenüber 1992 beweist. Die Anzahl der Unternehmen hat sich im Jahr 1993 mit einem geringen Zuwachs von 1,4% stabilisiert, die Anzahl von Gewerbetreibenden ist hingegen um 5,9% gesunken.

Obwohl ein größeres Handlungsfeld für die Versicherungswirtschaft geschaffen wurde, waren die wirtschaftlichen und sozialen Bedingungen insgesamt nicht günstig. Die Inflation hat den Wert von 25% erreicht, die Arbeitslosenrate 13% und das Brutto-Inlandsprodukt ist im Vergleich zu 1992 um 4,1% gesunken. Die gesamte Preis- und Einkommensentwicklung der Bevölkerung drückte sich in einem Rückgang der Realeinkommen um ca 28% aus.

Aufgrund der ungünstigen wirtschaftlichen und sozialen Bedingungen kam es zu einem starken Anstieg der Kriminalität, die in weiterer Folge die Schadensquoten der Versicherungen erhöht hat.

Im Jahr 1993 sind in der Slowakischen Republik 6.352 Brände, davon 1.483 in privaten Haushalten und 1.213 in der Landwirtschaft entstanden. Als Ursache steht an erster Stelle Fahrlässigkeit, durch die 3.083 Brände und technische Betriebspannen mit 1.338 Bränden verursacht wurden. Untersuchungen haben weiters in 287 Fällen Brandstiftung nachgewiesen, wodurch Schäden in Höhe von 102,5 Mio SK verursacht wurden.

Eine ebenfalls besorgniserregende Situation zeigt sich bei Diebstählen und Einbrüchen, deren Zahl seit dem Jahre 1990 stark angestiegen ist. Dieser Gesamttrend setzte sich 1993 fort. In diesem Jahr wurden insgesamt 107.906 Diebstähle registriert, wobei die Diebstähle durch Einbrüche um 45,4% im Vergleich zum Jahre 1992 zugenommen haben. In der Slowakischen Republik wurden im darauffolgenden Zeitabschnitt 8.565 Kraftfahrzeuge, 1.133 Motorfahräder und 11.406 Fahrräder gestohlen. Darüber hinaus wurden 15.703 aufgebrochene Kraftfahrzeuge und 3.284 Diebstähle von Bestandteilen aus Kraftfahrzeugen registriert. Daraus ergibt sich, daß im vorigen Jahr täglich 23 Kraftfahrzeuge gestohlen wurden. Die Anzahl von Verkehrsunfällen ist um 17,9% gestiegen (es wurden 50.198 Verkehrsunfälle gemeldet).

* Generalsekretär des Slowakischen Versicherungsverbandes

Die angeführten Tatbestände haben vor allem den Schadensverlauf negativ beeinflusst, wodurch sich der Bedarf nach Prämienregulierung in einigen Versicherungen im Hinblick auf Kfz-, Kasko- und Haushaltsversicherung ergeben hat. Die Probleme im Jahr 1993 zeigten sich vor allem in Unstimmigkeiten im legislativen Bereich und im speziellen beim Gesetz über die Reserven und dem Rechnungswesen. Weiters wurden Probleme in der gesetzlichen Unfallversicherung mit Verspätung gelöst. Es bestehen auch Unklarheiten bei der Rentenzusatzversicherung.

Bei der Bildung eines Versicherungssystems, das umfassenden Versicherungsschutz gewährt, war die Einführung von gesetzlichen Haftpflichtversicherungen von großer Bedeutung, umso mehr, als die Schadenersatzleistungen gegenwärtig hohe Summen erreichen können.

II. Die Entwicklung des Versicherungswesens in der Slowakischen Republik

Der Versicherungsmarkt wird in der Slowakischen Republik seit 1. 3. 1991 nach marktwirtschaftlichen Regeln aufgebaut. Trotz dieses relativ kurzen Zeitraumes greifen bereits Mechanismen des freien Marktes. Zum 31. 12. 1993 verfügten 10 Versicherungsanstalten und 1 Versicherungsverein über Zulassungsberechtigungen in der Slowakischen Republik; 2 davon befinden sich zur Gänze in ausländischem Besitz, 2 verfügen über ausländische Kapitalanteile. Das größere Angebot am Versicherungsmarkt hat eine Produktvielfalt bewirkt, wobei die Unternehmen Wert auf die Anpassung ihrer Produkte an europäische Standards legen. Auch die Vermittler haben ihren Platz auf dem Markt gefunden und sich vermehrt auf die Versicherung von Großrisiken spezialisiert. Im vorigen Jahr besaßen 14 Vermittlungsfirmen eine Lizenz.

In der Versicherungswirtschaft waren 3.811 Personen fix angestellt und weitere ca 20.000 Personen als Nebenbeschäftigte im Außendienst tätig. Gegenüber 1992 ist der Beschäftigungsstand um 12% gestiegen, wobei die Angestellten der Vermittlungs- und Beratungsfirmen nicht berücksichtigt wurden. 1993 haben sich die vereinnahmten Versicherungsprämien günstig entwickelt. Sie sind gegenüber dem Vorjahr um 28,9% gestiegen und haben die Grenze von 8 Mrd SK überschritten.

Diese Entwicklung verdeutlicht sich in einem Anstieg auf 2,2% des Anteils der vereinnahmten Prämien am BIP. Jährlich haben die vereinnahmten Prämien pro Kopf die Summe von 1.518,— SK erreicht und stellen 3,1% der Einkommen der privaten Haushalte dar. Diese Zahlen zeigen, daß das Entwicklungspotential der Versicherungswirtschaft bei weitem noch nicht ausgeschöpft ist.

Struktur der vereinnahmten Versicherungsprämien in der Slowakischen Republik im Jahr 1993

Die Zunahme der Kriminalität und damit des Schadenssatzes (=Versicherungsleistungen/ vereinnahmte Prämien) hat sich auch in der Struktur der vereinnahmten Versicherungsprämien ausgewirkt. Der Bedarf an Sachversicherung ist aufgrund der erhöhten Nachfrage gestiegen. Die vereinnahmten Prämien wuchsen in dieser Sparte im Vergleich zum Jahr 1992 um 37,5%. Das größere Interesse für die Sachversicherung wurde ua durch die Einführung zahlreicher obligatorischer Haftpflichtversicherungen unterstützt. Diese Entwicklung war durch ein gestiegenes Bewußtsein in der Bevölkerung in Fragen der Haftbarkeit begünstigt worden. Der starke Zuwachs an vereinnahmten Versicherungsprämien in den Sachversicherungen manifestiert sich auch in einem Anwachsen des Anteils dieser Sparte an den vereinnahmten Gesamtversicherungsprämien von 63,9% auf 70,6%.

Aus den Gesamtergebnissen in der Lebensversicherung geht hervor, daß die Bürger im Jahre 1993 größeres Interesse an besserer Vorsorge für ihre Zukunft hatten. Gegenüber der Stagnation dieser Sparte in den Vorjahren ist der Umfang der vereinnahmten Versicherungsprämien bei den Lebensversicherungen angestiegen, und zwar mit einer Wachstumsrate von 8,4%. Das entspricht einem Anstieg um 4,9 Prozentpunkte gegenüber 1992. Eine genauere Analyse zeigt, daß dieser Anstieg auf Versicherungsverträge mit höheren Versicherungssummen zurückzuführen ist, was im Hinblick auf eine künftige Versorgung der Versicherten positiv zu bewerten ist. Andererseits ist die Gesamtzahl der Versicherungsverträge mäßig gesunken. Diese Erscheinung zeigt sich deutlicher in den privaten Rentenversicherungen, die als Zusatzversicherung zur gesetzlichen Rentenversicherung einen wichtigen Bestandteil darstellt. Der Umfang der vereinnahmten Versicherungsprämien in der Rentenversicherung ist um 1,35% gesunken. Der Anteil der Lebensversicherungen an den vereinnahmten Gesamtversicherungsprämien ist ebenfalls von ursprünglich 36,12% auf 29,72% gesunken.

Das mangelhafte Interesse für Lebensversicherungen zeigt sich auch in der Analyse der abgeschlossenen Lebens- und Rentenversicherungen pro Einwohner. In der Slowakischen Republik hat ungefähr jeder zweite Bürger eine derartige Versicherung, mit einer durchschnittlichen Jahresprämie von 831,— SK, abgeschlossen; auf einen Einwohner entfallen also 0,5 Versicherungsverträge. Zum Vergleich — Dänemark: 1,06 Verträge pro Einwohner, Österreich: 1,23 und Großbritannien sogar 2,01 Verträge pro Einwohner.

Eines der größten Probleme im slowakischen Versicherungswesen sind die relativ großen Schadenssätze in der Kfz-Kaskoversicherung, die aufgrund ihrer hohen Versicherungsprämien und ihrem schlechten Schadensverlauf beinahe unverkäuflich geworden ist. In diesen Sparten haben die Versicherungsleistungen fast das 2,5fache der vereinnahmten Versicherungsprämien erreicht. Einen hohen Schadensatz gibt es auch bei der Haushaltsversicherung (116,2%) und bei sonstigen Vermögensversicherungen (116,2%). Die Gesamtverluste sind in den angeführten Sparten noch höher, da mindestens 20 bis 25% der vereinnahmten Versicherungsprämien durch Verwaltungskosten in den Unternehmen selbst verbraucht werden.

Schadensätze in der Slowakischen Republik in %

Der Umfang der ausgezahlten Gesamtversicherungsleistungen ist gegenüber dem Jahre 1992 um 33,1% angestiegen und der Gesamtschadensatz ist um 2,1 Prozentpunkte angewachsen. Der Anstieg korrespondiert auch mit dem Anstieg der durchschnittlichen Versicherungsleistung, und zwar mit einer Wachstumsrate von 28,9% pro abgewickelmtem Versicherungsfall. Diese Ergebnisse beweisen, daß der gesamte Schadensverlauf in vorwiegendem Maße durch den Umfang der verursachten Schäden, durch den Preisanstieg der versicherten Gegenstände und durch den Anstieg der Schadensleistungen bei Haftpflichtversicherungen beeinflußt wird.

Im Vergleich zu 1992 haben die höchsten Wachstumsraten an ausgezahlten Versicherungsleistungen die Elementarschadenversicherungen (530,4%*), die Diebstahlversicherung (188,1%*), die Kraftfahrzeugkaskoversicherung (184%*), die Haftpflichtversicherung (162,6%*), die Versicherung der Heilkosten im Ausland (165,5%*) und die Fruchtversicherung (136,8%*) erreicht. Die angegebenen Ergebnisse beweisen, daß die durchgeführten Regulierungen in einzelnen Sparten und die Erhöhung der Prämiensätze lediglich die ungünstige Wirkung des hohen Schadensverlaufes vermindert haben.

* = VL 93/VL 92

Die Preisliberalisierung und die Einführung der Mehrwertsteuer haben sich im Wachstum des Kostensatzes (Gesamtaufwendungen/vereinnahmte Prämien) geäußert; der Kostensatz hat 124,2% der vereinnahmten Versicherungsprämien erreicht und wurde durch die Erträge aus anderen Unternehmenstätigkeiten der Versicherungsanstalten ausgeglichen.

Struktur der Versicherungsleistungen
in der Slowakischen Republik im Jahr 1993

Grundvoraussetzungen für eine erfolgreiche Tätigkeit am Versicherungsmarkt ist die Rückversicherung. Der Umfang der Rückversicherungsprämien ist auf das Dreifache des Wertes von 1992 angestiegen. Die Rückversicherungsprämien stellen insgesamt 6,95% vom Wert der vereinnahmten Versicherungsprämien dar.

III. Schluß

Die Ergebnisse des Jahres 1993 zeigen, daß der Versicherungsmarkt unter den derzeitigen wirtschaftlichen und sozialen Bedingungen nicht einmal zu 50% ausgenutzt wird. Eine völlige Marktausschöpfung würde jedoch eine Stabilisierung der wirtschaftlichen und sozialen Lage sowie eine Beseitigung der Probleme, die durch zu hohe Schadensätze entstehen, erfordern. Dazu ist eine Novellierung der Rechtsvorschriften für das Versicherungswesen notwendig.

Im Hinblick auf den schlechten Schadensverlauf sind ein weiterer Anstieg der Versicherungsprämien in kritischen Versicherungszweigen und eine markante Beschränkung der Kfz-Kasko-Versicherung zu erwarten.

DIE ENTWICKLUNG DES VERSICHERUNGSMARKTES IN DER
SLOWAKISCHEN REPUBLIK IN DEN JAHREN 1991—1993

Ausgewählte Kennziffern

I. GESAMTERGEBNISSE

Nr.	Erträge insgesamt	Einheit	1991	1992	1993	Index 1991/92	Index 1992/93
1.	Erträge insgesamt	Tsd. SK	6,035.760	6,784.970	10,905.583	112,4	160,7
2.	Erträge aus nicht-versicherungstechnischen Tätigkeiten	"	134.360	171.872	3,141.357	127,9	1.827,7
3.	Versicherungsprämien	"	5,659.070	6,264.922	8,074.903	110,7	128,9
4.	Rückversicherungsprämien	"	15.344	180.413	560.966	1.175,8	310,9
5.	Rückversicherungsprovisionen	"		25.180	157.658		626,1
6.	Aufwendungen insgesamt	"	5,341.973	6,196.776	10,027.434	116	161,8
7.	Versicherungsleistungen	"	4,860.976	5.084.632	6,766.787	104,6	133,1
8.	Anteil der Rückversicherer an Versicherungsleistungen	"	15.344	124.704	362.079	812,7	290,4
9.	Aufwände für die Versicherungsleistungen	"	4,684.678	5,132.927	6,180.647	109,6	120,4
10.	Aufwände f. Schadensverhütung	"	168.882	171.453	127.052	101,5	74,1
11.	Kostensatz	%	94,4	99,6	124,2		
12.	Schadensatz	%	85,9	81,7	83,8		
13.	Stand des Grundreservefonds*	Tsd. SK	2,601.236	2,785.226	2,482.882	107,1	89,1
14.	Stand des Prämienreservefonds**	"	14,801.040	16,659.647	17,595.632	112,6	105,6
15.	Gewinn	"	663.840	588.198	878.149	88,6	149,3
16.	Anzahl der Angestellten	Pers.	2.988	3.402	3.811	113,9	112
17.	Anteil der vereinnahmten Versicherungsprämien am Brutto-Inlandsprodukt	%	2,1	2,1	2,2		
18.	Anteil der Versicherungsprämien am Einkommen der privaten Haushalte	%	3,0	2,4	3,1		
19.	Vereinnahmte Versicherungsprämien pro Einwohner	SK	1.072	1.182	1.518	110,3	128,4
20.	Versicherungsleistungen pro Einwohner	SK	921	959	1.272	104,1	132,6

* Der „Grundreservefonds“ entspricht ca den versicherungstechnischen Rückstellungen in der Schaden-/Unfallversicherung.

** Der „Prämienreservefonds“ entspricht ca der Deckungsrückstellung.

EU-SPIEGEL

EU-Spiegel**Gerichtliche Zuständigkeit für Versicherungssachen bei Streitigkeiten aus Verträgen mit (EWR-)ausländischen Versicherern**

Hinsichtlich der im europäischen Binnenmarkt bestehenden Möglichkeit, im Rahmen des freien Dienstleistungsverkehrs grenzüberschreitend Versicherungen zu verkaufen, ohne in dem betreffenden Mitgliedstaat eine Niederlassung begründen zu müssen, stellt sich die Frage, die Gerichte welchen Staates bei Streitigkeiten aus dem Vertragsverhältnis zuständig sind.

Im Rahmen der Europäischen Gemeinschaften wurde bereits 1968 zwischen den — damals sechs — Mitgliedstaaten ein *Übereinkommen über die gerichtliche Zuständigkeit und die Vollstreckung gerichtlicher Entscheidungen in Zivil- und Handelssachen* getroffen, um die internationale Zuständigkeit ihrer Gerichte festzulegen und die Anerkennung gerichtlicher Entscheidungen zu erleichtern. Dieses Brüsseler Übereinkommen wurde in den darauffolgenden Jahren aufgrund der sukzessiven Erweiterung der Gemeinschaft jeweils entsprechend geändert (dzt gültige Fassung in ABI EG Nr C 189/02 vom 28. 7. 1990).

1988 wurde in Lugano das sog *Lugano-Übereinkommen* über Verfahrensrecht durch die 12 EG-Staaten und die EFTA-Staaten (mit Ausnahme Liechtensteins) getroffen, das weitgehend ein Spiegelbild des Brüsseler Übereinkommens darstellt, sich mit diesem aber nicht überschneidet.

Soweit Niederlassungen von Unternehmen mit Sitz in einem EFTA-Staat betroffen sind, gelangt nicht das Brüsseler Übereinkommen, sondern das Lugano-Übereinkommen zur Anwendung. Allerdings wurde das Lugano-Übereinkommen von seiten Österreichs *noch immer nicht ratifiziert*, und nach Auskunft des Justizministeriums sei derzeit völlig ungewiß, wann diese Ratifizierung erfolgen werde. Andererseits werde auch das Brüsseler Übereinkommen, selbst nach Wirksamwerden der EU-Mitgliedschaft Österreichs, für Österreich keine Gültigkeit haben, da der Beitritt zu diesem Übereinkommen gesondert ausgehandelt werden müsse. Diese Verhandlungen könnten sich uU über einige Jahre hinziehen. Daher müssen zur Eruiierung der internationalen gerichtlichen Zuständigkeit für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis zunächst weiterhin, soweit möglich, die Bestimmungen der Jurisdiktionsnorm herangezogen werden, *sofern nicht vertraglich (ausdrücklich) eine Gerichtsstands-Vereinbarung getroffen wurde.*

Die beiden genannten Übereinkommen enthalten jedenfalls textgleich im jeweiligen Abschnitt 3, Art 7—12a, besondere *Zuständigkeitsbestimmungen für Versicherungssachen.*

Gemäß Art 8 kann ein Versicherer sowohl in dem Vertragsstaat geklagt werden, in dem er seinen Wohnsitz hat (Z 1), als auch in dem Vertragsstaat, in dem *der Versicherungsnehmer* (Vertragspartner der Versicherungsgesellschaft) zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz hat (Z 2). Bei der Haftpflichtversicherung und der Versicherung von unbeweglichen Sachen kann das Versicherungsunternehmen außerdem vor dem Gericht des Ortes, in dem das schädigende Ereignis eingetreten ist, verklagt werden (Art 9). Tritt aber der Versicherer als Kläger auf, so kann er nur vor einem Gericht des Staates klagen, in dem der Beklagte (Versicherungsnehmer, Versicherter oder Begünstigter) seinen Wohnsitz hat (Art 11).

RECHTSPRECHUNG

338.

ABGB §§ 914, 915: Maßstab bei der Auslegung Allgemeiner Versicherungsbedingungen ist die Auffassung eines durchschnittlichen verständigen Versicherungsnehmers, wobei der dem objektiven Betrachter erkennbare Zweck einer Bestimmung besonders zu berücksichtigen ist. Unklarheiten gehen zu Lasten des Versicherers (stRsp).

VersVG § 67; ABGB § 1444; AFB 1985 Art 10 Abs 1: Der Regreßverzicht gegen den Wohnungsmieter ist nicht auf den Rückersatz wegen Schäden an der gemieteten Wohnung beschränkt, sondern umfaßt auch Schäden am übrigen Gebäude. Sind — wie im vorliegenden Fall — mehrere auf derselben Liegenschaft befindliche Gebäude als einheitliches Objekt in einem einheitlichen Vertrag feuerversichert, so greift der Regreßverzicht auch dann, wenn die gemietete Wohnung in einem dem beschädigten Gebäude unmittelbar benachbarten Nebengebäude liegt.

Sachverhalt: Das vom Eigentümer in einem einheitlichen Vertrag versicherte Objekt besteht aus einem Wohnhaus, einem daran angebauten Zwischentrakt, der zwei Garagen enthält, und einem Nebengebäude, in dem der Bekl eine Wohnung gemietet hat. Überdies ist der Bekl Mieter der einen, unmittelbar an das Wohnhaus grenzenden Garage, die er als Hobbywerkstatt nutzt. Der Mietzins beträgt S 1.000,—, wobei zwischen Zins und Betriebskosten nie differenziert wurde. Der Bekl installierte vor mehr als 20 Jahren in der Werkstatt einen Ofen, der stets andstandslos funktionierte und dessen Existenz und Bauweise dem Liegenschaftseigentümer bekannt war. Anno 1990 wurde dieser Ofen vom Bekl durch einen anderen, neuen ersetzt, der in ganz derselben Art wie der ursprüngliche wiederum selbst eingebaut wurde. Eine Kommissionierung des neuen Ofens fand nicht statt. Bald darauf brach ein Brand aus, weil eines der Abzugsrohre zu nah an einem Holzbohlen montiert war. Dabei wurde das Wohnhaus in Mitleidenschaft gezogen. Die Kl ersetzte den Schaden und wendet sich nunmehr nach § 67 VersVG an den Bekl.

Das ErstG (LG Feldkirch 18. 2. 1993, GZ 3 Cg 471/92g) gab der Klage teilweise statt. Das BerufungsG (OLG Innsbruck 25. 6. 1993, GZ 4 R 141/93) verwarf die dagegen erhobene Berufung beider Parteien und befand, daß der nach Art 10 Abs 1 AFB vereinbarte Regreßverzicht greife. Es treffe den Bekl insb auch kein grobes Verschulden, weil er bloß an Stelle eines seit Jahrzehnten vorhandenen und benutzten Ofens auf ganz dieselbe Weise einen neuen verlegt habe. In dritter Instanz ist noch die Reichweite des Regreßverzichts nach Art 10 Abs 1 AFB 1985 und die Frage, ob grobe Fahrlässigkeit des Bekl vorlag, strittig. Der OGH gab der Revision der Kl nicht Folge.

Aus den Entscheidungsgründen:

Die Revisionswerberin vertritt weiter den Rechtsstandpunkt, der Bekl als Mieter des freistehenden — nach den Feststellungen allerdings mit dem Hauptgebäude zusammenhängenden — Nebengebäudes sei nicht als Mieter einer Wohnung des versicherten Wohngebäudes anzusehen. Der Regreßverzicht des Versicherers erstrecke sich ausschließlich auf das versicherte Wohngebäude, selbst wenn dieses aus mehreren Wohnungen bestehe, nicht aber auch auf mehrere selbständige Gebäude, die — aus welchen Gründen immer — in einem Vertrag versichert seien. Nur Mieter eines Wohngebäudes, die in diesem selbst eine Wohnung gemietet hätten und diese eigentumsähnlich nutzen, sollten daher nach den Regreßbestimmungen des Art 10 AFB den Umfang des Versicherungsschutzes des Eigentümers als Versicherungsnehmer genießen, weil es ihnen selbst verwehrt sei, eine Gebäudefeuerversicherung für den von ihnen gemieteten Teil des Gebäudes abzuschließen. Das RevisionsG teilt diese Auffassung nicht.

Nach Art 10 Abs 1 AFB 1984 geht gemäß § 67 VersVG für den Fall, daß dem Versicherungsnehmer ein Anspruch auf Ersatz des Schadens gegen einen Dritten zusteht, der Anspruch auf den Versicherer über, soweit dieser dem Versicherungsnehmer den Schaden ersetzt. Nach Satz 2 dieser Bestimmung verzichtet der Versicherer auf seinen Regreßanspruch, wenn sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen einen Wohnungsmieter des versicherten Wohngebäudes ... richtet, soweit der Mieter die Prämie für das versicherte Wohngebäude

ganz oder teilweise getragen und der Regreßpflichtige den Schaden weder vorsätzlich noch grob fahrlässig im Sinne des § 61 VersVG herbeigeführt hat.

Entscheidungswesentlich ist daher die Frage, ob diese Bestimmung, auch im Zusammenhang mit den weiteren Bestimmungen der AFB, dahin auszulegen ist, daß als „Wohnungsmieter des versicherten Wohngebäudes“ nur jener Mieter verstanden werden kann, der im versicherten „Wohnhaus“ eine Wohnung benutzt, oder ob sie auch den Mieter einer Wohnung in einem Nebengebäude auf derselben Liegenschaft umfaßt. Dazu sind aber die AFB und der konkrete Vertrag heranzuziehen.

Es entspricht ständiger Rechtsprechung, daß nach objektiven Gesichtspunkten als unklar aufzufassende Allgemeine Versicherungsbedingungen so ausgelegt werden müssen wie dies ein durchschnittlich verständiger Versicherungsnehmer verstehen mußte, wobei Unklarheiten zu Lasten des Versicherers gehen. In allen Fällen ist aber der einem objektiven Betrachter erkennbare Zweck einer Bestimmung der Allgemeinen Geschäftsbedingungen zu berücksichtigen (VersR 1992, 83; VR 1990, 315; SZ 62/29; *Pröls Martin*, VVG²⁵, 28ff). Nach dem objektiv erkennbaren Zweck sollte der Regreß gegen einen Wohnungsmieter des versicherten Gebäudes ausgeschlossen werden. Zu berücksichtigen ist dabei, daß dieser praktisch keine Möglichkeit hat, sich gegen etwaige Haftpflichtansprüche wegen Beschädigungen der Mietsache zu versichern (vgl *Honsell*, Der Regreß des Sachversicherers nach § 67 VersVG bei Gebrauchsüberlassung an Dritte im österreichischen Recht, VersR 1985, 301f) und daß ihm auch der Abschluß einer eigenen Feuerversicherung über das gemietete Objekt verwehrt ist.

Daraus folgt zunächst, daß auf den Regreß für Ersatzansprüche, die dem feuerversicherten Vermieter im Bereich der benützten Wohnung entstanden sind, ausdrücklich verzichtet wird.

Dem Vermieter stehen aber bei Verschulden des Mieters auch weitergehende Ersatzansprüche zu, wenn bei einem von der gemieteten Wohnung ausgehenden Brand nicht nur diese, sondern auch das übrige Gebäude beschädigt wird. Dem Wortlaut der Bestimmung des Art 10 Abs 1 AFB kann von einem durchschnittlich verständigen Versicherungsnehmer nicht entnommen werden, daß sich der darin statuierte Regreßverzicht nur auf jene Schäden beziehen soll, die im Bereich der beschädigten Wohnung ent-

standen sind. Dies ergibt sich schon daraus, daß nur allgemein von einem „Wohnungsmieter des versicherten Wohngebäudes“ gesprochen wird, ohne ausdrücklich den Regreßverzicht auf die im Bereich der gemieteten Wohnung entstandenen Schäden einzuschränken.

Ist aber der Regreß gegen einen Wohnungsmieter des versicherten Wohngebäudes für Schäden am übrigen Gebäude ausgeschlossen, so kann es keinen Unterschied bilden, ob diese Wohnung im (Haupt-)Wohnhaus oder im Neben-(Wohn-)gebäude auf derselben Liegenschaft liegt.

Im vorliegenden Fall war das Nebengebäude jedenfalls für Wohnzwecke vermietet und die unmittelbar an das Hauptgebäude anschließende Garage als Hobbywerkstätte benützt. Es kann nun keinem Zweifel unterliegen, daß auch das Nebengebäude als Teil des versicherten Wohnhauses angesehen wurde, auch wenn es von diesem räumlich getrennt war. Dafür spricht auch der Umstand, daß sowohl das Nebengebäude als auch die Garage im Versicherungsvertrag aufgezählt wurden und eine einheitliche Prämie für alle Gebäudeteile vorgeschrieben und bezahlt wurde. Nach dem Vertragszweck sollten alle auf der einen einheitlichen Grundbuchkörper bildenden Liegenschaft befindlichen Gebäudeteile in einem einzigen Vertrag gegen Feuer versichert sein. Dieser einheitliche Vertragszweck und die räumliche Nähe der Gebäude bedingen die rechtliche Gleichbehandlung eines Wohnungsmieters einer im Nebengebäude liegenden Wohnung mit dem Mieter einer Wohnung im Hauptwohnhaus. Dem steht auch die Festlegung unterschiedlicher Haftungshöchstbeträge für die einzelnen Gebäudeteile nicht entgegen, weil damit nur der den verschiedenen Gebäudeteilen zukommende Versicherungswert festgehalten wurde, nicht aber auch eine Änderung der Rechtsposition der Wohnungsmieter, je nachdem ob sie eine Wohnung im Nebengebäude bzw im Hauptgebäude gemietet haben, herbeigeführt werden sollte.

Die Vorinstanzen haben daher zu Recht angenommen, daß der Bekl als Mieter des versicherten Wohngebäudes anzusehen sei, ohne daß es darauf ankäme, ob diese Wohnung im Hauptgebäude selbst („Wohnhaus“) oder im „Nebengebäude“ lag.

Soweit die Revision das Vorliegen der weiteren Voraussetzungen für die Annahme eines Regreßverzichts (Zahlung der Prämie für das versicherte Wohngebäude durch den Mieter sowie

weder vorsätzlich noch grob fahrlässige Schadensherbeiführung) verneint, ist auf die zutreffenden Ausführungen des BerufungsG zu verweisen.

OGH 2. 2. 1994, 7 Ob 28/93

339.

VersVG §§ 1ff; ABGB — culpa in contrahendo: Der Versicherer ist im Rahmen seiner vorvertraglichen Aufklärungspflicht gehalten, auf das Bestehen neuer, preislich günstigerer (Gruppen-)Tarifvarianten hinzuweisen, wenn nicht davon ausgegangen werden kann, daß der Versicherungsnehmer die billigere Variante kannte und sich dennoch bewußt dagegen entschied.

Sachverhalt: Der Kl schloß im Jahr 1978 bei der Bekl eine Zusatzkrankenversicherung mit Standardtarif ab. Er begehrt nunmehr die Zahlung von S 55.000,— aus dem Titel des Schadenersatzes. Soviel betrage die Preisdifferenz zwischen der ihm vorgeschriebenen Prämie und einem anderen, im selben Jahr neu eingeführten und weit günstigeren Tarif für BVA-Versicherte, über dessen Existenz ihn die Bekl nicht aufgeklärt habe. Die Bekl verweigert die Zahlung, weil sie sich nicht für verpflichtet erachtet, den Versicherungsnehmer über angebotene Tarifvarianten zu informieren und weil dem Kl ferner bei der gewählten Vertragsvariante höhere Leistungen und Rückvergütungssätze zukämen als nach dem Gruppentarif, er also nicht geschädigt sei. Überdies wendete die Bekl Verjährung der vor Juli 1989 aufgelaufenen Differenz ein.

Die Unterinstanzen wiesen die Klage ab, weil der Versicherer nicht verpflichtet sei, jeden Versicherungsnehmer über den für ihn günstigsten Tarif aufzuklären (BGHS Wien, 25. 1. 1993, GZ 7 C 2232/92x; HG Wien 25. 6. 1993, GZ 1 R 165/93). Es sei vielmehr deren Sache, sich über die diversen Tarife in Kenntnis zu setzen.

Der OGH ließ die Revision des Kl zu, weil keine höchstgerichtliche Rechtsprechung zur Frage vorliegt, ob der Versicherer nach Treu und Glauben verpflichtet ist, die Angehörigen einer bestimmten Gruppe auf die Möglichkeit einer prämiengünstigeren, für diese Gruppen eigens geschaffenen Versicherungsvariante hinzuweisen. Die Revision ist auch berechtigt.

Aus den Entscheidungsgründen:

Wie die bekl Partei nunmehr in ihrer Revisionsbeantwortung selbst einräumt, wäre sie im Sinn

von Lehre und Rechtsprechung über die vorvertraglichen Schutz- und Sorgfaltspflichten verpflichtet gewesen, den Kl auf die eigens für Bundesbedienstete geschaffene Möglichkeit der für diese preislich günstigeren Tarifvariante hinzuweisen, sollte diese Versicherungsmöglichkeit bereits im Zeitpunkt des gegenständlichen Vertragsabschlusses mit dem Kl von den Versicherungsunternehmungen angeboten worden sein. Das eminente Interesse von BVA-Versicherten, nach Möglichkeit eben diese und keine andere Versicherungsvariante abzuschließen, lag nach dem eigenen ausführlichen Vorbringen der bekl Partei in erster Instanz über die Entstehungsgeschichte der damals neu geschaffenen Versicherungsvariante auf der Hand (vgl *Prölls — Martin* VVG²⁵, 26, 27, 331 mwN). Der vorliegende Sachverhalt ist nicht mit dem den vom BerufungsG zitierten Entscheidungen jeweils zugrundeliegenden Sachverhalt vergleichbar, in denen davon auszugehen war, daß der künftige Versicherungsnehmer grundsätzlich selbst wissen muß, welchen wirtschaftlichen Zweck er mit der Versicherung verfolgt und auf welchen Deckungsumfang er besonderen Wert legt. Deshalb wurde in diesen Entscheidungen vor allem darauf abgestellt, ob der Antragsteller eine unzutreffende Meinung geäußert hat, unrichtig belehrt wurde oder trotz Nachfrage unrichtig oder mangelhaft aufgeklärt wurde (RdW 1986, 271 f, VersE 1474; SZ 57/94). Die Versicherung konnte im vorliegenden Fall nicht davon ausgehen, daß der Kl von sich aus über die neue, spezielle Tarifvariante und deren Zustandekommen Bescheid wußte und sich dennoch bewußt für die ihm offenbar allein angebotene allgemeine Variante entschied.

Dieselben Erwägungen gelten auch für den Fall, daß die für die pragmatisierten Beamten geschaffene Variante im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses mit dem Kl zwar noch nicht am Markt angeboten worden, es aber für die Versicherung absehbar gewesen sein sollte, daß ein derartiger Tarif in Kürze angeboten werden wird. Die bekl Partei hätte in diesem Fall den Kl auf die bevorstehende, ihn betreffende Änderung im Bereich der Krankenzusatzversicherung hinweisen müssen.

Das ErstG hat keine Feststellungen darüber getroffen, ob die für den Kl finanziell günstigere Variante schon im Zeitpunkt seines Vertragsabschlusses bestand oder nicht bzw wann die Versicherung davon Kenntnis erhielt, daß eine solche Variante in naher Zukunft angeboten werden wird. Im fortgesetzten Verfahren wird das ErstG

diesen Feststellungsmangel zu beheben haben. Sollte sich herausstellen, daß bereits im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses die Möglichkeit bestand, zu den speziellen Bedingungen abzuschließen oder daß diese Möglichkeit konkret in absehbarer Zeit bevorstand, werden sich die Untergerichte weiters mit der — bestrittenen — Schadenshöhe und dem Verjährungseinwand der Bekl zu befassen haben.

Der Argumentation der bekl Partei, dem Kl könne kein Schaden entstanden sein, weil die von ihm abgeschlossene Versicherungsvariante einen höheren Leistungsumfang vorgesehen habe, ist entgegenzuhalten, daß die bekl Partei beweisen müßte, daß die Verletzung der Aufklärungspflicht für die Entscheidung des Kl nicht kausal gewesen sei (*Prölls — Martin VVG*²⁵, 27 mwN).

Auf die Frage, ob eine Benachrichtigungspflicht aufgrund einer Betreuungspflicht während des laufenden Vertragsverhältnisses besteht, braucht derzeit nicht eingegangen zu werden, weil sich der Kläger auf eine solche Betreuungspflicht nicht berufen hat (vgl hiezu *Prölls — Martin VVG*²⁵, 6, 24ff).

OGH 2. 2. 1994, 7 Ob 9/94

340.

ZPO § 66; §§ 84ff; § 464 Abs 3: Die Verlängerung der Berufungsfrist gem § 464 Abs 3 findet auch dann statt, wenn die Verfahrenshilfe beantragende Partei bereits bisher durch einen frei gewählten Rechtsanwalt vertreten war. Es ist nicht erforderlich, daß das Vollmachtsverhältnis zuvor aufgehoben wird.

Die Verlängerungswirkung nach § 464 Abs 3 ZPO tritt auch dann ein, wenn das Vermögensbekenntnis (§ 66 Abs 1 ZPO) zum Antrag auf Bewilligung der Verfahrenshilfe innerhalb der Verbesserungspflicht (§ 85 Abs 2 ZPO) nachgereicht wird.

Sachverhalt: Eine Ausfertigung des erstinstanzlichen Urteils wurde dem von den Kl als Parteienvertreter gewählten Rechtsanwalt am 7. 6. 1993 zugestellt. Innerhalb offener Berufungsfrist langte beim ErstG der Antrag beider Kl ein, ihnen die Einbringung der Berufung und für das weitere Verfahren Verfahrenshilfe (§ 64 Abs 1 ZPO) zu bewilligen. Das ErstG erteilte den Auftrag zur Nachreichung der im Antrag fehlenden Vermögensbekenntnisse (§ 66 Abs 1 Satz 4 iVm §§ 84, 85 ZPO), welche in der Folge fristgerecht

einlangten. Mit Beschluß vom 16. 8. 1993 bewilligte das ErstG die Verfahrenshilfe; der Bescheid über die Bestellung des bisherigen Klagevertreters zum Vertreter nunmehr im Rahmen der Verfahrenshilfe wurde diesem am 3. 9. 1993 zugestellt. Am 1. 10. 1993 brachte er die Berufung ein, die das BerufungsG (OLG Graz 17. 11. 1993, GZ 2 R 202/93) als verspätet zurückwies, weil die Verlängerung der Berufungsfrist gem § 464 Abs 3 ZPO nur eintrete, wenn innerhalb der ursprünglichen Berufungsfrist auch das Vermögensbekenntnis vorgelegt worden sei.

Der OGH gibt dem dagegen erhobenen Rekurs der Kl statt.

Aus den Entscheidungsgründen:

Der vom BerufungsG erwähnten Rechtsprechung, wonach die Berufungsfrist nicht iSd § 464 Abs 3 ZPO verlängert werde, wenn nicht auch das Vermögensbekenntnis innerhalb der ursprünglichen Berufungsfrist vorgelegt wurde (SZ 32/9; vgl auch EvBl 1975/77 und EvBl 1976/39) mangelt es seit der ZVN 1983 an der gesetzlichen Grundlage. Durch die Anfügung des letzten Satzes in § 66 Abs 1 ZPO durch diese Novelle wurde klargestellt, daß der Nichtanschluß des Vermögensbekenntnisses ein verbesserungsfähiges Formgebrechen ist. Zutreffend hat das ErstG daher den Verbesserungsauftrag nach den §§ 84, 85 ZPO erteilt (SZ 61/175; 3 Ob 512/83; 3 Ob 551/89). Von einer gesetzwidrig nach Ablauf der Rechtsmittelfrist gewährten Verbesserungsfrist, welche an einer Verspätung nichts zu ändern vermag, kann daher nicht die Rede sein.

Wie der dritte Senat des Obersten Gerichtshofes in der bereits zitierten E 3 Ob 551/89 zum Ausdruck gebracht hat, hindert der Umstand, daß die Verfahrenshilfe beantragende Partei bisher durch einen bevollmächtigten Rechtsanwalt vertreten war, die Anwendbarkeit des § 464 Abs 3 ZPO nicht. Es ist daher nicht erforderlich, daß das Vollmachtsverhältnis aufgelöst wurde oder daß unterstellt wird, daß der Antrag auf Beibehaltung des Rechtsanwaltes zur Verfahrenshilfe die Anzeige des Erlöschens des Vollmachtsverhältnisses zum bisherigen Vertreter in sich schließe (vgl SZ 48/93 und RZ 1987/9). Aus dem Gesetz ergibt sich nämlich in keiner Weise, daß die Partei, welche Verfahrenshilfe beantragt, in diesem Verfahrensstadium auf den gewählten Rechtsanwalt verzichten müsse, um des angestrebten, noch ungewissen Vorteils teilhaftig zu werden. Die Partei, welche die Kosten zur Führung des Berufungsverfahrens ohne Beeinträchti-

gung des notwendigen Unterhaltes nicht bestreiten oder die erforderlichen Mittel weder selbst noch durch die wirtschaftlich Beteiligten aufbringen kann (§ 63 Abs 1 und Abs 2 ZPO) und deshalb den Prozeßbevollmächtigten nicht mit der Abfassung der Berufungsschrift und der Vertretung im Berufungsverfahren beauftragt, muß das Vollmachtsverhältnis nicht auflösen, wenn es doch zweckmäßig ist, daß der freigewählte Vertreter die Verfahrenshilfe beantragt, die Zustellung der ergehenden Beschlüsse an ihn bewirkt und allenfalls Rechtsmittel gegen solche Beschlüsse ergreift. Der erkennende Senat schließt sich der Rechtsansicht der genannten Vorentscheidung an. Selbst dann, wenn dem nicht so wäre, müßte davon ausgegangen werden, daß der insoweit nicht deutliche Antrag der Kl auch die Anzeige des Erlöschens des Vollmachtsverhältnisses zu ihrem bisherigen Rechtsvertreter in sich schließt (SZ 48/93; RZ 1987/9; RZ 1992/72). Der in 1 Ob 744/78 und 6 Ob 799/80 ausgesprochenen Rechtsansicht, daß die Unterbrechungswirkung des § 464 Abs 3 ZPO dann nicht Platz greife, wenn die Verfahrenshilfe beantragende Partei ohnehin bereits durch einen frei gewählten Rechtsanwalt vertreten war, ist demnach nicht beizutreten.

Der in § 471 Z 2 ZPO bezeichnete Zurückweisungsgrund liegt somit nicht vor. In Stattgebung des Rekurses war der Zurückweisungsbeschluß des Rekursgerichtes daher ersatzlos aufzuheben.

OGH 2. 2. 1994, 7 Ob 38/93

341.

VersVG §§ 59ff: Zu den Voraussetzungen des Vorliegens einer Doppelversicherung.

ABH 1984 Art 17 Abs 1 lit a: Die im Rahmen der Haushaltsversicherung bestehende Privathaftpflichtversicherung deckt nicht nur Schadenersatzverpflichtungen, die im Zusammenhang mit einem Gebäude des Versicherungsnehmers stehen.

„Gefahren des täglichen Lebens“ sind jene Risiken, mit denen im Privatleben eines Menschen üblicherweise gerechnet werden muß. Es ist nicht erforderlich, daß solche Gefahren geradezu täglich auftreten, sie dürfen nur nicht ganz ungewöhnlich sein. Rechtswidrigkeit und Sorglosigkeit des schädigenden Verhaltens sind für die „Gefahren des täglichen Lebens“ typisch (stRsp).

Das Umstürzen eines Grabsteines auf einem Friedhof ist als „Gefahr des täglichen Lebens“ von der Privathaftpflichtversicherung umfaßt.

Sachverhalt: Durch das Umfallen eines von der Versicherungsnehmerin instandzuhaltenden Grabsteines wurde ein Kind schwer verletzt, die Haftpflicht der Versicherungsnehmerin steht fest. Die Kl erbrachte an das Opfer Leistungen aus einer „Eigenheim-Vollschutzversicherung“, die als Bündelversicherung auch eine Haushaltsversicherung nach den ABH 1984 umfaßte, und begehrt nunmehr anteiligen Regreß von der Bekl, bei welcher ebenfalls eine Haushaltsversicherung nach denselben Bedingungen und mit gleich hoher Deckung bestand.

Die Unterinstanzen gaben dem Klagebegehren statt (LG Salzburg 29. 4. 1993, GZ 6 Cg 124/92; OLG Linz 27. 9. 1993, GZ 1 R 194/93). Der OGH verwarf die Revision der bekl Partei.

Aus den Entscheidungsgründen:

Voraussetzung der Doppelversicherung ist immer, daß in zwei Versicherungsverträgen dasselbe Interesse versichert wird. Sie liegt auch vor, wenn eine Einzel- und eine Inbegriffversicherung (§ 54 VersVG, vgl hiezu *Prölss* — *Martin*, VVG²⁵ 410f) oder zwei Inbegriffsversicherungen zusammentreffen und die betroffene Sache jeweils Teil des versicherten Inbegriffs ist. Dieselbe Gefahr liegt auch vor, wenn in den einzelnen Verträgen mehrere Gefahrenkombinationen erfaßt sind und die konkrete Gefahr, die zum Versicherungsfall geführt hat, in den jeweiligen Verträgen gedeckt ist. Ob eine Doppelversicherung vorliegt, kann erst im Zeitpunkt des Versicherungsfalles beurteilt werden. Erst wenn der Versicherungsfall eintritt, steht fest, ob der Versicherungsnehmer die Deckung aus allen Verträgen in Anspruch nehmen muß, oder ob etwa die Versicherungssumme aus einem Vertrag ausreicht. In letzterem Fall liegt eine Doppelversicherung vor (vgl *Schauer*, Einführung in das österreichische Versicherungsvertragsrecht² 129f, sowie *Prölss* — *Martin* aaO 441f).

Unbestritten ist, daß die Versicherungsnehmerin mit beiden Streitparteien Versicherungsverträge abgeschlossen hat. Bei dem Vertrag mit der Kl handelt es sich um eine „Eigenheim-Vollschutzversicherung“, die auch eine Haushaltsversicherung einschließt, wobei die ABH 1984 in ihrem Abschnitt III eine Haftpflichtversicherung umfassen und sich der Versicherungsschutz unter anderem auf „Schadenersatzverpflichtungen des Ver-

sicherungsnehmers als Privatperson“ aus den Gefahren des täglichen Lebens erstreckt (Art 17 Abs 1 lit a). Bei jenem mit der bekl Partei handelt es sich um eine Hausratsversicherung zu denselben ABH, betreffend dasselbe Objekt. Für die Annahme, daß sich die „Schadenersatzverpflichtungen des Versicherungsnehmers als Privatperson“ im Vertrag mit der Kl nur auf Rechtsverhältnisse im Zusammenhang mit dem versicherten Gebäude erstrecken, besteht nach dem in Art 17 der ABH beschriebenen Versicherungsschutz kein Anlaß — ebenso wie auch kein Hinweis dafür vorliegt, daß die im Vertrag mit der Bekl genannte Haftpflichtversicherung nur für Schadenersatzverpflichtungen der Versicherungsnehmerin im Zusammenhang mit dem dort genannten Gebäude bestünde. Es besteht daher auch kein Anlaß, Schadenersatzverpflichtungen der Versicherungsnehmerin als grundsätzlich nicht vom Versicherungsschutz umfaßt anzusehen, die sich daraus ergeben, daß der Grabstein eines von ihr auf dem Ortsfriedhof betreuten Grabes umgestürzt ist und dabei jemanden am Körper beschädigt hat.

Zu prüfen ist deshalb, ob das Umstürzen eines Grabsteines auf einem Friedhof als eine „Gefahr des täglichen Lebens“ anzusehen ist.

Nach der Rechtsprechung ist der in Art 17 Abs 1 lit a der ABH beschriebene Begriff der „Gefahren des täglichen Lebens“ nach der allgemeinen Bedeutung der Worte dahin zu verstehen, daß der Versicherungsschutz für die Haftpflicht des Versicherungsnehmers jene Gefahren umfaßt, mit denen üblicherweise im Privatleben eines Menschen gerechnet werden muß. Es ist nicht erforderlich, daß solche Gefahren geradezu täglich auftreten. Es genügt, wenn die „Gefahr“ erfahrungsgemäß im normalen Lebensverlauf immer wieder, sei es auch seltener, eintritt. Es darf sich nur nicht um eine geradezu ungewöhnliche Gefahr handeln. Rechtswidrigkeit und Sorglosigkeit eines Verhaltens nehmen den daraus entspringenden Gefahren noch nicht die Qualifikation als solche des täglichen Lebens, weil für die von der Haftpflichtversicherung erfaßten Risiken geradezu typisch ist, daß ihnen eine leichte oder grobe Fahrlässigkeit zugrunde liegt. (*Jabornegg*, VR 1989, 211f mit Hinweisen auf die Rechtsprechung). Voraussetzung für einen aus einer Gefahr des täglichen Lebens verursachten Schadensfall ist daher immer eine Fehlleistung oder eine schuldhafte Unterlassung des Versicherungsnehmers.

Das Umstürzen eines Grabsteines auf einem Friedhof kann zwar nicht als eine geradezu alltägliche Gefahr angesehen werden. Es handelt sich dabei aber, wie die Erfahrung zeigt, auch nicht um ein ganz ungewöhnliches Ereignis, und die Betreuung des Grabsteins durch die Versicherungsnehmerin erfolgte auch nicht — wie das BerufungsG zutreffend hervorgehoben hat — im Rahmen einer betrieblichen, beruflichen oder gewerblichen Tätigkeit. Sollte der Grabstein bereits längere Zeit schief gestanden sein, wie die Bekl (erstmal) in ihrer Berufung geltend gemacht hat, vermöchte dies nach den vorstehenden Ausführungen, wonach für die von der Haftpflicht erfaßten Risiken eine ihnen zugrundeliegende Sorglosigkeit oder Fahrlässigkeit geradezu typisch ist, an der rechtlichen Beurteilung nichts zu ändern. Ein geradezu bewußtes und gewolltes Schaffen einer Gefahr, eine geradezu vorsätzliche Schadenszufügung wurde von der Bekl nicht geltend gemacht.

OGH 23. 2. 1994, 7 Ob 36/93

342.

AVBV Art 2, Art 5 Abs 1: Versicherungsfall nach den AVBV ist der Haftpflichtanspruch geschädigter Dritter auslösende Verstoß des Versicherungsnehmers. Ein Verstoß durch Unterlassung ist in dem Zeitpunkt vollendet, in welchem er zu irreparablen Folgen führt. Es ist demnach zu prüfen, wann der Versicherungsnehmer den Schaden spätestens noch hätte abwenden können.

Sachverhalt: Der Kl betreibt ein Versicherungs- und Schadensberatungsbüro. Das Risiko, aus dieser Tätigkeit haftpflichtig zu werden, hatte er bis zum 31. 12. 1991 bei der Bekl nach den AVBV eingedeckt, seit 1. 1. 1992 ist er anderweitig versichert.

Gem Art 5 Abs 1 bildet der Haftpflichtanspruch des Versicherungsnehmers auslösende Verstoß den Versicherungsfall. Art 2 der AVBV lautet: „Zeitliche Begrenzung der Haftung: (1) Der Versicherer haftet nur dann, wenn der Verstoß während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes begangen wird. (2) Wird ein Schaden durch Unterlassung gestiftet, so gilt im Zweifel der Verstoß als an dem Tag begangen, an welchem die versäumte Handlung spätestens hätte vorgenommen werden müssen, um den Eintritt des Schadens abzuwenden.“

Im Sommer 1991 wurde der Kl von einem Kunden, H. B., beauftragt, dessen gesamtes „Versicherungspaket“ beim bisherigen Versicherer zu lösen und bei einem anderen zu placieren. Der Kl führte diesen Auftrag durch, allerdings mit Ausnahme der Teilkaskoversicherung B's, deren Neueindeckung vergessen wurde. Somit bestand ab 1. 8. 1991 kein Kaskoversicherungsschutz für den Pkw B's mehr, der am 15. 5. 1992 einen Wildschaden erlitt. Der Kl begehrt die Feststellung der Deckungspflicht der bekl Partei für die auf seine Unterlassung gestützten Schadenersatzansprüche B's.

Das ErstG (BG HS Wien, 5. 2. 1993, GZ 14 C 2813/92i) gab der Klage statt, weil der Verstoß des Kl zeitlich in das aufrechte Versicherungsverhältnis mit der Bekl falle. In zweiter Instanz (HG Wien, 1. 9. 1993, GZ 1 R 168/93) wurde dieses Ersturteil abgeändert. Die dagegen vom Kl erhobene Revision ist nicht berechtigt.

Aus den Entscheidungsgründen:

Der Oberste Gerichtshof hatte sich bereits in seiner Entscheidung 7 Ob 16/92 (= VR 1993, 76 = VersR 1993, 862) in einem durchaus vergleichbaren Fall mit der Auslegung des Art 2 AVBV zu befassen. So wie dort liegt auch hier der Verstoß des Kl in einer Unterlassung, die letzten Endes zur Schadenszufügung geführt hat. Die Unterlassung wäre auch hier folgenlos geblieben, wenn vor dem Unfall (in der Vorentscheidung: vor Ablauf der Jahresfrist zur Einbringung des Aufteilungsantrages nach § 95 EheG), also bis zum 15. 5. 1992, ein Kaskoversicherungsabschluß namens des Klienten erfolgt wäre. Wie bereits in 7 Ob 16/92 ausgeführt, setzt Art 2 Abs 2 AVBV fest, daß bei Unterlassungen im Zweifel der Verstoß als an dem Tag begangen gilt, an welchem die versäumte Handlung spätestens hätte vorgenommen werden müssen, um den Eintritt des Schadens abzuwenden. Vor diesem Zeitpunkt ist also ein Verstoß im Sinne der AVBV überhaupt nicht anzunehmen.

Nach Art 5 Z 1 dieser Versicherungsbedingungen ist aber erst der Verstoß Versicherungsfall, wobei der Versicherer nur dann haftet, wenn der Verstoß während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes begangen wird (Art 2 Abs 1 AVBV). Für die AVBV wird bei der Beurteilung der Frage, ob ein Ereignis in den Deckungszeitraum der Versicherung fällt — anders als etwa bei der Privathaftpflichtversicherung —, nur auf die Ursache abgestellt. Dieser Umstand hat entscheidende Bedeutung für die Auslegung des Art 2 Abs 2 AVBV. Der Ausdruck „Verstoß“ hebt die subjektive Verantwortlichkeit des Versicherungsnehmers deutlich hervor. Unter einem Verstoß versteht der allgemeine Sprachgebrauch ein (zumindest objektiv) regelwidriges Verhalten. Daran ändert die Verstoßdefinition des Art 2 AVBV nichts. Sie trägt nur der Erwägung Rechnung, daß eine Unterlassung meist nicht unmittelbar einen Schaden bewirkt, das Versäumnis oft vielmehr erst nach längerem Untätigsein zu irreparablen Folgen führt. Der Verstoß ist also erst mit der Unwiderruflichkeit der Folgen vollendet. Im Hinblick darauf, daß Grundlage der Haftpflicht ein Verhalten des Versicherungsnehmers ist, muß aber auch die Unwiderruflichkeit in den persönlichen Einflußbereich des Versicherungsnehmers fallen. Bei Fahrlässigkeit des Unterlassens ist also hypothetisch festzustellen, wann der Versicherungsnehmer spätestens den Schaden noch hätte abwenden können, wenn er nun endlich gehandelt hätte.

Der Schaden hätte noch abgewendet werden können, wenn der Kl am Tag vor dem Unfall eine entsprechende Versicherung für HB abgeschlossen hätte. Die bloß theoretische Möglichkeit, daß auch schon in der Zeit vom 1. 8. 1991 bis zum tatsächlichen Unfalltag ein Schaden hätte entstehen können, reicht zur Begründung des Versicherungsschutzes nicht hin.

OGH 23. 2. 1994, 7 Ob 11/94

ZEITSCHRIFTENSPIEGEL

Christian *Armbrüster*, **Zum vertraglichen und gesetzlichen Schutz des Haftpflichtigen vor einem Regreß des Sachversicherers**, VersR 1994, 893: Der BGH hat die Frage, ob eine Sachversicherung neben dem Eigentümerinteresse auch das Interesse bestimmter Haftpflichtiger mit „Nahebeziehung“ zur versicherten Sache erfassen kann und den Schädiger somit vor einem Regreß des Versicherers nach § 67 Abs 1 VersVG schützt, mehrmals verneint. Anders entscheidet der OGH, der gewisse Haftpflichtinteressen als mitversicherbar ansieht. Der Autor setzt sich am Beispiel eines vor kurzem ergangenen Urteils mit der BGH-Rechtsprechung auseinander und gelangt zu dem Schluß, daß der Lösung des OGH der Vorzug gebührt. Mit Recht weist der Verfasser jedoch darauf hin, daß es stets sorgfältiger Prüfung bedarf, um zu klären, welche Interessen im konkreten Vertrag geschützt sein sollten (§ 80 Abs 1 VersVG).

Stefan *Richter*, **Die künftige Ausgestaltung des Versicherungsschutzes für Haftung und Garantie im Bauwesen in Europa**, NZ 1994, 158: Der Titel des Beitrages verspricht mehr, als er halten kann, weil die künftige Gestaltung des Versicherungsschutzes für Dienstleistungen am Bausektor „auf Europabasis“ derzeit lediglich in ihren größten Konturen erfaßbar erscheint. Der Verfasser ist daher nur in der Lage, einen Überblick über den derzeitigen Diskussionsstand zu geben. Die bestehenden Unklarheiten sind ua darauf zurückzuführen, daß die Grundlagen der Haftung bislang nicht abschließend geklärt wurden: Der Entwurf der EG-Kommission über die Haftung für fehlerhafte Dienstleistungen aller Art ist nicht endgültig ausdiskutiert, dasselbe gilt in noch stärkerem Maß für eine in einem sehr vagen Stadium befindliche Sonder-Richtlinie über die Vereinheitlichung der Haftungsgrundlagen im Bauwesen. Entsprechend unausgegoren präsentieren sich die Vor-

stellungen zur künftigen „Bauversicherung“. Festzustehen scheint nur, daß es sich um eine Pflichtversicherung handeln wird. Alle Details sind unklar, angefangen von der Konstruktion (vorgeschlagen wurde etwa ein Zusammenspiel aus Sach- und Haftpflichtversicherung) bis hin zur heftig umstrittenen Frage, ob es sinnvoll sein kann, auch für Erfüllungs- und Gewährleistungsansprüche Versicherungsschutz zu gewähren.

Georg *Gaisbauer*, **„Die programmierte Geburt“ aus haftungsrechtlicher Sicht**, VersR 1994, 904: Die ohne medizinische Indikation gesteuerte, zu einem gewünschten Zeitpunkt medikamentös eingeleitete oder auch verzögerte Geburt birgt eine Anzahl von Risiken für Mutter und Kind, doch wird sie unter bestimmten (medizinischen sowie rechtlichen) Voraussetzungen für zulässig angesehen. Der Artikel umreißt Umfang und Grenzen der ärztliche Aufklärungspflicht bei solcherart „programmierter“ Geburt.

Günter *Kutz*, **Die Bedeutung der Sachversicherung wächst weiter**, VW 1994, 970: Der Beitrag skizziert die Lage des deutschen Sachversicherungsmarktes. Er berichtet über die wirtschaftliche Entwicklung in diesem Bereich, stellt neue Produkte vor und informiert über aktuelle und gerade die Sachversicherer in besonderem Maße betreffende Rechtsänderungen im Zuge der Anpassung des deutschen VVG an die Dritte EU-Richtliniengeneration.

Karl-Heinz *Weber*, **Private Pflegeversicherung — wie soll sie aussehen?** ZfV 1994, 350: In Deutschland bemüht man sich derzeit um die Einrichtung einer Privat-Pflegeversicherung als Ergänzung zu ihrem sozialversicherungsrechtlichen Gegenstück. Hier finden sich erste Überlegungen und Vorschläge zu ihrer Konzeption.

BÜCHERSPIEGEL

Das Schadensversorgungssystem im Notariatswesen von Dr. Bernd *Nagel*, Beiträge zum Privat- und Wirtschaftsrecht, Heft 89, Verlag Versicherungswirtschaft e.V., Karlsruhe 1994, XXXV und 231 Seiten und Anhang, DM 46,—.

Angeichts der Entwicklung der Rechtsprechung zur Haftung der rechtsberatenden Berufe, mit dem immer strengere Maßstäbe an die Pflichten angelegt werden, gewinnen die Möglichkeiten zur Absicherung der sich hieraus ergebenden Haftung immer mehr an Bedeutung. In der vorliegenden Arbeit wird die Konzeption des Gesetzgebers untersucht, im Notariatswesen mit einem Gesamtvorsorgesystem aus Haftpflicht-, Gruppenanschluß-, Vertrauensschadenversicherung und Vertrauensschadenfonds einen der Staatshaftung vergleichbaren Vermögensschutz der Beteiligten sicherzustellen. Es werden Wege zu einer Reform des Gesamtvorsorgesystems im Notariatswesen aufgezeigt.

Die Rechtsmacht des Versicherungsagenten und ihre Beschränkbarkeit unter besonderer Berücksichtigung der passiven Vertretungsmacht für Gefahrenanzeigen von Dr. Thomas *Klein*, Beiträge zum Privat- und Wirtschaftsrecht, Heft 84, Verlag Versicherungswirtschaft e.V., Karlsruhe 1994, XXVIII und 216 Seiten, DM 62,—.

Die Arbeit behandelt die vielschichtige Problematik der Versicherungsvermittlung durch Versicherungsvertreter. Die neuere Rechtsprechung des BGH läßt die Tendenz erkennen, daß die Versicherer in sehr viel stärkerem Maße als bislang für das Verhalten ihrer Agenten beim Antragsgespräch mit dem zukünftigen Versicherungsnehmer einstehen müssen. Dies betrifft zum einen das aktive Verhalten des Agenten, also insbesondere die Erläuterung des vertraglichen Versicherungsschutzes, der aufgrund auch nur mündlicher Erklärungen der Agenten nicht unerheblich erweitert werden kann; zum anderen läßt der BGH seit der sogenannten „Auge-und-Ohr-Entscheidung“ eine bloß mündliche Angabe gegenüber dem Versicherungsvertreter zur Erfüllung der vorvertraglichen Anzeigepflicht (§ 16 VersVG) genügen. Die Versicherer laufen aufgrund dieser Rechtsprechung Gefahr, Versicherungsschutz für Risiken gewähren zu müssen, den sie in Kenntnis der nur mündlich mitgeteilten Umstände gar nicht oder nur gegen entspre-

chend höhere Prämien eingeräumt hätten. Gerade im Massengeschäft hat der Versicherer jedoch ein legitimes Interesse daran, sich auf die im Antragsformular schriftlich festgehaltenen Angaben verlassen zu können. Die vorliegende Arbeit zeigt unter Berücksichtigung der dogmatischen Grundlagen Möglichkeiten auf, die Vollmacht der Versicherungsagenten gegenüber den Versicherungsnehmern durch geeignete Klauseln in den Antragsformularen zu begrenzen. Dabei kommt der Verfasser in Auseinandersetzung mit der Rechtsprechung des BGH zum Ergebnis, daß § 47 VersVG es ermöglicht, die Empfangsvollmacht des Versicherungsagenten für Gefahrenanzeigen in der Weise wirksam zu begrenzen, daß die im Formular enthaltenen Angaben maßgeblich sind. Für Österreich wird in diesem Zusammenhang im Verkehr mit Verbrauchern allerdings § 10 KSchG zu beachten sein.

Wiederherbeigeschaffte versicherte Sache — Anzeigepflichten, Rettungskosten und Entschädigung von Dr. Thorsten *Dietz*, Beiträge zum Privat- und Wirtschaftsrecht, Heft 88, Verlag Versicherungswirtschaft e.V., Karlsruhe 1993, XXXI und 221 Seiten, DM 38,—.

Wird dem Versicherungsnehmer die abhandengekommene, versicherte Sache vom Versicherer ersetzt, löst das Wiedererlangen dieses Gutes eine Reihe von Rechtsfragen aus. Mit ihnen befaßt sich das vorliegende Werk. Es setzt sich mit den Begriffen des „Abhandenkommens“ und der „Wiederbeschaffung“ im versicherungsrechtlichen Sinn auseinander und erörtert Fragen der Anzeigepflicht, des Rettungskostenersatzes und des Schicksals des Entschädigungsanspruches. Die festgestellten Abweichungen der AVB-Regelungen von der gesetzlichen Rechtslage werden anschließend auf ihre Vereinbarkeit mit dem AGB-Gesetz überprüft.

GESCHÄFTSNACHRICHTEN

**Wüstenrot Versicherungs-AG 1993: Prämienanstieg um
27,5 Prozent auf 2,76 Mrd. S**

Die Wüstenrot Versicherungs-AG steigerte im Geschäftsjahr 1993 die verrechneten Prämien um 594,2 Mio. S auf 2.755,3 Mio. S. Der Zuwachs entsprach 27,5 Prozent. Die Gesellschaft betreibt das direkte Geschäft sowie die aktive Rückversicherung in der Lebens- und in der Unfallversicherung. Das Jahresergebnis vor Steuern erreichte mit 848,7 Mio. S den bisher höchsten Wert und ermöglichte eine Dotierung der Rückstellung für Gewinnbeteiligung von 760,2 Mio. S. Die Eigenmittel wurden um 87,6 Mio. S angehoben.

Zum Jahresende 1993 verwaltete die Gesellschaft nach einer Steigerung um 4,1 Prozent in der Lebensversicherung 596.863 Verträge mit einer Versicherungssumme von insgesamt 66,7 Mrd. S. Die Versicherungssumme übertraf den Vorjahreswert um 8,3 Prozent.

Verrechnet wurden in der direkten und indirekten Lebensversicherung Prämien in der Höhe von 2.731,8 Mio. S. Dies bedeutete eine Zunahme um 589,4 Mio. S, die 27,5 Prozent entsprach. Angemerkt sei, daß die aktive Rückversicherung nur in kleinerem Umfang betrieben wird: Auf diesen Bereich entfielen Prämien von 55,7 Mio. S. An Rückversicherer abgegeben wurden 41,4 Mio. S, sodaß sich ein Selbstbehalt von 98,5 Prozent errechnet.

Die abgegrenzten Versicherungsleistungen einschließlich der Aufwendungen für die Erbringung der Leistungen und der Gewinnanteile beliefen sich auf 986,5 Mio. S, womit der vergleichbare Vorjahreswert um 222,1 Mio. S, somit um 29,1 Prozent übertroffen wurde. In diesem Zusammenhang ist besonders die Zunahme der Erlebensauszahlungen auf 694,9 Mio. S hervorzuheben. Die Gesellschaft blickt nun auf siebzehn Geschäftsjahre zurück und verzeichnet dementsprechend eine Zunahme des Bestandsalters, die zum verstärkten Abreifen von Erlebensversicherungen führt.

In der Unfallversicherung verzeichnete Wüstenrot 1993 einen Anstieg des Bestandes um 21,1 Prozent auf 14.719 Verträge. Die versicherte Summe für Unfalltod und Unfallinvalidität wurde um 31,9 Prozent auf 12.895 Mio. S gesteigert.

Die Prämien in der direkten und indirekten Unfallversicherung beliefen sich nach einer Zunahme um 25,6 Prozent oder 4,8 Mio. S auf 23,5 Mio. S. Davon wurden 19,4 Prozent oder 4,55 Mio. S an Rückversicherer abgegeben. Die Leistungen einschließlich der Rückstellungen und Bearbeitungskosten beliefen sich auf 9,9 Mio. S, womit gegenüber dem Vorjahreswert von 10,7 Mio. S keine nennenswerte Veränderung eingetreten ist.

Die Kapitalanlagen nahmen 1993 erneut stark zu und erreichten nach einer Steigerung um 18,8 Prozent 14.905,7 Mio. S. In diesem Betrag sind auch die Guthaben bei Banken und die Polizzendarlehen enthalten. Brutto hatte die Gesellschaft im Jahr 1993 3.887 Mio. S zu veranlagen. 2.354 Mio. S wurden in Wertpapiere investiert. Auf Darlehen entfielen 935 Mio. S, auf Grundstücke und Bauten 223 Mio. S. Die Bruttoerträge aus Kapitalanlagen stiegen um 21,7 Prozent auf 1.164,3 Mio. S. Das Nettoergebnis belief sich auf 1.093,5 Mio. S und übertraf den Vorjahreswert um 23,3 Prozent.

Wüstenrot Versicherungs-AG

	1992	1993
Lebensversicherung:		
Erfolgsdaten:		
Abgegrenzte Prämien	2.130	2.719
Versicherungsleistungen	755	991
— Zahlungen für Versicherungsleistungen	744	966
— Dot. d. Rückst. f. schwebende Fälle	10	25
Versicherungsbetrieb	438	458
Sonstige Aufwendungen (abzgl. sonst. Erträge)	2	26
Aufwand	1.195	1.475
Abrg. mit Rückversicherern	-27	-1
— Prämien an Rückv. (abgegr.)	46	43
— Leistungen	18	42
— Provisionen, Gewinnanteile	1	0
Vermögenserträge (abzgl. Aufwand)	887	1.093
Dot. d. Deckungsrückstellung - netto	1.118	1.488
Gewinnbeteiligung	595	760
Ergebnis der gew. Geschäftstätigkeit	83	89
Prämien im Selbstbehalt	2.084	2.676
Leistungen im Selbstbehalt	736	949
Gewährleistungsmittel:	12.627	15.299
Eigenmittel	334	390
Techn. Rückstellungen	12.210	14.832
Sonstige Rückstellungen	82	77
Kapitalanlagen:	12.546	14.889
Kenndaten:		
Prämien im Selbstbehalt (in % der Bruttoprämie)	98	98
Kapitalanlagen : Bruttoleistungen in %	1.663	1.503
Kapitalanlagen : Gewährleistungsmittel in %	99	97
Bestand:		
Kapitalversicherung (Anzahl inkl. Renten)	301.934	317.483
Versicherungssumme	33.131	36.485
∅ Versicherungssumme	109.728	114.918

(Beträge in Mio. S, Rundungen ergeben Differenzen)

1993 — Wieder kräftiges Wachstum der BAWAG-Versicherung

Die BAWAG-Versicherung AG konnte auch 1993 ihren Expansionskurs fortsetzen. Die verrechneten Prämien erhöhten sich in der Lebensversicherung um 16,35 Prozent von 404,2 Mio. S auf 470,3 Mio. S. Besonders hervorgehoben wird, daß die Prämien der Kapitalversicherungen mit laufender Beitragszahlung um 29,6 Prozent zugenommen haben und somit das Wachstum nicht von der Ausweitung der Einmalermträge, die um 8,8 Prozent expandierten, getragen wird.

Zum Jahresende 1993 verwaltete die Gesellschaft insgesamt 136.903 Verträge, womit die vergleichbare Vorjahreszahl um 7.775 Policen übertroffen wurde. Auf Kapital- und Rentenversicherungen entfielen 56.913 Verträge.

Das Unternehmen konnte im vergangenen Jahr 30.960 Lebensversicherungsverträge mit einer Versicherungssumme von 4,3 Mrd. S abschließen. Im Jahr 1992 hatten die vergleichbaren Bruttowerte 27.444 Verträge und 3,9 Mrd. S betragen, sodaß Zuwachsraten von mehr als 12 Prozent zu verzeichnen waren.

Angeboten werden die klassische Er- und Ablebensversicherung mit Zusatzvarianten, die Erlebensversicherung als Ansparprodukt, beide jeweils mit laufender oder einmaliger Beitragszahlung, Rententafeln für die persönliche Zusatzpension, die Kreditrestschuldversicherung und die Ablebensrisikoversicherung. Die Palette ist als Ergänzung des Angebots der BAWAG — Bank für Arbeit und Wirtschaft AG — konzipiert.

Die Versicherungsleistungen fielen 1993 mit 104,36 Mrd. S deutlich niedriger aus als 1992 mit 132,96 Mio. S. Deutlich angestiegen sind die Erlebensauszahlungen. Stark zurückgegangen sind demgegenüber die Rückkäufe von Versicherungen.

Neben der Lebensversicherung betreibt die BAWAG Versicherung AG auch die Unfallversicherung, die 1993 ein Prämienaufkommen von 0,4 Mio. S verzeichnete.

Die Kapitalanlagen erhöhten sich um 444,7 Mio. S oder 18,6 Prozent auf 2.833 Mio. S. Die größte Einzelposition bilden die Anleihen mit 1.722,3 Mio. S, gefolgt von den Darlehen mit 748,3 Mio. S. Die Vermögenserträge konnten insbesondere aufgrund des höheren Veranlagungsvolumens von 146 Mio. S auf 188 Mio. S gesteigert werden, obwohl die Zinsen im Jahr 1993 kontinuierlich gefallen sind.

Die Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb betrugen im Jahr 1993 93,2 Mio. S gegenüber 75,4 Mio. S 1992, wobei sich die Aufwendungen für den Versicherungsabschluß um 12,6 Mio. S auf 70,3 Mio. S und die sonstigen Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb um 5,2 Mio. S auf 22,9 Mio. S erhöht haben.

Das Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit konnte 1993 von 3,8 auf 8,2 Mio. S gesteigert werden.

Das Grundkapital der Gesellschaft in der Höhe von 100 Mio. S wird zu 75 Prozent von der Bank für Arbeit und Wirtschaft AG und zu 25 Prozent von der Wüstenrot Versicherungs-AG gehalten. Die versicherungstechnischen Rückstellungen erreichten Ende 1993 nach einer Steigerung um 18,9 Prozent 2.659,4 Mio. S, wovon auf die Deckungsrückstellung 2.492,0 Mio. S und auf die Gewinnrückstellung 87,4 Mio. S entfielen.

BAWAG-Versicherung AG

	1992	1993
Lebensversicherung:		
Erfolgsdaten:		
Abgegrenzte Prämien	395	449
Versicherungsleistungen	135	105
– Zahlungen für Versicherungsleistungen	133	104
– Dot. d. Rückst. f. schwebende Fälle	2	1
Versicherungsbetrieb	75	92
Sonst. Aufwendg. (abzgl. sonst. Erträge)	3	4
Aufwand	212	201
Abrg. mit Rückversicherern	-28	-27
– Prämien an Rückv. (abgegr.)	38	36
– Leistungen	5	8
– Provisionen, Gewinnanteile	5	0
Vermögenserträge (abzgl. Aufwand)	146	188
Dot. d. Deckungsrückstellung - netto	210	267
Dot. d. sonst. techn. Rückst.		4
Gewinnbeteiligung	88	128
Ergebnis der gew. Geschäftstätigkeit	4	9
Prämien im Selbstbehalt	357	413
Leistungen im Selbstbehalt	130	97
Gewährleistungsmittel:	2.382	2.804
Eigenmittel (ohne Gewinn)	124	122
Techn. Rückstellungen	2.237	2.659
Sonstige Rückstellungen	21	23
Kapitalanlagen:	2.363	2.831
Kenndaten:		
Prämien im Selbstbehalt (in % der Btopräm.)	90	92
Kapitalanlagen : Bruttoleistungen in %	1.750	2.694
Kapitalanlagen : Gewährleistungsmittel in %	99	101
Bestand:		
Kapitalversicherung (Anzahl inkl. Renten)	51.387	56.913
Versicherungssumme	5.748	6.688
ø Versicherungssumme	111.857	117.513

(Beträge in Mio. S, Rundungen ergeben Differenzen)

**Demnächst mit Sicherheit in
neuer Powerlot:
4,5 Millionen Polizzen und
mindestens 15% Dividende.**

Wenn die Wiener Städtische, die weltweite größte und erfolgreichste Versicherungsgesellschaft an die Börse geht, bietet sich Anlegern eine interessante Perspektive: Die Wiener Städtische hat **Kunden mit 4,5 Millionen Polizzen**, erstreckt sich auf 1700 Beteiligungen und ein erfolgreiches Engagement in ganz Europa. Die Wiener Städtische ist die Basis für eine kapitale Anlage, die einem partizipierenden Anlegern die Vorteile der Wiener Städtische garantiert. Mit einer **Yield-Beitragende von 15%** und einer Dividende, die über dem Erfolg der Wiener Städtische liegt, garantiert die Wiener Städtische **mindestens 15% über dem Erfolg der Wiener Städtische**.

Personen, die sich für eine Investition in die Wiener Städtische interessieren, sollten sich an den Österreichischen Börsenplatz wenden. Die Wiener Städtische ist an der Börse in Wien unter der Nummer **0272/03** gelistet. Hier fragen Sie Ihren Anlegerkonzeptionsberater oder den Wiener Städtische Zeichnungsstrassenbüro, Wien, 1040, im Oktober 1994.

**Jetzt werden Sie
mit Sicherheit Aktien**



**WIENER
STÄDTISCHE**

WIENER VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT

9. VERSICHERUNGSWISSENSCHAFTLICHES SYMPOSION

9. bis 11. November 1994 in Graz

DIE UMSETZUNG DES VERSICHERUNGSRECHTLICHEN GEHALTS DES EWR-VERTRAGES

Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs
Rechtswissenschaftliche Fakultät der Universität Graz

PROGRAMM

Mittwoch, 9. November 1994

Ort: Aula der Universität Graz, Universitätsplatz 3,
8010 Graz

14.30 bis Begrüßung und Eröffnung des Symposions

ca. 15.30 Uhr: Univ.-Prof. Dr. Helmut Konrad,
Rektor der Universität Graz

Univ.-Prof. Dr. Gernot Kocher, Dekan der Rechtswissenschaftlichen Fakultät der Universität Graz
Dr. Dietrich Karner, Präsident des Verbandes der Versicherungsunternehmen Österreichs
MR Dr. Erika Wolf, Versicherungsaufsichtsbehörde,
Bundesministerium für Finanzen
Alfred Stingl, Bürgermeister der Stadt Graz

Dr. Josef Krainer, Landeshauptmann der Steiermark

15.30 bis Festvortrag: ÖSTERREICH — EUROPÄISCHE

16.30 Uhr: UNION: WIE GEHT ES WEITER?

Botschafter Dr. Wolfgang Wolte, Leiter der Wirtschafts- und Integrationspolitischen Sektion im Bundesministerium für auswärtige Angelegenheiten, Wien

19.00 Uhr: Empfang des Verbandes der Versicherungs-

unternehmen Österreichs

Ort: Landhauskeller, Schmiedgasse 9, 8010 Graz

Donnerstag, 10. November 1994

Ort: Europasaal der Wirtschaftskammer Steiermark,
Körbnergasse 111 — 113, 8010 Graz

9.30 bis ZUR KONTROLLE GRENZÜBERSCHREITEN-

10.30 Uhr: DER VERSICHERUNGSVERTRÄGE ANHAND

DER „RECHTSVORSCHRIFTEN DES ALLGE-

MEININTERESSES“ IM FREIEN DIENST-

LEISTUNGSVERKEHR INNERHALB DER EU

Univ.-Prof. Dr. Egon Lorenz, Geschäftsführender
Direktor des Instituts für Versicherungswissenschaft
der Universität Mannheim

10.30 bis Pause

11.00 Uhr: DIE ÖSTERREICHISCHE VERSICHERUNGS-

12.00 Uhr: WIRTSCHAFT UND DAS EUROPÄISCHE

KARTELLRECHT

Univ.-Prof. Dr. Walter Barfuß, Rechtsanwalt, Wien

anschießend Diskussion

Vorsitz:

Univ.-Prof. Dr. Heinz Krejci, Institut für Handels-

und Wertpapierrecht an der Universität Wien

12.30 bis Pause

14.00 Uhr: DIE VERSVG-NOVELLE 1994 AUS SICHT DER

14.00 bis THEORIE

15.00 Uhr: Univ.-Prof. Dr. Heinz Krejci, Institut für Handels-

und Wertpapierrecht an der Universität Wien

15.00 bis Pause

15.30 bis DIE VERSVG-NOVELLE 1994 AUS SICHT DER

16.30 Uhr: VERSICHERUNGSWIRTSCHAFT

Dr. Sven Teichmeister, Wiener Städtische Allgemeine

Versicherung AG, Wien

anschießend Diskussion

Vorsitz: Univ.-Prof. Dr. Attila Fenyves, Institut für

Bürgerliches Recht an der Universität Graz

19.00 Uhr: Empfang durch den Herrn Landeshauptmann

der Steiermark

Ort: Grazer Burg, Weißer Saal