

DIE VERSICHERUNGS RUNDSCHAU

Zeitschrift der Österreichischen Gesellschaft für Versicherungswissenschaften

49. JAHRGANG

OKTOBER 1994

NR. 10

Fälligkeit und Verjährung und die VersVG-Novelle

VON PROK. DR. FELIX WIESER, LL. M.*

I. Einleitung

II. Fälligkeit

- A. Begriff „Fälligkeit“
- B. Grundregel § 11 Abs 1, 1. Satz
- C. Sonderregelungen
 - C.1. Abschlagszahlungen
 - C.2. Wiederaufbauklausel
 - C.3. Sachverständigenverfahren
- D. Rechtsprechung zur Fälligkeit
 - D.1. Verzögerungen durch den Versicherer
 - D.2. Verzögerungen durch den VN
 - D.3. Unterlassene Meldung
 - D.4. Ablehnung
- E. Haftpflichtversicherung
- F. Rechtsschutzversicherung
- G. § 15 a Halbzwingend
- H. § 11 Abs 1, 2. Satz „Fälligkeit neu“
- I. Geldleistungsbegehren
- J. Auskunftsverlangen

III. Verjährung

- K. Beginn des Fristlaufes
- L. Dauer der Verjährungsfrist
- M. Fortlaufhemmung § 12 Abs 2
- N. Entscheidung des Versicherers
- O. 12-Monate-Frist
- P. Fortlaufhemmungen § 12 Abs 3

IV. Schlußfolgerungen

V. Anhang: EB zur RV und Bericht des JA

* Schadenleiter der Austria Schaden- und Unfallversicherung Aktiengesellschaft

I. Einleitung

Am 17. Juni 1994 wurde vom Nationalrat das *Bundesgesetz, mit dem das Vertragsversicherungs-gesetz geändert wird*, beschlossen; dessen Kundmachung erfolgte mit BGBl 1994/509 vom 12. Juli 1994. Über die Intentionen des Gesetzgebers geben die Erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage (EB; 1 553 Blg NR XVIII GP) sowie der Bericht des Justizausschusses (JA; 1 722 Blg NR XVIII GP) Auskunft. Ganz allgemein liegt der Novelle die Absicht zugrunde, der Beseitigung der Bedingungsgenehmigung durch die Versicherungsaufsichtsbehörde im Zuge der Umsetzung der dritten Richtliniengeneration der Europäischen Union durch eine Anpassung des Rechtes des privaten Versicherungsvertrages an die Erfordernisse des modernen Vertragswesens und durch einen hinreichenden Kundenschutz Rechnung zu tragen. Grundlegend für die private Krankenversicherung sind die Bestimmungen der §§ 178 a—178 n, mit denen diese Versicherungssparte erst Eingang in das VersVG gefunden hat. Die §§ 172—178 zur Lebensversicherung werden zum Teil wesentlich geändert und zur Rechtsschutzversicherung wurden neue Bestimmungen, §§ 158 n—§ 158 o, aufgenommen. Neben diesen Neuregelungen haben Änderungen zum ersten Abschnitt (§§ 1—48) — Vorschriften für sämtliche Versicherungszweige — die größte Bedeutung. Dessen Novellierung wurde stark durch die Stellungnahme von *Fenyves* zum Gesetzesentwurf des BMJ¹ beeinflusst. Die Neuerungen treten mit 1. 1. 1995 in Kraft.

Die nachfolgenden Ausführungen beschränken sich auf die Regelungen zur Fälligkeit (§ 11) und zur Verjährung (§ 12). Ziel der Untersuchung ist es einerseits, zu einem frühen Zeitpunkt einen Leitfaden durch diese Materie zu bieten, und andererseits zu prüfen, ob mit den Neuerungen alte Probleme gelöst bzw neue Probleme geschaffen wurden.

Judikatur wird, soweit möglich, nur nach der von *Fenyves* herausgegebenen Versicherungsrechtlichen Entscheidungssammlung (VersE) zitiert.

II. Fälligkeit

A. Begriff „Fälligkeit“

Zum richtigen Verständnis der Bestimmungen im § 11 ist es unumgänglich, zunächst anhand der gängigen Literatur Klarheit zum Begriff „Fälligkeit“ und zu den daran geknüpften Rechtsfolgen zu schaffen.

Nach *Koziol — Welser* I⁹, 213 ist der Fälligkeitszeitpunkt jener Zeitpunkt, in dem der Schuldner die Leistung bewirken und der Gläubiger sie annehmen soll. Nach *Gschnitzer in Klang* IV/1², 351 sprechen wir von Fälligkeit, „sobald der Gläubiger zu fordern und der Schuldner zu leisten berechtigt ist“. Speziell zum Versicherungsvertragsrecht: *Bruck — Möller, VVG*/I⁹, Rz 18 zu § 11: „Mit der Fälligkeit tritt der Zeitpunkt ein, von dem an der Versicherer die Entschädigung oder Versicherungssumme leisten soll, der Versicherungsnehmer sie fordern darf.“ *Schauer*, Einführung in das österreichische Versicherungsvertragsrecht², 147: „Fälligkeit ist jener Zeitpunkt, in dem eine geschuldete Leistung zu erbringen ist.“ Die Definitionen sind, abgesehen von Nuancen in der Formulierung, übereinstimmend: Auf seiten des Gläubigers ist mit Fälligkeit das Forderndürfen, auf seiten des Schuldners das Leistensollen gemeint. Demnach hatte das VersVG bisher in § 12 Abs 1 quasi eine Legaldefinition enthalten: „Die Verjährung beginnt mit dem Schluß des Jahres, in dem *die Leistung verlangt werden kann*.“ Mit diesen Worten wurde nach allgemeiner Auffassung an die Fälligkeit nach § 11 angeknüpft.

¹ *Fenyves*, Zum Ministerialentwurf einer VersVG-Novelle 1994, VR 1994, 33.

Was sind die Rechtsfolgen der Fälligkeit? Ist die Forderung fällig und leistet der Schuldner nicht, so gerät er in Verzug (Schuldnerverzug, Leistungsverzug)². Ist der Verzug vom Schuldner nicht verschuldet (objektiver Verzug), so muß der Schuldner dem Gläubiger ab Verzug die vereinbarten oder gesetzlichen Verzugszinsen zahlen (§ 1333 ABGB). Der vom Schuldner verschuldete Verzug (subjektiver Verzug) verpflichtet zum Ersatz des allfälligen Verspätungsschadens, also jener Nachteile, die durch die Verspätung der Leistung entstanden sind³. Mit dem Fälligkeitszeitpunkt beginnt nach allgemeinem Zivilrecht die Verjährungsfrist zu laufen⁴. Prozeßrechtlich hat Fälligkeit zur Folge, daß mit Leistungsklage (nicht nur mit Feststellungsklage) vorgegangen werden kann⁵, mangelnde Fälligkeit kann nicht eingewendet werden.

B. Grundregel § 11 Abs 1, 1. Satz (unverändert)

„Geldleistungen des Versicherers sind mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen fällig.“

Das VersVG enthält sohin eine Sondernorm zur Fälligkeit. Die Leistungspflicht tritt nicht sofort mit Vollendung des Versicherungsfalles ein. Dem Versicherer wird eine den Gegebenheiten des Einzelfalles entsprechende Frist für die Prüfung der Ansprüche zugebilligt.

§ 11 gilt für alle Geldleistungen des Versicherers in allen Versicherungssparten, für die Haftpflichtversicherung und die Rechtsschutzversicherung gelten jedoch spezielle Regelungen (vgl Pkte E. und F.)

Grundregel ist: Fälligkeit tritt mit der tatsächlichen Beendigung der nötigen Erhebungen ein.

Dieser Zeitpunkt ist somit für die Verzugsfolgen und den Beginn der Verjährungsfrist (§ 12) entscheidend.

So klar die Regelung selbst ist, so schwierig kann die Bestimmung des Fälligkeitszeitpunktes sein, insbesondere für den Versicherungsnehmer (in der Folge: VN), der oft keinen oder wenig Einblick in die Erhebungen des Versicherers hat.

In vielen Fällen wird die Klärung der Fälligkeitsfrage durch Sonderregelungen zusätzlich komplizierter.

C. Sonderregelungen

1. Der VN kann gem § 11 Abs 2 Abschlagszahlung verlangen, wenn die Erhebungen 1 Monat nach Meldung des Versicherungsfalles noch nicht abgeschlossen sind. Voraussetzung dafür ist freilich, daß der Anspruch des Versicherungsnehmers dem Grunde nach und mit einer Mindesthöhe feststeht. Der Anspruch auf Abschlagszahlung besteht jedoch gem § 11 Abs 3 so lange nicht, als der VN die Beendigung der Erhebungen behindert. Sohin beeinflusst auch das Verhalten des VN die Fälligkeit.
2. Zu einer Neuwertversicherung mit Wiederaufbau Klausel entsteht gem § 97 der Anspruch auf den den Zeitwert übersteigenden Teil des Schadens erst durch die Wiederherstellung bzw deren Sicherstellung (VR 1993, 273).

² Koziol — Welser, Grundriß des bürgerlichen Rechts I⁹, 214.

³ Koziol — Welser I⁹, 242

⁴ Schubert in Rummel, ABGB II², § 1478 Rz 2: „Entscheidend ist daher der Zeitpunkt, in dem das Recht zuerst hätte ausgeübt werden können, ... so daß mangelnde Fälligkeit dem Beginn der Verjährung entgegensteht.“

⁵ Vgl § 460 ZPO, VersE 1400.

3. Ist vertraglich die Durchführung eines Sachverständigenverfahrens zur Klärung einzelner Umstände des Versicherungsfalles bzw der Entschädigungshöhe vorgesehen⁶, so tritt Fälligkeit nicht vor Durchführung dieses Verfahrens ein (VersE 1301), es sei denn, es wurde darauf verzichtet.⁷ Eine Leistungsklage davor muß mangels Fälligkeit abgewiesen werden.⁸

D. Rechtsprechung zur Fälligkeit

Ließe man die Grundregel des § 11 ausnahmslos gelten, hätte dies zur Folge, daß sowohl Versicherer als auch VN es in der Hand hätten, den Zeitpunkt der Leistungspflicht bzw den Verjährungsfristbeginn zu manipulieren. Daher mußten von Lehre und Rechtsprechung im Wege der Rechtsfortbildung Lösungen gefunden werden, die die Grundregel durchbrechen:

1. Stellt der Versicherer keine oder unnötige oder nicht sachdienliche Erhebungen an oder zieht er die Erhebungen ohne Grund in die Länge, so ist für die Fälligkeit der Zeitpunkt maßgebend, in dem die Erhebungen bei korrektem Vorgehen beendet gewesen wären⁹.
2. Verzögert der VN den Abschluß der Erhebungen und trifft ihn daran ein Verschulden¹⁰, so tritt in gleicher Weise Fälligkeit in dem Zeitpunkt ein, in dem die Erhebungen des Versicherers bei korrektem Vorgehen des VN beendet gewesen wären (VersE 1256).
3. Eine derartige „Verzögerung“ kann vom VN auch dadurch verschuldet werden, daß er eine Schadenmeldung unterläßt (VersR 1991, 869 dt. E.)¹¹. Ohne korrigierende Rechtsprechung könnte in diesen Fällen Verjährung nie eintreten.

In der Haftpflicht- und in der Rechtsschutzversicherung wird diesem Problem noch in anderer Weise begegnet: Es wird unterschieden zwischen dem generellen Anspruch auf Versicherungsschutz und den einzelnen entstehenden Ansprüchen des VN auf Geldersatz. Ist der generelle Versicherungsschutz verjährt, so kann der Versicherer auch die Befreiung von Kostenverbindlichkeiten verweigern (vgl Pkte E. und F.). Der Frage, ob diese „Spaltungstheorie“ auch auf andere Versicherungssparten zur Lösung des Fälligkeitsproblems bei unterlassener Meldung übertragen werden kann, wird hier nicht nachgegangen.

⁶ zB ABS (1971) Art 11 (liegt fast allen Sachversicherungen zugrunde), AUVB (1988) Art 15 (Ärztekommission).

⁷ Dieser Verzicht kann auch konkludent erfolgen, zB wenn der Versicherer ein solches Verfahren nicht verlangt bzw der Versicherer im Deckungsprozeß nicht unverzüglich die Einrede der mangelnden Fälligkeit erhebt, vgl VersE 1400 bzw VersE 1409.

⁸ Vgl Prölss — Martin VVG²⁵ § 64 Rz 3 A mwNw.

⁹ Vgl Prölss — Martin § 11 Rz 2 mwNw. Zu diesem Grundsatz allgemein in Fällen wo Fristbeginn im Willensbereich einer Partei liegt Mader in Schwimann, Praxiskommentar V, § 1478 Rz 7.

¹⁰ Verschulden kann aber nur untechnisch verstanden werden als Sorglosigkeit in eigenen Angelegenheiten, ähnlich dem Mitverschulden der Geschädigten gemäß § 1304 ABGB, vgl Reischauer in Rummel, ABGB II², § 1304 Rz 1. Dieses Verschulden unterscheidet sich aber von der Verletzung einer Anzeigepflicht insofern, als die vertragliche Vereinbarung einer Meldepflicht nicht Voraussetzung und § 6 nicht anzuwenden ist. Mit der Anzeigepflicht wäre nicht das Auslangen zu finden, da der Versicherer nach § 6 Abs 3 bei leichter Fahrlässigkeit niemals leistungsfrei wird und bei grober Fahrlässigkeit sowie nunmehr aufgrund der Novelle auch bei unqualifiziertem Vorsatz nur bei Kausalität. Leistungsfreiheit könnte demnach der Versicherer auch in Fällen mit vorsätzlichem Unterlassen der Meldung verlässlich erst mit Ablauf der absoluten Verjährungsfrist annehmen (vgl Pkt L.)

¹¹ Vgl Prölss — Martin, § 12 Rz 3 mwNw.

4. Weiters wird eine Leistung des Versicherers ohne Rücksicht auf noch nötige Ermittlungen dann fällig, wenn er Leistungen zu Unrecht abgelehnt hat, und zwar mit Zugang des Ablehnungsschreibens beim VN.

In den Fällen zu Pkt 1. tritt zwar Fälligkeit im Sinne von Forderndürfen ein, doch wird der Beginn der Verjährungsfrist nicht zu Lasten des VN vorverlegt. Zu den Pkten 2. und 3. kann von Fälligkeit im eigentlichen Sinne, nämlich von Forderndürfen des VN, nicht die Rede sein. Vielmehr wird zum Nachteil des untätigen VN der Beginn des Verjährungsfristlaufes bereits vor den Eintritt der Fälligkeit gesetzt. Fälligkeit nach Pkt 4. bewirkt Forderndürfen und Fristlauf zur Verjährung. Die Entscheidungen treffen unterschiedlich genau diese Differenzierung. Fälligkeit nach den Pkten 1.1. und 1.4. hat zur Folge: Der VN kann mit Leistungsklage vorgehen, einem Einwand mangelnder Fälligkeit wäre nicht stattzugeben.

Für die Haftpflicht- und die Rechtsschutzversicherung gelten spezielle Fälligkeitsregelungen.

E. Haftpflichtversicherung

Zum Deckungsverhältnis aus der Haftpflichtversicherung wird unterschieden zwischen dem Befreiungsanspruch, wonach der Versicherer den VN von begründeten Ansprüchen zu befreien hat, und dem Rechtsschutzanspruch, der den Versicherer zur Tragung aller gerichtlichen und außergerichtlichen Kosten verpflichtet, die zur Abwehr des behaupteten Anspruches eines Dritten erforderlich sind. Aus beiden Funktionen zusammen resultiert, daß in aller Regel der Versicherer selbst die Abwicklung der Ansprüche im direkten Kontakt mit dem Dritten (bzw dessen Rechtsvertreter) übernimmt. Es ist daher der Ausnahmefall, daß der VN vorleistet und der Versicherer erst nachträglich den VN von der Schadentragung befreit. In diesen Ausnahmefällen spricht man davon, daß der Befreiungsanspruch sich zum Zahlungsanspruch wandelt. Nur zu diesem Zahlungsanspruch trifft § 154 eine gesetzliche Regelung: Der Versicherer hat die Entschädigung binnen 2 Wochen von dem Zeitpunkt an zu leisten, in welchem der Dritte vom VN befriedigt oder der Anspruch des Dritten durch rechtskräftiges Urteil, durch Anerkenntnis oder Vergleich festgestellt worden ist.

Was gilt aber hinsichtlich der Fälligkeit des Befreiungsanspruches vor der (praktisch wenig bedeutsamen) Umwandlung in einen Zahlungsanspruch und zur Fälligkeit des Rechtsschutzanspruches? Der OGH ist dazu in jüngster Zeit im Zusammenhang mit der Verjährungsfrage auf die Linie der deutschen Rechtsprechung und Lehrmeinung eingeschwenkt: Der Befreiungsanspruch und der Rechtsschutzanspruch sind Komponenten eines einheitlichen Deckungsanspruches, der in dem Zeitpunkt entsteht und fällig wird, in dem der VN vom Dritten in Anspruch genommen wird (VersE 1330 und VersR 1992, 1379: einheitlich Verjährung; anders noch VersE 781: getrennte Verjährung für Rechtsschutzanspruch und Befreiungsanspruch)¹³.

Für die Fälligkeit der Ansprüche des VN gegen den Versicherer ist daher weder der Zeitpunkt des Eintrittes des Haftpflichtfalles, noch der der Klärung der Haftpflichtansprüche, noch jener des Abschlusses der Erhebungen ausschlaggebend, sondern die Inanspruchnahme durch den Dritten.

¹² Vgl Prölss — Martin, § 11 Rz 1 mwNw.

¹³ Vgl aber die E des LG Baden-Baden, VersR 1994, 852 zu einem Fall von Erdreichkontaminierung: Ist ein Schaden eingetreten, kann dieser aber noch nicht zugeordnet werden und macht daher ein Dritter Ansprüche gegen den VN noch nicht geltend, so ist der Zeitpunkt entscheidend, zu dem der VN hätte feststellen können, daß der Gewässerschaden mit Sicherheit von seinem Grundstück ausgeht.

F. Rechtsschutzversicherung

Nach der neueren Judikatur tritt Fälligkeit hinsichtlich des Deckungsanspruches aus der Rechtsschutzversicherung ein, wenn sich die Notwendigkeit einer Interessenwahrnehmung für den VN so konkret abzeichnet, daß er mit der Entstehung von Rechtskosten rechnen muß, deretwegen er den Rechtsschutzversicherer in Anspruch nehmen will. Vom generellen Anspruch auf Versicherungsschutz zu unterscheiden sind die im Laufe der Interessenwahrnehmung einzeln entstehenden Ansprüche des VN auf Befreiung von der Kostenschuld oder auf deren Erstattung (VersE 1245).

G. Halbzwingend

§ 15a hatte zu § 11 bisher nur Abs 2 (Anspruch auf Teilleistungen) zugunsten des VN einseitig zwingend gemacht. Nunmehr kann von allen Bestimmungen des § 11 nicht zum Nachteil des VN abgewichen werden. In vielen AVB wurde bisher vorgesehen, daß der Versicherer nicht schon mit dem Abschluß der Erhebungen leisten muß, sondern erst innerhalb einer bestimmten Frist danach, meist 2 Wochen¹⁴. Auf diese Vereinbarung können sich Versicherer nun nicht mehr berufen, auch wenn diese Frist zur ordentlichen Leistungsveranlassung zweckmäßig war.¹⁵

Wesentlich bedeutsamer ist jedoch folgende Frage: Stellt die übliche Vereinbarung, daß Meldungen an den Versicherer schriftlich zu erfolgen haben, eine Abänderung des § 11 zum Nachteil des VN dar?¹⁶ Diese Frage stellt sich in bezug auf die für die Fälligkeit wichtige Meldung eines Schadenfalles (vgl Pkt D.3.), aber auch zu den Willensmitteilungen des VN, die durch den dem Abs 1 angefügten 2. Satz neu eingeführt wurden (vgl Pkt I. u J.) Im Rahmen dieser Abhandlung kann eine Klärung dazu nicht erfolgen. Möglicherweise hat sich diese brisante Frage aufgrund folgender Auffassungen schon bisher gestellt: Zum ersten haben Gerichte schon bisher judiziert, daß mündlich abgegebene Erklärungen trotz Vereinbarung der Schriftform dann rechtswirksam sind, wenn diese nicht wegen des Formmangels unverzüglich zurückgewiesen werden.¹⁷ Schweigen gelte als konkludente Auskunft über die Wirksamkeit der Erklärung. Zum zweiten gibt es hinsichtlich der Erklärungen des Versicherungsnehmers gegenüber dem Versicherungsagenten (in der Folge: Vertreter) die Auffassung, daß das Schriftformerfordernis als Einschränkung der gesetzlichen Vollmachten des Vertreters gemäß §§ 43—46 anzusehen ist. Daraus würde folgen: Ist der VN Verbraucher im Sinne des § 1 KSchG, so resultiert aus § 10 Abs 1 KSchG, daß die Vollmachtsbeschränkung bzw das Schriftformerfordernis nur gilt, wenn dem Verbraucher diese Einschränkung bewußt war. Ist der VN nicht Verbraucher, so gilt die Vollmachtsbeschränkung bzw das Schriftformerfordernis gemäß § 47 VersVG nur, wenn dem VN hinsichtlich seiner Unkenntnis vom Schriftformerfordernis grobe Fahrlässigkeit vorgeworfen werden kann.^{18, 19} Gegen diese die Organisation der Versicherer schwer belastenden Auffassungen

¹⁴ zB ABS (1971) Art 13, AUVB (1988) Art 1473.

¹⁵ Vgl aber *Prölss — Martin* § 11 Rz 3, wo eine angemessene Frist zur Bewirkung der bürotechnischen und Zahlungsvorgänge zugestanden wird (Teil der nötigen Erhebungen?).

¹⁶ Die ist keineswegs auszuschließen, hat doch der Gesetzgeber in der analogen Bestimmung des § 34a es für notwendig befunden, die Möglichkeit zur Vereinbarung der Schriftform *expressis verbis* zu normieren.

¹⁷ Vgl *Prölss — Martin* § 47 Rz 1.

¹⁸ Vgl *Fenyves in Krejci* (Hrsg.), Handbuch zum KSchG, 571.

¹⁹ Dagegen *Prölss — Martin* § 47 Rz 1: „Auf mündliche Anzeige ohne die gesetzliche oder vertraglich vorgesehene Schriftform bezieht § 47 sich nicht.“ Aber auch für die Erklärung gegenüber dem Vertreter soll gelten: „Der Agent muß solche wegen Formmangels unwirksame Erklärungen aber unverzüglich zurückweisen, weil sein Schweigen sonst als konkludente und den Versicherer bindende Auskunft im Sinn von § 43 Anm 7 A d zu bewerten ist (Frankfurt VersR 90, 1103).“

diese die Organisation der Versicherer schwer belastenden Auffassungen ist *Keinert* ausführlich und mE überzeugend aufgetreten: Schriftformklauseln zielen nicht auf Vollmachtsbeschränkungen ab. Sie sind auch nicht diesen gleichzustellen. Der Gesetzgeber selbst trennt klar zwischen beiden und bewertet sie unterschiedlich. Im KSchG wird die Formklausel für Erklärungen von Vertretern des Unternehmers (§ 10 Abs 3) von Beschränkungen einer Vertretervollmacht (§ 10 Abs 1 und 2) deutlich abgesetzt. Weiters wird klar unterschieden zwischen Formbindungen für Erklärungen des Unternehmers einerseits und derjenigen für Erklärungen des Verbrauchers andererseits. Während jene nach § 10 Abs 3 KSchG zum Nachteil des Verbrauchers überhaupt nicht wirksam vereinbart werden kann, steht dem Schriftformvorbehalt für Erklärungen oder Anzeigen, die der Konsument dem Unternehmer gegenüber abzugeben hat, nichts entgegen (e contrario § 6 Abs 1 Z 4 KSchG). Diese Wertung wird durch § 34 a Satz 2 bestärkt: Die Schriftformvereinbarung wird als einzige Ausnahme ausdrücklich anerkannt, mit der von den gesetzlichen Regelungen zu den vorvertraglichen Anzeigepflichten abgegangen werden kann. Darin zeigt sich die verständnisvolle Haltung des Gesetzgebers gegenüber dem starken Bedürfnis der Wirtschaftstreibenden, im Interesse der Deutlichkeit und Verlässlichkeit für Erklärungen, insbesondere Anzeigen des Partners Schriftform zu vereinbaren²⁰. Demnach hat eine Schriftformklausel die Folge, daß der VN für seine Erklärungen die Schriftform zu wahren hat, damit diese rechtswirksam werden können, die Vollmacht des Vertreters jedoch, diese schriftlichen Erklärungen entgegenzunehmen, kann nur unter den Bedingungen des § 10 Abs 1 KSchG bzw § 47 VersVG beschränkt werden. Damit wäre bereits viel an Sicherheit gewonnen.

H. § 11 Abs 1, 2. Satz „Fälligkeit neu“

„Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung des Versicherers verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.“

Vorweg ist festzuhalten, daß die Verpflichtung zur begründeten Auskunft nach der genannten Frist zu begrüßen ist. Es ist doch in Situationen, wo nach 3 Monaten die Erhebungen noch nicht abgeschlossen sind, das Mindeste was erwartet werden darf, daß für die Verzögerung eine begründete Erklärung gegeben wird. Dies war auch bisher in der Praxis schon durchaus üblich. Die Fälle, in denen dies nicht geschehen ist, waren zwar sicherlich nicht zahlreich, dafür um so ärgerlicher.

Ein Großteil der Versicherungsfälle wird ohnehin vor Ablauf der 3 Monate erledigt, allerdings ist die Zahl der langwierigen Erhebungen doch bedeutend und betrifft vielfach hohe Schäden. Die Ursachen für die lange Dauer sind mannigfaltig: Gutachten benötigen wegen ihrer Kompliziertheit (oft geht die Einholung von Kostenvoranschlägen voraus) geraume Zeit, häufig werden die Ergebnisse vom VN nicht uneingeschränkt akzeptiert, so daß Nachtragsstellungen durch den SV benötigt werden; die Beistellung von Krankengeschichten erfolgt durch manche Krankenhäuser mit wesentlichen Verzögerungen; die Vorlage von Belegen durch den VN geschieht mitunter nicht prompt; zur Abrechnung einer Invaliditätsentschädigung ist der Abschluß des Heilungsprozesses bis Erreichung des Endzustandes abzuwarten; besonders Anlaß zur Ungeduld und Verärgerung gibt der Umstand, daß Einblick in behördliche Erhebungsprotokolle meist erst bei Gericht möglich ist,

²⁰ *Keinert*, Vorvertragliche Anzeigepflicht (1983), 80ff.

nicht bei den Sicherheitsbehörden und der Staatsanwaltschaft, mit der Folge monatelanger Stillstände in der Liquidierungstätigkeit; manchmal ist die rechtskräftige Beendigung eines Strafverfahrens abzuwarten, das für die Leistungspflicht des Versicherers entscheidend ist.

Diese Beispiele sollen zeigen, daß vielfach Gründe für die Langwierigkeit der Erhebungen außerhalb der unmittelbaren Sphäre des Versicherers liegen. Freilich treten auch in dessen Bereich Verzögerungen in der Bearbeitung ein. Immer müßte es jedoch möglich sein, die Gründe dafür dem VN mitzuteilen.

Der neu eingeführte 2. Satz statuiert die Fälligkeit für Verstöße gegen die Auskunftspflicht.

Dies löst sofort die Frage aus, ob „Fälligkeit“ im 2. Satz in dem Sinn verstanden wird, der diesem Begriff allgemein beigelegt wird, und ob die allgemein damit verbundenen Rechtsfolgen auch in diesen Fällen eintreten sollen. Resultiert aus der unterlassenen oder verzögerten Auskunft das Forderndürfen des VN und Leistensollen des Versicherers? Gilt dies in jedem Fall, auch dann, wenn ein Versicherungsvertrag nicht (mehr) besteht, das Risiko gar nicht versichert ist, der Versicherungsfall vorsätzlich vom Versicherungsnehmer herbeigeführt worden ist? Wenn ja, mit welchem Betrag: dem vom VN geforderten? Sind auch Nachforderungen des VN möglich? Kann der VN mit Leistungsklage vorgehen? Welche Einwände sind dem Versicherer noch möglich? Beginnt die Verjährungsfrist zu laufen? Mit anderen Worten: Wird das Versäumnis des Versicherers quasi mit einer Anerkennungs-wirkung sanktioniert?

Diese Fragen zu stellen, bedeutet schon die Antwort zu geben: Es ist ausgeschlossen, daß mit dieser Regelung für den Fall der Verletzung der Auskunftspflicht die sofortige Leistungspflicht des Versicherers begründet werden soll. Ursache und Wirkung würden in einem völligen Mißverhältnis stehen.

Eine derartige Pönalisierung der Verletzungen einer vertraglichen Nebenpflicht ist dem gesamten kontinentaleuropäischen Zivilrecht fremd. Es würde eine Vielzahl von Problemen aufgeworfen werden, wofür weder das VersVG noch das allgemeine Zivilrecht Lösungen bereit hielte.

Von Fenyves wird daher auch vorgebracht: „Allerdings muß hervorgehoben werden, daß die Untätigkeit des Versicherers ... nicht etwa ... als Anerkenntnis des Anspruches des VN gilt.“²¹

Was soll nun aber „Fälligkeit“ im 2. Satz bedeuten? Es liegt nahe, daß mit dieser Bestimmung zwar nicht alle, aber doch einige der mit der Fälligkeit allgemein verbundenen Rechtsfolgen an die Verletzung der Auskunftspflicht geknüpft werden sollen. Welche? Der Gesetzestext selbst bietet keinerlei Anhaltspunkte für eine Lösung.

Fenyves bringt dazu folgende Klärung: „Der Versicherer hat also infolge der Nichtbeachtung des Auskunftsverlangens des VN (bzw. fristüberschreitende Verzögerung der Auskunft, eig. Anm) lediglich dann ab Verstreichen eines Monats seit dem Verlangen des VN Verzugszinsen oder allenfalls auch Schadenersatzansprüche zu gewähren, wenn der Anspruch des VN dem Grunde nach und insoweit er der Höhe nach zu Recht besteht.“²² Demnach kann der Versicherer trotz seines Pflichtverstoßes die Ansprüche des VN dem Grunde und der Höhe nach prüfen und muß nicht vor Beendigung der Erhebungen Entschädigungen leisten. Führen die Erhebungen zum Ergebnis, daß der Versicherer keine Geldleistung

²¹ Fenyves, VR 1994, 33 (47.) Der Einschub, die Untätigkeit des Versicherers habe „hier nur Bedeutung für die Fälligkeit der Leistung des Versicherers“ bringt nicht die dringend erforderliche Klärung.

²² aaO 48.

zu erbringen hat, dann ändert auch die Verletzung der Auskunftspflicht nichts an der Leistungsfreiheit. Verzugszinsen fallen mangels Verzugs mit einer Hauptleistung nicht an. Ein zu ersetzender Schaden aus der unterlassenen oder verzögerten Auskunft ist kaum denkbar. Ergeben die Erhebungen die Leistungspflicht des Versicherers, so hat dieser im Falle der Auskunftspflichtverletzung ab dem dem Ablauf der einmonatigen Auskunftsfrist folgenden Tag Verzugszinsen zu zahlen. Die Zinsen sind auf der Basis der jeweils fälligen Hauptleistungsbeträge zu berechnen, gegebenenfalls auch zu Abschlagszahlungen (§ 11 Abs 2), und können gleichzeitig mit diesen verlangt werden. Trifft den Versicherer an der Auskunftspflichtverletzung ein Verschulden, so schuldet er auch Ersatz für einen allfälligen Schaden, der den Zinsbetrag übersteigt. Zu einer Auslegung in dem Sinne, daß diese Rechtsfolgen bezweckt sind, geben auch die EB Anhaltspunkte: „Der Versicherer ist in diesem Fall daher jedenfalls zur Zahlung der Verzugszinsen verpflichtet und hat allenfalls Schadenersatzansprüche wegen verspäteter Zahlung zu gewähren.“²³ Allerdings ist hier die Formulierung „Schadenersatzansprüche wegen verspäteter Zahlung“ irreführend. Die Verletzung der Aufklärungspflicht kann nur zu einer Haftung für jene Schäden führen, die aus der Unterlassung oder Verzögerung der Auskunft hinsichtlich des Erhebungsstandes resultieren („Informationsmangelschaden“). Ein solcher Nachteil ist klar von jenem zu unterscheiden, der aus allenfalls verzögerten oder unterlassenen Erhebungen und daraus folgender verspäteter Zahlung resultiert (Verspätungsschaden). Ein solcher Verspätungsschaden kann etwa bestehen in: Kreditzinsen, Entfall des Skontos, Preissteigerungen etc. Ansprüche auf Ersatz von Verspätungsschäden im Falle der verzögerten Erhebungen hatte der VN schon bisher.²⁴ Die Neuregelung bringt dazu keine Änderung. Beispiele für „Informationsmangelschäden“ sind schon schwerer zu finden. Naheliegender wäre: Entgegen § 66 Abs 2 wird der Versicherer verpflichtet, Kosten eines Rechtsbeistandes des VN zu übernehmen, den dieser infolge mangelnder Auskunft durch den Versicherer beauftragt. Voraussetzungsreich und mit Beweisschwierigkeiten behaftet, aber denkbar wäre folgende konstruierte Argumentation zu einem Schadenersatzanspruch: Hätte der Versicherer die Schwierigkeiten in seinen Erhebungen dem VN mitgeteilt, wäre dieser in der Lage gewesen, die Probleme rascher auszuräumen als der Versicherer und hätten die Erhebungen rascher abgeschlossen und die Versicherungsleistungen früher erbracht werden können; damit wären gewisse Mehraufwendungen vermieden worden.

Ob der VN im Falle der Auskunftsverletzung das Recht haben soll, mit Leistungsklage vorzugehen, ist fraglich. Der Versicherer müßte, um eine Verurteilung ohne meritorische gerichtliche Prüfung zu vermeiden, Einwände gegen die Klagsforderung selbst dann erheben, wenn seine bisherigen Erhebungen keine Gründe dafür ergeben haben.

I. Geldleistungsbegehren

Am Beginn des Fristlaufes muß ein „Begehren nach Geldleistung“ stehen. Wodurch wird dieses Begehren gestellt? Das Melden eines Versicherungsfalles an den Versicherer wird wohl allgemein vom Wunsch des VN motiviert, eine Versicherungsleistung zu erhalten. Ist in jeder Schadenmeldung das Begehren nach Geldleistung bereits enthalten? Den EB ist dazu zu entnehmen: „... die bloße Anzeige des Versicherungsfalles soll jedoch nicht genügen“. Sondern: „... es wäre etwa hinreichend, wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall meldet und den Ersatz seines Schadens verlangt“²⁵. Damit wird klargestellt, daß der Gesetzgeber hinsichtlich Deutlichkeit doch hohe Ansprüche stellt.

²³ Vgl IV, EB 17.

²⁴ Vgl Bruck — Möller, VVG⁸, Anm 27 zu § 11.

²⁵ Vgl IV, EB 17

Trotzdem ist nicht ausgeschlossen, daß auch durch schlüssiges Verhalten das Begehren zum Ausdruck kommen kann. Es wird darauf abzustellen sein, ob der VN nach der Art der Versicherung und des Schadens erwarten durfte, daß aufgrund der von ihm mit der Schadenmeldung gegebenen Information keine Erhebungen mehr nötig seien. Dies ist etwa dann der Fall, wenn eine Kranken- oder Unfallversicherung Taggeld- oder Spitalgeldleistungen umfaßt und der Meldung medizinische Bestätigungen über die Dauer des Krankenstandes bzw des Spitalaufenthaltes beigelegt werden. Das „Erwartendürfen“ ist jedoch objektiv auszulegen. Unzutreffende subjektive Vorstellungen zu „Sofortliquidierungen“ sind nicht zu berücksichtigen. Häufig wird das Begehren nach einer Geldleistung durch die Frage nach dem Stand der Erhebungen verwirklicht werden, zumindest dann, wenn darin die Meinung zum Ausdruck kommt, die Erhebungen müßten schon abgeschlossen sein und der VN erwarte deshalb Geldleistung. Sohin wird vielfach das Begehren identisch sein mit der erstmaligen Anfrage, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten (Auskunftsverlangen).

J. Auskunftsverlangen

Wann liegt ein Verlangen des Versicherungsnehmers nach einer Erklärung des Versicherers vor, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten? Sicherlich bedarf es nicht der Verwendung der Begriffe „Gründe“, „Erhebungen“ und „beenden“. Andererseits wird gewiß nicht jede Unmutsäußerung über die Dauer der Erhebungen genügen. Als Substrat muß einer Äußerung der Wunsch nach sachlicher Information zum Erhebungsstand zu entnehmen sein. Für die zeitliche Abfolge ist entscheidend, daß der VN das Auskunftsverlangen 2 Monate nach Ablauf seines Geldleistungsbegehrens stellt. Die Frist ist gut gewählt. Ein Großteil der Erledigungen sollte bis dahin gelungen sein, so daß durch die Beantwortung von derartigen Fragen die Versicherer nicht zu stark belastet werden. Wie ist es zu beurteilen, wenn der VN sein Verlangen vor Ablauf zweier Monate stellt? Erteilt der Versicherer in diesen Fällen keine Auskunft oder verzögert er diese, so löst dies nicht die oben ausgeführten Rechtsfolgen aus. Erteilt er bereits zu diesem Zeitpunkt die Auskunft, so wird dies nicht den Eintritt dieser Rechtsfolgen hindern, wenn der VN nach Ablauf dieser Frist neuerlich ein Verlangen stellt und der Versicherer diesem nicht entspricht. So ein weiteres, nun fristgerechtes Verlangen wäre etwa auch in der Erinnerung an das vorzeitige Verlangen zu erblicken.

Wie oft und in welchen zeitlichen Abständen kann der VN das Verlangen stellen? Der Gesetzestext und die Materialien geben dazu keine Auskunft, und eine allgemeine Antwort ist kaum möglich. Die Umstände des Einzelfalles werden entscheidend sein. Ist im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall ein Strafverfahren gegen den VN anhängig und erklärt der Versicherer, es sei die rechtskräftige Beendigung des Verfahrens abzuwarten, so wären wohl weitere Anfragen vor Verfahrensbeendigung nicht gerechtfertigt. Erklärt ein Versicherer, ein Gutachten in 2 Wochen zu erwarten, so wäre eine neuerliche Anfrage nach diesem Zeitraum wohl wieder zu beantworten, um die Rechtsfolgen zu vermeiden.

Die Auskunft hat der Versicherer binnen eines Monats ab dem Verlangen des VN zu geben. Auch diese Frist ist gut gewählt. In vielen Fällen wird in diesem Monat eine Beendigung der Erhebungen oder überhaupt eine Erledigung der Ansprüche möglich sein, so daß sich die Auskunft erübrigt.

An die Detaillierung der Auskünfte dürfen keine überhöhten Ansprüche gestellt werden. So ist nicht gefordert, daß alle Eventualitäten hinsichtlich der Erhebungen mitzuteilen sind. Die Auskunft soll es dem VN aber ermöglichen, sich ein Bild vom Stand der Erhebungen und zur Berechtigung weiterer Erhebungsschritte zu machen.

Das Gesetz sieht keine besondere Form der Erklärungen des VN und des Versicherers vor. Die EB betonen, daß jede Form in der Erklärung genügt. (Zur Problematik der Vereinbarung der Schriftform in AVBs wird auf die Ausführungen zu Pkt G. verwiesen.) So genügt zB die unmittelbare Beantwortung einer telefonischen Anfrage des VN. Versicherer und VN tragen die Beweislast für die Tatsache, die Deutlichkeit und den Zeitpunkt ihrer jeweils eigenen Erklärungen. Es wird daher ratsam sein, zumindest genaue Gesprächsnotizen zu verfassen.

Wem gegenüber sind Geldleistungsbegehren, Auskunftsverlangen bzw Auskunft abzugeben? Es handelt sich um Willensmitteilungen bzw Wissensmitteilungen, deren Zugang sich nach der sogenannten „Empfangstheorie“ richtet: Die Erklärung muß in einer Weise in den Machtbereich des Empfängers gelangt sein, daß unter gewöhnlichen Umständen mit einer Kenntnisnahme durch diesen gerechnet werden kann.

Damit der Versicherer die in § 11 Abs 1, 2. Satz genannten Voraussetzungen (Geldleistungsbegehren und Frist) erkennen und korrekte Auskünfte erteilen kann, muß Begehren und Auskunftsverlangen jenen Stellen zugehen, die mit den Erhebungen betraut sind, das sind die Leistungsabteilungen. Nun normiert § 43 Abs 2 jedoch, daß jeder Versicherungsvertreter ermächtigt ist, Anzeigen entgegenzunehmen, welche während der Dauer des Versicherungsverhältnisses zu machen sind. Dazu zählen unzweifelhaft auch die Erklärungen des VN gem § 11. Der Versicherer trägt sohin die Gefahr unterlassener, verspäteter und unkorrekter Weiterleitungen der Erklärungen des VN durch den Vertreter an die Leistungsabteilungen. Zur Vermeidung dieses Risikos könnte der Versicherer die Vollmacht des Vertreters beschränken wollen, was nur in engen Grenzen wirksam sein könnte (vgl Pkt G.): Der Vertreter müßte entsprechende Begehren zurückweisen oder den VN über die Vollmachtseinschränkung aufklären. Das Risiko unterlassener Zurückweisungen bzw Aufklärungen ist kaum geringer als jenes unkorrekter Weiterleitungen. Zusätzlich würde eine Vollmachtseinschränkung den Vertreter in seiner Funktion als Ansprechpartner u,d Auskunftsstelle entwerten. Das Risiko mangelhafter Weiterleitungen verbleibt also beim Versicherer. Zu einer wesentlichen Erhöhung der Sicherheit des Rechtsverkehrs würde die Möglichkeit beitragen, für diese Erklärungen des VN Schriftform vereinbaren zu können (vgl Pkt G.). Zumindest muß das Kommunikationsproblem jedoch in der Auslegung dieser Gesetzesstelle berücksichtigt werden: Geldleistungsbegehren und Auskunftsverlangen müssen hinsichtlich Deutlichkeit und Ernsthaftigkeit so geartet sein, daß der Adressat deren Rechtserheblichkeit erkennen muß. Nur dadurch wird den Interessen der Beteiligten für die Lösung des Zugangsproblems gebührend Rechnung getragen. Denn es liegt auch im Interesse des VN, zum Funktionieren des (Massen-)Geschäftsverkehrs des Versicherers beizutragen, um zur rationellen Abwicklung der Schadenfälle zu gelangen.

Die Auskunft des Versicherers muß entweder dem VN selbst oder dessen dazu bevollmächtigten Interessenvertreter zukommen.

III. Verjährung

§ 12 alt

- (1) *Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in zwei Jahren, bei der Lebensversicherung in fünf Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluß des Jahres, in dem die Leistung verlangt werden kann.*
- (2) *Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen der schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt.*

- (3) *Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb von sechs Monaten gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge schriftlich abgelehnt hat.*

§ 12 **neu**

- (1) *Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung des Versicherers bekannt geworden ist; ist dem Dritten dieses Recht nicht bekannt geworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach zehn Jahren.*
- (2) *Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung derzeit zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach zehn Jahren tritt jedoch die Verjährung ebenfalls ein.*
- (3) *Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb eines Jahres gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch in einer dem Abs 2 entsprechenden Weise sowie unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge abgelehnt hat; sie ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Versicherungsnehmer ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruches gehindert ist, gehemmt.*

K. Beginn des Fristlaufs

Die bisherigen Verjährungsbestimmungen knüpften eindeutig an die Fälligkeit an, indem der Fristbeginn mit Ende des Jahres, in dem die Leistung verlangt werden kann, bestimmt wurde. Die novellierte Fassung enthält keine derartige Bezugnahme mehr auf die Fälligkeit. Es ist jedoch unzweifelhaft, daß für den Beginn der Verjährungsfrist generell die Fälligkeit entscheidend ist, nunmehr unmittelbar ohne Hinausschieben auf das Ende des Fälligkeitsjahres. Der Fälligkeitszeitpunkt für die Verjährungsvorschriften des § 12 wird durch die Bestimmungen des § 11 definiert. Dies zu betonen ist deshalb wichtig, weil aus den Gesetzesmaterialien der Eindruck entsteht, daß der Gesetzgeber zur Novellierung diesen engen Zusammenhang zwischen § 11 und § 12 nicht beabsichtigt hat²⁶. Er erörtert die Fälligkeit nur im Zusammenhang mit § 1478 ABGB²⁷. Damit würde auch verständlich, warum ohne tiefer-schürfende Auseinandersetzung — bloß mit der Begründung, die Frist dem österreichischen Recht anpassen zu wollen — der Fristbeginn in § 12 Abs 1 neu geregelt wurde.

Denn aus diesem neuen Fristbeginn — sofort mit Fälligkeit, ohne Hinausschiebung auf das Ende des Fälligkeitsjahres — resultiert eine bedeutende Zuspitzung folgenden Problems: Die Verjährungsproblematik ergibt sich meistens in Fällen mit Meinungsdivergenzen zwischen VN und Versicherer über die Leistungspflicht dem Grunde nach oder den Umfang

²⁶ Gewiß sind weder § 11 noch § 12 im Mittelpunkt der Interessen der am Gesetzwerdungsprozeß Beteiligten gestanden. Die intensivste Beschäftigung erfolgte mit den Regelungen zur privaten Krankenversicherung, mit den Änderungen zur Lebensversicherung sowie mit den neuen §§ 1 a, 5 b und 39 a.

²⁷ Vgl IV, EB 17, insbesondere die Erläuterungen zum bezugsberechtigten Dritten.

der Versicherungsleistung. In diesen strittigen Fällen ist es nun aber geradezu typisch, daß VN und Versicherer nicht nur verschiedener Auffassung zur Leistungspflicht sind, sondern auch zum Stand der Erhebungen. Denn strittig werden jene Fälle, in denen die Erhebungen des Versicherers nicht so eindeutige Ergebnisse gezeitigt haben, daß Auffassungsunterschiede nicht mehr möglich sind. Aufgrund der fehlenden Eindeutigkeit neigt der Versicherer dazu, die Erhebungen fortsetzen zu wollen, während der VN davon ausgeht, daß solche nicht mehr erforderlich wären, vielmehr alle nötigen Erhebungen schon längst abgeschlossen sein müßten. Kurz: In Fällen mit Meinungsdivergenzen zur Leistungspflicht des Versicherers ist manchmal auch die Fälligkeit, vielfach aber der Fälligkeitszeitpunkt strittig. Dies muß gar nicht auf Einseitigkeit in der Wahrnehmung des Sachverhaltes oder der Auslegung der Beendigungen beruhen. Eine genaue Bestimmung des Fristbeginnes nach dem Kriterium der Erforderlichkeit von Erhebungen ist vielfach objektiv problembehaftet. Denn die Erforderlichkeit ist in einer gerechten Abwägung der Interessen der Gefahrengemeinschaft aller Versicherungsnehmer (Schutz vor unberechtigten Ansprüchen) und jener des Anspruchstellers (Interesse an rascher Zahlung) zu beurteilen, ein Unterfangen, zu dem oft nicht Übereinstimmung erzielt werden kann. Diese Schwierigkeiten zur Klärung des Fälligkeitszeitpunktes haben bisher schon bestanden. Der große Unterschied zwischen alter und neuer Regelung ist jedoch, daß es bisher nur nötig war, Klarheit zu gewinnen, in welchem Kalenderjahr die objektiv nötigen Erhebungen abgeschlossen waren oder bei korrektem Vorgehen beendet gewesen wären. Denn erst mit Ende des betreffenden Kalenderjahres hat die Verjährungsfrist zu laufen begonnen. Nunmehr soll jedoch die Verjährungsfrist sofort mit dem Fälligkeitszeitpunkt beginnen. Zur Klärung der Verjährungsfrage wird also hinkünftig dieser Zeitpunkt wesentlich öfter auf den Tag genau zu ermitteln sein. Dies wird zu größerer Rechtsunsicherheit, zu aus Vorsichtsgründen vorzeitig eingebrachten Klagen und umfangreicheren Beweisaufnahmen im Gerichtsverfahren führen.

Für die Ansprüche eines Dritten wurden eigene Regelungen zum Beginn der Verjährungsfrist geschaffen. Die Frist beginnt zu laufen, sobald dem Dritten sein Recht auf die Leistung des Versicherers bekannt geworden ist. Bisher galt für anspruchsberechtigte Dritte dieselbe Verjährung wie für den VN. Mit der Neuerung sollte die Gefahr der Verfristung trotz Unkenntnis des Berechtigten von seinen Ansprüchen gebannt werden. In den wenigen Fällen, wo der Dritte erst Jahre nach Entstehung des Anspruches von diesem erfährt, kann durch die neue Bestimmung der Zeitpunkt des Fristbeginnes hinausgeschoben werden. In vielen Fällen, wo der Dritte vor Abschluß der nötigen Erhebungen von seinem Anspruch Kenntnis erlangt, beginnt jedoch die Verjährungsfrist für den Dritten früher zu laufen als für den VN.

In der Regierungsvorlage war die Änderung auf bezugsberechtigte Dritte (in der Lebensversicherung und Unfallversicherung) beschränkt. Durch den Justizausschuß erfolgte die Ausweitung auf alle Dritte mit Ansprüchen gegen den Versicherer. Damit werden die Sachverhalts- und Personenkonstellationen wesentlich erweitert, zB auf versicherte Personen in Kollektivversicherungen, Mitversicherte in Familienversicherungen sowie in den Haftpflichtversicherungen und in Rechtsschutzversicherungen, die Versicherungen fremder Interessen in Sachversicherungen, etc. Es ist im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich, die Tragweite dieser Neuregelung für alle Konstellationen zu analysieren. Eine Schwäche dieser Ausweitung ist, daß sie im Verhältnis zwischen VN und versicherter Person manipulative Verlängerungen der Fristen zur Geltendmachung von Ansprüchen dadurch zuläßt, daß der VN (zB Arbeitgeber) die versicherte Person (zB Arbeitnehmer) erst spät auf eine bestehende Versicherung aufmerksam macht und dieser die Zustimmung zur Geltendmachung erteilt (§ 75 Abs 2).

Generell wird unter Kenntnis des Anspruches nicht mehr als Wissen vom Versicherungsfall und vom Bestehen einer Versicherung bedeuten, sicherlich nicht Rechtskenntnis der Voraussetzungen für die Geltendmachung gem §§ 75 und 76. Eine korrigierende Auslegung von „kennen“ dahin, daß Kennenmüssen genüge, wäre sachgerecht. Den anspruchsberechtigten Dritten sollen gewisse Verpflichtungen zur Ausforschung bestehender Versicherungsverträge treffen, zumindest dann, wenn er mitversicherte Person ist und selbst Schaden erlitten hat, also nicht nur Bezugsberechtigter ist.

L. Dauer der Verjährungsfrist

Die Verjährungsfrist nach § 12 Abs 1 dauert nun einheitlich 3 Jahre, der Unterschied zwischen Lebensversicherung und den anderen Versicherungen wurde aufgegeben. Für die Hemmung und die Unterbrechung der Verjährung nach § 12 Abs 1 gelten die Regeln des allgemeinen Zivilrechts, vgl aber Pkt P. zu § 12 Abs 3. Anerkennung des Anspruches und gerichtliche Geltendmachung mit gehöriger Fortsetzung des Verfahrens (§ 1497 ABGB) unterbrechen die Verjährungsfrist, dh sie beginnt neu zu laufen. Vergleichsverhandlungen bewirken zu § 12 Abs 1 eine Ablaufhemmung. Daher ist während der Dauer dieser Verhandlungen der Ablauf der Verjährung nicht möglich, sodaß auch nach ihrem Scheitern die Klage in angemessener Frist noch eingebracht werden kann.²⁸

Es gibt nunmehr auch eine absolute Verjährungsfrist von 10 Jahren. Für den anspruchsberechtigten Dritten normiert dies der letzte Halbsatz im 1. Absatz, für den VN der letzte Satz im 2. Absatz. Mit welchem Datum der Beginn dieser Frist anzusetzen ist, kann dem Gesetz nicht entnommen werden. Der Fälligkeitszeitpunkt nach § 11 kann es nicht sein. Dieser wäre absolut zweckwidrig, denn die absolute Frist soll die Anspruchssituation gerade dann endgültig bereinigen, wenn Erhebungen nicht abgeschlossen wurden. Übereinstimmend mit anderen absoluten Verjährungsfristen²⁹ muß der Lauf dieser Frist — sowohl zu Abs 1 als auch Abs 2 — mit dem Zeitpunkt des Eintrittes des Versicherungsfalles beginnen. Die Fortlaufhemmung nach Abs 2 verlängert die absolute Frist nicht.

M. Fortlaufhemmung § 12 Abs 2

Gemäß § 12 Abs 2 ist der Fortlauf der Verjährungsfrist zu einem angemeldeten Anspruch bis zur schriftlichen Stellungnahme des Versicherers gehemmt. Die Anmeldung des Anspruches liegt in aller Regel in der Schadenmeldung. Zu dieser Hemmung hat sich schon bisher folgende zentrale Frage zum Beginn der Hemmungsfrist gestellt, die weiterhin einer Klärung bedarf: Die Anmeldung erfolgt generell vor Abschluß der Erhebungen (= Fälligkeit = Beginn der Verjährungsfrist), sie löst meist erst diese aus. Im Regelfall hat sohin die Verjährungsfrist weder vor der Anmeldung zu laufen begonnen, noch beginnt sie mit ihr. Die Frage ist daher: Ist auch der Zeitraum zwischen Anmeldung und Fristbeginn zu berücksichtigen oder ist die Hemmungsdauer erst ab Beginn des Fristlaufes (= Abschluß der nötigen Erhebungen) zu berechnen? Kann der Lauf einer Frist während einer Zeit gehemmt werden, in der der Fristlauf noch gar nicht begonnen hatte?

Eine gründliche Auseinandersetzung der Lehre mit dieser Frage fehlt sowohl in Österreich als auch in Deutschland: In *Bruck — Möller* wird dieses Problem nicht thematisiert. Die Ansicht in *Prölss — Martin*, daß es keine Hemmung ohne laufende Frist geben kann, läßt sich nur aus einer kurzen Äußerung erschließen: „Tritt Fälligkeit mit der Stellungnahme, insbes ei-

²⁸ Vgl *Koziol — Welser* I⁹, 189.

²⁹ zB KHVG 1987 § 23 (2) und EKHG § 17 (1).

ner Ablehnung, ein (§ 11 Anm 1), kann § 12 II gegenstandslos sein.³⁰ *Schauer* jedoch schreibt lapidar: „Für die Hemmung kommt es nicht darauf an, ob der Anspruch bei Geltendmachung durch den Versicherungsnehmer bereits fällig war.“³¹ In der österreichischen Rechtsprechung findet dieses Problem keine Erörterung. Zu sämtlichen in der VersE zu § 12 Abs 3 veröffentlichten Entscheidungen stellte sich dieses Problem nicht. Sie sind alle zu Haftpflichtfällen ergangen, wo — wie oben zu Pkt E. ausgeführt — die Fälligkeit und damit der Fristlauf bereits mit dem Zeitpunkt beginnt, in dem der Dritte gegen den VN Ansprüche stellt, also mit einem Datum, das in aller Regel vor der Anmeldung des Anspruches des VN beim Versicherer liegt.³² Eindeutig ist die deutsche Rechtsprechung: „Liegt die Anmeldung des Anspruches iS von § 12 Abs 2 VVG zeitlich vor dem Beginn der Verjährungsfrist, so wird der Zeitraum zwischen Eintritt der Fälligkeit und schriftlicher Entscheidung des Versicherers nicht in die Verjährungsfrist eingerechnet. Für den Zeitraum vor der Fälligkeit kommt eine Hemmung der Verjährung nicht in Betracht.“³³ Diese Auffassung ist der Meinung *Schauers* aus zwei Gründen vorzuziehen: Zum ersten ist eine Fristhemmung ohne Fristlauf begrifflich unsinnig. Sollte vom Gesetzgeber eine Hinzurechnung von Zeiträumen vor Beginn des Fristlaufes gewünscht werden, wäre dies mit einem anderen Konzept zu bewerkstelligen. Zum zweiten wäre es unverständlich, wenn zur gesetzlich vorgesehenen und damit als ausreichend anerkannten Verjährungsfrist von 3 Jahren in praktisch allen Fällen (ausgenommen Haftpflicht- und Rechtsschutzversicherung), sofern sie angemeldet werden, ein weiterer Zeitraum hinzuzurechnen wäre. Schutzbedürfnis besteht nur hinsichtlich der Zeit, um die die Verjährungsfrist wegen des Verhaltens des Versicherers verkürzt werden würde, also jener zwischen Beginn des Fristlaufes (Beendigung der Erhebung) und Stellungnahme des Versicherers.

Damit würde sich aber auch zu § 12 Abs 2 das gleiche Problem wie zu § 12 Abs 1 ergeben: Es wäre der Zeitpunkt, mit dem die nötigen Erhebungen abgeschlossen waren oder bei korrektem Vorgehen abgeschlossen gewesen wären, taggenau zu bestimmen. Nur mit diesem Beginnzeitpunkt ließe sich die Dauer der Fortlaufhemmung berechnen. Dieses Problem stellt sich jedoch aufgrund folgenden Umstandes nicht: Fortlaufhemmung bewirkt zu jenen Fällen, in denen die Verjährungsfrist zu einer Zeit beginnen würde, während der ein Hemmungsgrund andauert, daß der Fristlauf erst mit dessen Wegfall einsetzt. Eine Hemmungsdauer muß daher nicht berechnet werden. Es genügt die Klärung, wann der Hemmungsgrund weggefallen ist. Dieser Zeitpunkt ist hier mit Zugang der begründeten Entscheidung des Versicherers beim VN gegeben.

Sohin gilt: In der Rechtsschutzversicherung³⁴ und Haftpflichtversicherung, wo die Verjährungsfrist vor der Anmeldung beginnt, ist zur Bestimmung des Verjährungszeitpunktes der Zeitraum zwischen Anmeldung des Anspruches und der begründeten Entscheidung des Versicherers der Verjährungsfrist hinzuzurechnen (vgl Pkt E. und F.). Gleiches gilt in jenen Fällen, wo der VN die Schadenmeldung schuldhaft derart lange verzögert, daß bei unverzüglicher Meldung die nötigen Erhebungen zum Zeitpunkt der Anmeldung schon abge-

³⁰ *Pröls — Martin* § 12 Rz 4.

³¹ *Schauer*, Einführung², 151.

³² Dies ist auch der Grund, warum die Berechnung der Hemmungsdauer nach der analogen Bestimmung in § 23 KHVG unproblematisch ist.

³³ *VersR* 1987, 1210.

³⁴ Zur RS-Vers gelten nach den neuen § 158 m und § 158 n weitere Informations- und Entscheidungspflichten, die jedoch keinen direkten Bezug zur Verjährung haben.

geschlossen gewesen wären (vgl Pkt D.2.). In allen übrigen Fällen mit Anspruchsanmeldung beginnt die Verjährung mit Zugang der begründeten Entscheidung des Versicherers beim VN (siehe jedoch die Ausnahme Pkt N. 2. Absatz).

Ein anderes wenig geklärtes Problem ist jedoch durch die Neuregelung hinfällig geworden: Bisher war unklar, ob der Zeitraum der Fortlaufhemmung Einfluß darauf hat, welches Jahr es ist, mit dessen Ende die Verjährungsfrist zu laufen beginnt, oder ob dieses Jahr mit der Beendigung der nötigen Erhebungen bestimmt wird und die Hemmungsdauer nur hinzuzurechnen ist.³⁵

N. Entscheidung des Versicherers

Die Fortlaufhemmung währt bis zur schriftlichen Entscheidung des Versicherers. „Entscheidung“ ist im allgemeinen die abschließende (positive oder negative) Stellungnahme zu Grund und Umfang des Entschädigungsanspruches. Bisher brauchte die Stellungnahme eine Begründung nicht enthalten. Nunmehr muß eine Ablehnung begründet werden. Sie muß sowohl zumindest eine Tatsache als auch zumindest eine rechtliche Bestimmung (gesetzlicher oder vertraglicher Natur) umfassen. Die Begründung ist keinesfalls im Sinne einer Eventualmaxime zu verstehen. Es ist dem Versicherer nicht verwehrt, zu einem späteren Zeitpunkt, etwa im Deckungsprozeß, weitere Gründe oder anstelle des mitgeteilten einen anderen Grund vorzubringen. Liegen nach Ansicht des Versicherers mehrere Gründe vor, warum eine Deckung nicht besteht, so genügt zur Beendigung der Fristhemmung, daß einer der mehreren Gründe angeführt wird.

Von deutschen Gerichten wurde in letzter Zeit eine wichtige Klärung zur hemmungsbeendenden Entscheidung herbeigeführt: Nicht nur die abschließende Entscheidung des Versicherers bewirkt den Wegfall der Fortlaufhemmung, sondern auch die Mitteilung an den VN, daß ihm auf der Grundlage der vorhandenen Unterlagen eine sachliche Prüfung der Berechtigung seiner Ansprüche nicht möglich sei und der VN Entscheidungsgrundlagen vorlegen müsse.³⁶ Diese Judikatur bewirkt, daß bei Untätigkeit des VN Verjährung zu angemeldeten Ansprüchen auch ohne abschließende Entscheidung des Versicherers eintreten kann.

O. 12-Monate-Frist

Die verkürzte Verjährungsfrist, die der Versicherer mit einer qualifizierten Ablehnung setzen kann, beträgt nunmehr 1 Jahr anstelle von 6 Monaten. Folgende Voraussetzungen müssen für die Fristverkürzung erfüllt sein: (1) Schriftlichkeit der Ablehnung, (2) Begründung mit Anführung zumindest einer der Ablehnung derzeit zugrunde gelegten Tatsache und einer gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung (vgl Pkt N.), (3) Fristsetzung, (4) Hinweis auf das Erfordernis gerichtlicher Geltendmachung vermeintlicher Ansprüche sowie (5) Rechtsfolgenbelehrung.³⁷

Die Frist des Abs 3 wird vom Justizausschluß weiterhin als Präklusivfrist betrachtet.³⁸ Sie ist daher nicht nur über Einrede, sondern vom Richter auch amtswegig wahrzunehmen.³⁹

³⁵ Vgl Bruckner — Möller, VVG⁸, Anm 17 zu § 12.

³⁶ VersR 1988, 351 und VersR 1977, 335.

³⁷ Zu den Voraussetzungen (1), (3), (4) und (5) ausführlich Prölls — Martin § 12 Rz 5—9.

³⁸ Vgl IV, JA 7

³⁹ Schauer, Einführung², 154.

P. Fortlaufhemmungen § 12 Abs 3

Der Lauf der 1-Jahres-Frist kann durch zwei Umstände gehemmt werden: Vergleichsverhandlungen sowie unverschuldetes Vorliegen eines Hinderungsgrundes zur gerichtlichen Geltendmachung. Nach der Textierung und der erklärten Absicht des Gesetzgebers handelt es sich in beiden Fällen um Fortlaufhemmungen. Fortlaufhemmung bewirkt, daß die Verjährungsfrist mit Eintritt des Hinderungsgrundes zum Stillstand kommt und mit dessen Wegfall weiterläuft. Der Hemmungszeitraum wird in die Verjährungsfrist nicht eingerechnet, so daß er nach Wegfall des Hindernisses zusätzlich verstreichen muß.

Nach herrschender Lehre und Judikatur bewirken Vergleichsgespräche sonst nur eine Ablaufhemmung, daher wirken zur unverkürzten Verjährungsfrist von 3 Jahren (§ 12 Abs 1) Vergleichsverhandlungen nur ablaufhemmend (vgl Pkt L.).

Für die Klärung der Dauer einer Ablaufhemmung ist nur der Zeitpunkt festzustellen, wann Vergleichsverhandlungen beendet wurden. Für die Klärung hinsichtlich der Fortlaufhemmung muß zusätzlich bestimmt werden, ab welchem Zeitpunkt Gespräche als Vergleichsverhandlungen zu gelten hatten, ob diese — etwa durch längeres Stillschweigen — unterbrochen waren sowie ob und wann sie wieder aufgenommen wurden.

Vergleichsverhandlungen liegen nur vor, wenn der Versicherer zu erkennen gibt, daß er seine Entscheidung nicht aufrecht erhalten will oder wenigstens die Berechtigung der angemeldeten Ansprüche wieder als offen ansieht.⁴⁰ Die Verhandlungen müssen „konkret“ sein, es müssen also wechselseitige Vergleichsvorschläge bestehen⁴¹. Aus der Sicht des Versicherers wird es, wenn er eine Ablaufhemmung (§ 12 Abs 1) oder Fortlaufhemmung (§ 12 Abs 3) vermeiden will, aus Gründen der Klarheit ratsam sein, eine Ablehnung durch ausdrückliche Erklärung aufrecht zu erhalten, wenn er nachträglich bereit ist, weitere Gespräche zu führen, Unterlagen einzuholen, Rückfragen vorzunehmen etc.

Die Novelle hat in den Gesetzestext die Möglichkeit des VN aufgenommen, mangelndes Verschulden an der nicht rechtzeitigen Geltendmachung zu beweisen. Dies bedeutet wohl ein Abgehen von der bisherigen Judikatur.⁴²

IV. Schlußfolgerungen

Mit der Verjährung verfolgt die Rechtsordnung mehrere Zwecke. Erstens soll die allgemeine Rechtssicherheit dadurch gefördert werden. Zweitens beugt die Verjährung all zu großen Beweisschwierigkeiten und damit auch umständlichen Prozessen vor. Schließlich wird in der Verjährung auch ein erzieherisches Mittel zur Vermeidung von Nachlässigkeit in der Rechtsausübung gesehen.⁴³ Alle diese Gründe für die Verjährung treffen auch im Versicherungsvertragsrecht zu. Lange zurückliegende Sachverhalte sind aufgrund inzwischen eingetretener Veränderungen entweder gar nicht oder nur mit übermäßig viel Beweiserhebungsaufwand zu klären, das gilt für die außergerichtlichen Erhebungen ebenso wie für die gerichtlichen. Der Versicherer bedarf der Dispositionsfreiheit. Daher braucht er Sicherheit, wann er Rückstellungen auflösen kann, die er für schwebende Schadenfälle gebildet hat, und er muß wissen, wann er die Aufbewahrung von Beweismitteln und Schadenunterlagen aufgeben kann. Nachlässigkeit in der Rechtsausübung durch den VN und damit Verzögerung in der Klärung kann dazu führen, daß der Versicherer sein Rückgriffsrecht aufgrund der

⁴⁰ Vgl Prölss — Martin, § 12 Rz 4.

⁴¹ Vgl Koziol — Welser I⁹ 189.

⁴² Vgl Schauer, Einführung², 154 FN 536.

⁴³ Vgl. Koziol — Welser I⁹ 185.

Legalzession nach § 67 verliert. Dem gegenüber steht das schutzwürdige Interesse des VN, berechnete Ansprüche nicht bloß durch Zeitlauf zu verlieren. Verjährungsregelungen sollen die Konflikte zwischen Gläubigerinteresse und Schuldnerinteresse sowie zwischen den Zwecken Rechtssicherheit und Einzelfallgerechtigkeit durch Bestimmen des richtigen Maßes lösen.

Aber sowohl zur Rechtsdurchsetzung als auch zur Rechtssicherheit bedarf es in erster Linie der Rechtsklarheit. Nichts widerspricht den Zwecken der Verjährung so sehr, als wenn die Verjährungsregelungen selber eine Quelle von Unsicherheit und von Streitigkeiten sind und allein ihretwegen Prozesse geführt werden. Rechtsklarheit erfordert sowohl Eindeutigkeit in der Terminologie als auch einfache Bestimmbarkeit der Rechtssituation anhand der Regelungen. Das Ziel der Rechtsklarheit haben die Bestimmungen der §§ 11 und 12 von Anfang an nur sehr unvollkommen erreicht. Obwohl die Fälligkeitsregelung in § 11 Abs 1, 1. Satz in ihrem Wortlaut klar ist (*tatsächliche Beendigung der nötigen Erhebungen*), ist die genaue Bestimmung des Fälligkeitszeitpunktes oft sehr schwierig, insbesondere für den VN, der den Fortgang der Erhebungen des Versicherers nicht kennt.

Insbesondere wurde es von jeher als höchst problematisch erkannt, daß diese Bestimmungen eine Manipulation sowohl durch den Versicherer (Verweigerung oder Verzögerung der Erhebungen) als auch durch den VN (Verweigerung oder Verzögerung der Mitwirkung) ermöglicht. Schon früh wurde nach Auslegungen gesucht, die diesem Mißstand abhelfen.⁴⁴ Diese Auslegungen wurden jedoch wegen des klaren Wortlautes der Bestimmungen des § 11 bzw wegen Unpraktikabilität ihrerseits von Lehre und Rechtsprechung nicht übernommen. Im Wege der Rechtsfortbildung wurden jedoch Lösungen gefunden, die die Grundregel bestehen lassen (vgl Pkt D.). Allerdings hängt diesen Lösungen zum Teil der Makel an, daß sie zur leichteren Bestimmbarkeit der Verjährung nicht beitragen. Denn die Bestimmung des hypothetischen Zeitpunktes, wann die nötigen Ermittlungen bei korrektem Vorgehen des Versicherers bzw des VN beendet gewesen wären, ist mit Wertungen verbunden, die oft erst aufgrund einer vollständigen Klärung des Sachverhaltes und einer Auslegung aller anzuwendenden Normen durch ein Gericht getroffen werden können.

Die Novelle hat diese Mängel nicht behoben. Durch die neue Fassung des § 12 Abs 1 muß viel häufiger als bisher zur Bestimmung des Verjährungsfristbeginnes die Fälligkeit taggenau bestimmt werden, was zu einer Zuspitzung des Problems führt. Die Rechtsfolgen, die an die „Fälligkeit neu“ im 2. Satz des § 11 Abs 1 geknüpft sind, lassen sich nur mit großem interpretatorischen Aufwand ergründen. Große Unsicherheit wird daraus folgen, auch unter Juristen, aber insbesondere bei den nicht volljuristisch ausgebildeten Versicherungsreferenten und bei den Kunden, deren Schutz die Novelle dienen soll. Viel klarer wäre es gewesen, die wesentlichen, konkret bezweckten Rechtsfolgen, nämlich die Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen und zum Ersatz eines allfälligen Schadens, ausdrücklich anstelle einer allgemeinen Fälligkeitsbestimmung anzuführen. Eine Verbesserung ist insofern eingetreten, als durch die Einführung einer absoluten Verjährungsfrist Unklarheiten nicht mehr unbegrenzt fort dauern können. Die Verlängerung der Frist in § 12 Abs 3 von 6 Monaten auf ein Jahr sowie die Fortlaufhemmungen dazu, welche miteinander und mit jener des § 12 Abs 2 kumuliert anfallen können, haben zu einer wesentlichen Verbesserung der Position des VN geführt. Jedoch leidet auch die Bestimmbarkeit der Hemmungsfrist nach § 12 Abs 2 an Problemen, die aus § 11 herrühren.

⁴⁴ Vgl. *Schmitt*, Wann beginnt die Verjährung von Versicherungsansprüchen?, *VersR* 1952, 384; *Ehrenzweig*, Wann beginnt die Verjährung von Versicherungsansprüchen?, *VersR* 1953, 124; *Hedemann*, Wann beginnt die Verjährung nach §§ 11 und 12 VVG?, *VersR* 1953, 377.

Es wäre vermessen und es geschähe zur Unzeit, hier unmittelbar nach der Novellierung fertige Alternativregelungen vorstellen zu wollen. Die folgenden Überlegungen zu einer prinzipiell anderen Lösung sind daher als eine Beleuchtung der gegebenen Probleme von einem anderen Standpunkt aus zu verstehen: Die grundsätzlichen Probleme entstehen durch die Verknüpfung des Verjährungsbeginns mit der Fälligkeit nach § 11 Abs 1, 1. Satz. Daher würde eine völlige Trennung zwischen Fälligkeit im Sinne von Forderndürfen einerseits und Beginn der Verjährungsfrist andererseits die Probleme grundlegend beheben.⁴⁵

Dem stünden keine prinzipiellen Hindernisse im Weg.⁴⁶ Die Verjährungsfrist könnte mit Kenntnis des VN bzw Kenntnis des Bezugsberechtigten von seinem Recht auf die Leistung des Versicherers beginnen. (Der Zeitpunkt des Eintrittes des Versicherungsfalles wäre zwar leichter bestimmbar, würde jedoch zu stark zu Lasten des VN gehen, der erst spät vom Versicherungsfall erfährt. Meist werden beide Zeitpunkte identisch sein oder nahe beieinander liegen). Die Kenntnisse sonstiger anspruchsberechtigter Dritter müßten nicht berücksichtigt werden. Der Versicherungsnehmer kann und muß ohnehin die Interessen der versicherten Person wahrnehmen, andernfalls er im Innenverhältnis schadenersatzpflichtig werden kann⁴⁷. Das berechnete Interesse des VN, die volle Verjährungsfrist zur Verfügung zu haben, würde durch die zeitliche Differenz zwischen Verjährungsfristbeginn und Fälligkeitszeitpunkt nicht beeinträchtigt, da ihm dieser Zeitraum durch die Fortlaufhemmung gemäß § 12 Abs 2 hinzugerechnet wird, wenn er den Versicherungsfall unverzüglich nach Kenntnis dem Versicherer anzeigt (Anmeldung der Ansprüche).

Zusammen mit der absoluten Verjährungsfrist würde sich so das typische duale System ergeben, wonach eine kurze Frist, die kenntnisabhängig ist, mit einer längeren Frist, die Kenntnis vom Anspruch nicht voraussetzt, kombiniert wird.

Eine solche Trennung würde nicht nur wesentlich zur Vereinfachung und zur Rechtsklarheit beitragen, sondern zu einer Gleichbehandlung aller Versicherungssparten führen.

⁴⁵ Dazu bedürfte es wohl des Gesetzgebers. Die klare Terminologie der §§ 11 und 12 und das präzise Ineinandergreifen der Begriffe (Verlangenkönnen = Fälligkeit = Beendigung der nötigen Erhebungen = Beginn der Verjährungsfrist) ist so zwingend, daß die Trennung im Wege der Auslegung nicht erreicht werden kann. Daran dürfte auch der Umstand nichts ändern, daß nach der Novelle im § 12 Abs 1 die Wortfolge „die Leistung verlangt werden kann“ fehlt, mit der auf die Fälligkeit Bezug genommen wurde, zumal den Materialien ein Wille des Gesetzgebers, mit diesem Entfall eine Trennung herbeizuführen, nicht entnommen werden kann. *Hedemann* VersR 1953, 377 vertritt die Auffassung, der historische Gesetzgeber zum deutschen VVG 1908 habe die Fälligkeit nach § 11 mit dem Verjährungsfristbeginn nach § 12 gar nicht verknüpfen wollen. Den amtlichen Begründungen zum VVG 1908 dürfte aber doch die Gleichsetzung der Zeitpunkte zu entnehmen sein, vgl Urteil des BGH v 4. 11. 1987, VersR 1987, 1235 (1236).

⁴⁶ Zur Haftpflicht- und zur Rechtsschutzversicherung (vgl Pkte E. u. F.) sowie in den Fällen verzögerter Erhebungen durch den Versicherer bzw fehlender Mitwirkung des VN (vgl Pkte D.1., D.2. und D.3.) ist diese Trennung bereits vollzogen. Auch zu Schadenersatzansprüchen hinsichtlich künftiger Schäden kann die Verjährungsfrist vor Fälligkeit, ja sogar vor ihrem Eintritt beginnen, vgl *Mader in Schwimann*, ABGB V, § 1889 Rz 7. Vor allem jedoch wurde durch die Novelle diese Trennung zu den Ansprüchen berechtigter Dritter bereits in das VersVG eingeführt.

⁴⁷ Vgl *Prölss — Martin* § 76 Rz 1 und § 77 Rz 1 A.

V. Anhang

Im folgenden werden der volle Text der Erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage sowie der des Berichts des Justizausschusses zu den §§ 11, 12 und 15 a wiedergegeben.

Erläuternde Bemerkungen zur Regierungsvorlage

EB Seite 16

Zu § 11:

Nach Abs 1 sind Geldleistungen des Versicherers (erst) mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen fällig. Abs 2 sieht nach Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalls eine Abschlagszahlung des Versicherers vor.

Verzögert sich die Auszahlung der (endgültigen) Leistung des Versicherers für einen längeren Zeitraum, so soll der Versicherungsnehmer zumindest den Anspruch haben, vom Versicherer die dafür maßgeblichen Gründe zu erfahren. Abs 1 wurde daher durch eine entsprechende Auskunftspflicht (genauer: eine Obliegenheit) nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren des Versicherungsnehmers nach einer Geldleistung ergänzt. Eine bestimmte Form für die Mitteilung des Versicherers, etwa die Schriftform, wurde nicht vorgesehen; es genügt also zB die unmittelbare Beantwortung einer telefonischen Anfrage des Versicherungsnehmers (allerdings trägt der Versicherer die Beweislast für die Erfüllung der Auskunftspflicht).

Kommt der Versicherer seiner Obliegenheit zur Information des Versicherungsnehmers nicht binnen eines Monats ab dessen entsprechendem Verlangen nach, so werden seine Geldleistungen

EB Seite 17

unabhängig von den Voraussetzungen des ersten Satzes, also noch vor dem Abschluß der Erhebungen fällig. Der Versicherer ist in diesem Fall daher jedenfalls zur Zahlung von Verzugszinsen verpflichtet und hat allenfalls Schadenersatzansprüche wegen verspäteter Zahlung zu gewärtigen. Verlangt der Versicherungsnehmer vor Ablauf zweier Monate ab seinem Begehren nach einer Geldleistung eine derartige Auskunft des Versicherers, so hat die Verweigerung der Auskunft (oder eine erst nach Verstreichen der Monatsfrist erteilte Auskunft) nicht die sofortige Fälligkeit zur Folge.

Das „Begehren nach einer Geldleistung“ muß nicht unbedingt genau beziffert sein, es wäre etwa hinreichend, wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall meldet und „den Ersatz seines Schadens“ verlangt; die bloße Anzeige des Versicherungsfalls soll jedoch nicht genügen.

Im Abs 3 wurde klargestellt, daß sich die hier angeordnete Hemmung nicht auch auf die beiden Fristen des Abs 1 bezieht. Verzögert der Versicherungsnehmer durch sein Verhalten die Abwicklung des Versicherungsfalls, so hat ihn der Versicherer binnen der — nicht verlängerten — Monatsfrist des Abs 1 darauf hinzuweisen, wenn — was in der Praxis in diesem Fall selten vorkommen wird — der Versicherungsnehmer nach Ablauf zweier Monate (diese Frist wird ebenfalls nicht verlängert) seit seinem Begehren nach einer Geldleistung eine Begründung für die lange Dauer der Erhebungen verlangen sollte.

Zu § 11 a:

(...)

Zu § 12:

Die zwei- bzw. fünfjährige Verjährungsfrist des derzeitigen Abs 1 ist ein Unikum des Versicherungsvertragsrechts, das durch keine sachlichen Gründe gerechtfertigt ist. Die zweijährige Frist bedeutet eine nicht zu rechtfertigende Begünstigung des Versicherers gegenüber der allgemeinen Rechtslage, die fünfjährige Verjährungsfrist bei der Lebensversicherung ist aus der Sicht des Versicherungsnehmers nicht erforderlich. In Hinkunft soll einheitlich die dem österreichischen Zivilrecht eigentümliche (kurze) Verjährungsfrist von drei Jahren gelten (vergleiche etwa die §§ 1480, 1486 bis 1490 ABGB).

Beseitigt wurde auch die Sonderregelung, daß die Verjährung erst mit dem Schluß des Jahres beginnt, in dem die Leistung verlangt werden kann. In Hinkunft soll daher die allgemeine Regelung des § 1478 ABGB gelten, wonach der Lauf der Verjährungsfrist beginnt, sobald das Recht hätte ausgeübt werden können (nach der Judikatur ist auf die objektive Möglichkeit abzustellen, den Anspruch einzuklagen; siehe etwa die bei *Dittrich-Tades*, ABGB³³ [1989] § 1478 E 30 angeführten Entscheidungen).

Ist allerdings ein Dritter bezugsberechtigt, etwa bei der Lebensversicherung, besteht die Gefahr, daß dieser bezugsberechtigte Dritte (vgl § 166) möglicherweise lange Zeit von seiner Berechtigung nichts erfährt und — bei Geltung des § 1478 ABGB — nach relativ kurzer Zeit seinen Anspruch durch Verjährung verliert. Es wurde daher für diesen Fall die Sonderregelung vorgesehen, daß der Fristenlauf erst mit Kenntnis der Bezugsberechtigung beginnt (vgl etwa § 1489 ABGB). Ergänzend dazu wurde eine absolute Verjährungsfrist von zehn Jahren (vgl § 13 PHG) eingezogen, nicht zuletzt um dem Versicherer keine zeitlich unbegrenzte Aufbewahrungspflicht aufzubürden.

In den Abs 2 wurden Mindestanforderungen aufgenommen, denen die schriftliche Entscheidung des Versicherers zu genügen hat, um die dort angeordnete Verjährungshemmung zu beenden. Es

EB Seite 18

sind die der Entscheidung des Versicherers zugrundegelegten Tatsachen anzuführen. Dabei bleibt es dem Versicherer unbenommen, in einem allfälligen Gerichtsverfahren auch noch andere Gründe für seine Verweigerung anzuführen; das Wort „derzeit“ soll ausdrücken, daß § 12 Abs 2 nicht im Sinn einer Eventualmaxime zu verstehen ist, auch nicht alle schon bekannten Tatsachen müssen angeführt werden; wenn zB nach Meinung des Versicherers der Fall unter einen Risikoausschluß fällt und nur dies angeführt wird, die Prämienzahlungen daher gar nicht geprüft werden, ist später noch der Einwand nach §§ 38, 39 zulässig.

Das „zumindest“ deutet an, daß der Hinweis auf die Rechtslage zu einer der Übung entsprechenden Begründung gehört, die Unterlassung eines derartigen Hinweises löst aber noch nicht die hier vorgesehene Rechtsfolge einer mangelhaften Ablehnung aus.

Durch ein Minimum an Begründung soll der Versicherungsnehmer in die Lage versetzt werden, die ablehnende Entscheidung des Versicherers richtig beurteilen und sein weiteres Vorgehen darauf abstimmen zu können. Solange eine hinreichend begründete Ablehnung des Versicherers nicht vorliegt, kann der Anspruch des Versicherungsnehmers nicht verjähren.

Auch der Lauf der Frist des § 12 Abs 3 soll in Hinkunft davon abhängen, daß die Ablehnung des Versicherers hinreichend (dem Abs 2 entsprechend) begründet ist. Weiters wurde die Frist auf ein Jahr verlängert und angeordnet, daß sie — wie die Verjährungsfristen — für die Dauer von Vergleichsgesprächen über den erhobenen Anspruch gehemmt ist; dies unter dem Gesichtspunkt, daß Vergleichsgespräche nicht mit unnötigem Zeitdruck belastet

werden sollen. Schließlich wurde Abs 3 durch einen Ausschluß der Leistungsfreiheit für den Fall ergänzt, daß der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Geltendmachung des Anspruchs ohne sein Verschulden verhindert war. Das mangelnde Verschulden ist jedoch vom Versicherungsnehmer zu beweisen.

Zu § 15a:

Die neuen §§ 1 a, 5 b und 11 a sowie die Änderungen und Ergänzungen der §§ 8 und 11 können die rechtliche Position des Versicherungsnehmers naturgemäß nur dann entscheidend verbessern, wenn sie nicht zu dessen Nachteil abbedungen werden können. Der Katalog einseitig zwingender Bestimmungen in § 15 a wurde daher entsprechend erweitert.

Bericht des Justizausschusses

JA Seite 7

Zu § 12:

1. Im Abs 1 soll abweichend von der Regierungsvorlage anstatt vom „Bezugsberechtigten“ allgemeiner davon gesprochen werden, daß der Anspruch einem Dritten zusteht. Diese Änderung soll dem unzutreffenden Eindruck entgegenwirken, daß die Abweichung beim Fristenlauf nur für den Bezugsberechtigten in der Lebensversicherung gilt, wo dieser Ausdruck speziell verwendet wird (vgl etwa § 166). Die Neuformulierung soll klarstellen, daß der zweite Satz des Abs 1 in all jenen Fällen gilt, in denen die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag einer vom Versicherungsnehmer (also dem Vertragspartner des Versicherers) verschiedenen Person zustehen.

2. Im Abs 2 wurden die Anforderungen an den Inhalt der schriftlichen Entscheidung des Versicherers dadurch erweitert, daß (zumindest) eine der Ablehnung zugrundegelegte rechtliche Bestimmung gesetzlicher oder vertraglicher Natur anzuführen ist. Der Versicherer soll also auch darauf hinweisen, aus welchem rechtlichen Grund er den Anspruch seines Vertragspartners als nicht bestehend erachtet.

Um wirklich völlig klarzustellen, daß die Begründungspflicht des Versicherers nicht im Sinn einer Eventualmaxime zu verstehen ist (vgl die Erläuterungen zur Regierungsvorlage) und daß auch die Anführung einer unrichtigen Bestimmung die Wirkung der Ablehnung nicht beeinträchtigt, wurde Abs 2 so formuliert, daß die Entscheidung durch Anführung *einer* derzeit zugrundegelegten Tatsache und rechtlichen Bestimmung zu begründen ist.

3. Abs 3 letzter Satz wurde in den zweiten Halbsatz des zweiten Satzes eingebaut und im Sinn einer Fortlaufshemmung umformuliert. Die einjährige Präklusivfrist ab Ablehnung des Anspruchs durch den Versicherer soll so lange gehemmt sein, als der Versicherungsnehmer schuldlos an der gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs gehindert war.

JA Seite 8

Zu § 15a:

Hier wurde in die Aufzählung einseitig zwingender Gesetzesbestimmungen der § 5 a aufgenommen. Dieser ist durch das Bundesgesetz, mit dem das Versicherungsvertragsgesetz zur Anpassung an das EWR-Abkommen geändert wird, BGBl Nr 90/1993, in das VersVG eingefügt worden. Bei dieser Novellierung ist § 5 a nicht in den Katalog des § 15 a aufgenommen worden, weil sich nach der Auffassung des Gesetzgebers schon aus dem Wortlaut jener Bestimmung ihre Unabdingbarkeit ergibt. In den Beratungen zur vorliegenden Novellierung des Versicherungsvertragsgesetzes wurden daran aber Zweifel geäußert, so daß eine Klarstellung zweckmäßig erscheint.

RECHTSPRECHUNG

343.

VersVG § 86; SB für die Neuwertversicherung Pkt I: Die Mehrwertsteuer ist als Teil der Wiederbeschaffungskosten zu ersetzen, wenn kein Anspruch auf Vorsteuerabzug oder Erstattung besteht.

Der OGH weist die ao Revision der bekl Partei gegen das Urteil des OLG Graz als BerufungsG (6. 9. 1993, GZ 2 R 110/93) mangels Vorliegens der Voraussetzungen gem § 502 Abs 1 ZPO zurück.

Aus den Entscheidungsgründen:

Bei einer voll gedeckten Neuwertversicherung ist die Mehrwertsteuer dann ein Teil der Wiederbeschaffungskosten, wenn kein Anspruch auf Vorsteuerabzug oder Erstattung besteht, weil sie zur Beschaffung einer gleichwertigen Sache erforderlich ist (vgl *Prölss — Martin*, VVG²⁵ § 86 Anm 2e; *Martin*, Sachversicherungsrecht³ Q III Rz 128). Da die Mehrwertsteuer bei einem nicht vorsteuerabzugsberechtigten Versicherungsnehmer die Schadenssumme erhöht, ist sie, um volle Deckung zu gewährleisten, bei Vertragsabschluß bei Bestimmung des Versicherungs-(Ersatz)wertes durch dessen anteilige Erhöhung mitzuberücksichtigen. Bei Berechnung der Entschädigungssumme bei einem nicht vorsteuerabzugsberechtigten Versicherungsnehmer ist die Mehrwertsteuer in die Berechnungsformel zu gleichen Anteilen sowohl zur Schadenssumme im Divisor, als auch zum Versicherungs-(Ersatz-)Wert im Dividenten dazuzurechnen (vgl *MGA*³ VersVG § 56 Anm 2).

OGH 23. 2. 1994, 7 Ob 1041/93

344.

VersVG § 67 Abs 2; KKB 1986 Art 6; EKB 1986 Art 6: Der Regreßausschluß nach § 67 Abs 2 VersVG kommt auch dem nicht berechtigten Lenker zugute, der mit dem Versicherungsnehmer in häuslicher Gemeinschaft lebt.

Der OGH weist die ao Revision des Fahrzeug-Kaskoversicherers gegen das Urteil des OLG Linz als BerufungsG (6. 7. 1993, GZ 3 R 139/93) mangels Vorliegens der Voraussetzungen des § 502 Abs 1 ZPO zurück.

Aus den Entscheidungsgründen:

Die Ungerechtigkeitsabwägungen der Revisionswerberin zu § 67 Abs 2 VersVG haben im Deckungsprozeß keinen Platz, solange dem Versicherungsnehmer wie hier nichts anzulasten ist, weil dem Versicherungsnehmer das Verschulden des Lenkers nicht zugerechnet werden darf (vgl *Schauer*, Einführung in das österreichische Versicherungsvertragsrecht², 301). Die von der Revisionswerberin angesprochene Ungerechtigkeit zu Lasten des Versicherers kann nicht zu Lasten des Versicherungsnehmers gehen. § 67 Abs 2 VersVG verbietet außer im Fall der vorsätzlichen Zufügung des Schadens den Regreß gegen Familienangehörige, die mit dem Versicherungsnehmer in häuslicher Gemeinschaft wohnen. Der Versicherungszweck soll nicht durch einen Rückgriff illusorisch werden, der wirtschaftlich den Versicherungsnehmer trifft.

Die Bestimmung des § 67 Abs 2 VersVG kommt auch dem nicht berechtigten Lenker zugute (vgl *Petrasch*, Probleme der Kaskoversicherung, ZVR 1979, 321 ff, insb 325). Auch die Besserstellung des Lenkers durch die neuen AFIB ändert nichts am klaren Wortlaut des § 67 Abs 2 VersVG.

OGH 15. 12. 1993, 7 Ob 1035/93

345.

VersVG § 61; ABGB § 1294: Grobe Fahrlässigkeit liegt vor, wenn schon einfachste, naheliegende Überlegungen nicht angestellt und Maßnahmen nicht ergriffen werden, die jedermann einleuchten müssen. Dabei sind auch die Gefährlichkeit der Situation und der Wert des versicherten Gegenstandes zu berücksichtigen. Es ist somit grob fahrlässig, ein offensichtlich teures Kraftfahrzeug in Neapel nicht auf einem bewachten Hotelparkplatz, sondern auf einem unbewachten Platz abzustellen, und zwar auch dann, wenn die vorhandene Diebstahlssicherung eingeschaltet wird.

Der OGH weist die ao Revision der kl Partei gegen das Urteil des LG Innsbruck als BerufungsG (15. 10. 1993, GZ 4 R 233/93) mangels Vorliegens der Voraussetzungen des § 502 Abs 1 ZPO zurück.

Aus den Entscheidungsgründen:

Als Anhaltspunkte, von denen die Beurteilung der groben Fahrlässigkeit im Einzelfall abhängen

kann, kommen die Gefährlichkeit der Situation, die zu einer Sorgfaltsanspannung führen soll, der Wert der gefährdeten Interessen, das Interesse des Handelnden an seiner Vorgangsweise und schließlich die persönlichen Fähigkeiten des Handelnden in Betracht. In diesem Sinn ist für das Versicherungsrecht anerkannt, daß grobe Fahrlässigkeit gegeben ist, wenn schon einfachste, naheliegende Überlegungen nicht angestellt und Maßnahmen nicht ergriffen werden, die jedermann einleuchten müssen (vgl. *Hofmann*, Privatversicherungsrecht² 105; SZ 56/166). Die Gefährlichkeit der Situation und der Wert des Fahrzeuges müssen daher als Beurteilungskriterium berücksichtigt werden.

Zutreffend hat das BerufungsG erkannt, daß es sowohl gerichtsbekannt ist als auch der Lebenserfahrung entspricht, daß im Raum Neapel der Kraftfahrzeugdiebstahl geradezu auf der Tagesordnung steht und daß das kaskoversicherte Fahrzeug des Kl schon von seinem Aussehen und Wert her eine ganz besonders bevorzugte Beute von Dieben sein mußte. Der Kl mußte daher mit großer Wahrscheinlichkeit damit rechnen, daß versucht werden wird, sein Fahrzeug zu stehlen. Daß die von ihm eingeschaltete Diebstahlssicherung keinen ausreichenden Schutz gegen ein Entfernen des Fahrzeuges bietet, wird allein schon durch die Tatsache der ungehinderten Entfernung des Fahrzeugs vom Parkplatz bewiesen. Dem Kl ist daher die Nichtinanspruchnahme des bewachten Parkplatzes hinter dem Hotel und die Verwendung eines unbewachten Parkplatzes in Neapel als Vorwurf der groben Fahrlässigkeit zur Last zu legen. Daß dadurch die Mobilität eines Kraftfahrers eingeschränkt wird, steht außer Zweifel, doch ist zu bedenken, daß die Sicherheitsverhältnisse in Neapel einen hohen Risikofaktor darstellen.

OGH 2. 2. 1994, 7 Ob 1043/93

346.

VersVG § 61; ABGB § 1294: Welcher Grad der Fahrlässigkeit vorliegt, ergibt sich aus einer Gesamtbeurteilung des Verhaltens des Schädigers. Grobe Fahrlässigkeit, wenn mit überhöhter Geschwindigkeit, bei Regen und schlechter Sicht in einem Straßenbereich, der an sich schon die volle Aufmerksamkeit des Lenkers erfordert (hier: Kurve bei Autobahnabfahrt), am Autoradio hantiert wird.

Strittig ist der Regreßanspruch des klagenden Kaskoversicherers gegen den befugten Lenker

des versicherten Fahrzeuges gem § 67 VersVG iVm Art 6 KKB 1986. Grob fahrlässiges Verhalten des Lenkers bildet dafür die Voraussetzung. Während die Unterinstanzen (LG Wels 17. 9. 1993, GZ 6 Cg 252/92, und OLG Linz 15. 12. 1993, GZ 3 R 249/93) von leichter Fahrlässigkeit des Bekl ausgingen und den Regreßanspruch daher verneinten, gab der OGH der ao Revision des Kl Folge.

Aus den Entscheidungsgründen:

Der zugrundeliegende Sachverhalt ist entgegen der Ansicht des Gerichtes zweiter Instanz und der Revisionsbeantwortung durchaus mit den Fällen vergleichbar, die den Entscheidungen 7 Ob 10/93 (VR 1993, 392) und 7 Ob 30/93 (VR 1994, 126) zugrunde lagen. Der Lenker hantierte in beiden Fällen ebenfalls an einem Musikgerät (einmal an einem Kassettenrekorder, einmal am Autoradio) vor dem bzw im Bereich einer Kurve und hielt eine überhöhte Geschwindigkeit ein, wodurch er von der Fahrbahn abkam. In beiden Fällen wurde das Verhalten des Lenkers vom erkennenden Senat des Obersten Gerichtshofs als grob fahrlässig beurteilt.

Auch im vorliegenden Fall liegen dem Bekl mehrere Fehlhandlungen zur Last, die in ihrer Gesamtheit (VersR 1989, 884; VR 1988, 329; VR 1991, 325) den Vorwurf grober Fahrlässigkeit begründen: Der Bekl hantierte am Autoradio im Bereich des Übergangs der Autobahn in die Abfahrt und demnach in einer Situation, die für sich allein schon dem Autolenker besondere Aufmerksamkeit abverlangt. Dazu kommt, daß er die Strecke zum ersten Mal befuhr und die Sicht durch den Regen behindert war. Er mißachtete — sei es auf Grund eines groben Aufmerksamkeitsfehlers oder auf Grund besonderen Leichtsinns — mehrere die nahende Gefahrenstelle und insbesondere die Kurve ankündigende Vorschriftszeichen mit der Geschwindigkeitsbeschränkung auf 50 km/h. Er hielt nicht nur eine die verfügte Geschwindigkeitsbeschränkung beinahe um das Doppelte übersteigende, sondern auch für die gegebenen Straßenverhältnisse zu hohe Fahrgeschwindigkeit ein. Der Bekl hat daher grobe Fahrlässigkeit zu verantworten und ist somit gegenüber der kl Partei regreßpflichtig.

OGH 23. 2. 1994, 7 Ob 10/94

347.

VersVG § 61: Der Beweis der Herbeiführung des Versicherungsfalles unter Alkoholeinfluß gelingt dem Versicherer, wenn

die Alkoholisierung mangels rechtzeitiger Verständigung der Sicherheitsbehörde nicht mehr festgestellt werden konnte, die Umstände des Unfallhergangs jedoch klar darauf hindeuten.

VersVG § 6 Abs 3: Der Versicherungsnehmer hat im Rahmen seiner vertraglichen Aufklärungspflicht nach dem Versicherungsfall auch eine Blutalkoholbestimmung durchführen zu lassen.

Der OGH weist die ao Revision der kl Partei gegen das Urteil des LG für ZRS Wien als BerufungsG (20. 7. 1993, GZ 45 R 230/93) in Ermangelung der Voraussetzungen des § 502 Abs 1 ZPO zurück.

Aus den Entscheidungsgründen:

In der Kaskoversicherung fehlt eine dem § 6 Abs 2 Z 2 AKHB entsprechende Alkoholklausel. Hier führen jedoch § 61 VersVG und hilfsweise wiederum die Verletzung der Aufklärungspflicht in der Regel ebenfalls zur Leistungsfreiheit, weil das Fahren im alkoholbeeinträchtigten Zustand meist als eine grob fahrlässige Herbeiführung des Versicherungsfalles zu werten ist, wenn nämlich nicht besondere Entschuldigungsgründe vorliegen oder das Fehlen der Kausalität nachgewiesen wird. Der Versicherer ist für grobes Verschulden im Sinne des § 61 VersVG beweispflichtig (vgl *Petrasch*, ZVR 1985, 74). Der Beweis ist dem Versicherer dann gelungen, wenn Gasthausbesuche des Versicherungsnehmers unmittelbar vor dem Versicherungsfall feststehen und auch der Unfallhergang auf Alkoholkonsum schließen läßt, aber die Alkoholisierung selbst wegen der Unterlassung der Verständigung der Sicherheitsbehörde nicht mehr festgestellt werden konnte (vgl *Schauer*, Einführung in das österreichische Versicherungsvertragsrecht², 300). Die vom BerufungsG übernommene Feststellung des ErstG, daß der Lenker des Unfallfahrzeuges „alkoholisiert“ war, kann, wie die Vorinstanzen dies selbst so interpretieren, nur dahin verstanden werden, daß sich dieser in einem durch Alkohol derart beeinträchtigten Zustand befunden hat, daß er nicht mehr fahrtüchtig war. Diese sohin eindeutig gelöste Tatfrage kann im Revisionsverfahren nicht mehr überprüft werden. Zutreffend hat das ErstG erkannt, daß der Alkomat-

Test aufgrund einer Entscheidung des VfGH (JBl 1993, 510) nicht mehr als unwiderlegbares Beweisergebnis der Alkoholisierung des Lenkers im Sinne einer *Fahrtüchtigkeit*, sehr wohl aber als ein durchaus verwertbares Beweisergebnis im

Zusammenhang mit anderen Beweisergebnissen anzusehen ist. Damit hat aber die bekl Partei den sie treffenden Beweis, daß der konkrete Verdacht einer Alkoholisierung des Lenkers im Unfallszeitpunkt bestand, erbracht, und es wäre nunmehr Sache des Kl gewesen, den Kausalitätsgegenbeweis anzutreten. Die vom VfGH aufgehobenen Bestimmungen des § 5 Abs 4a und b StVO idF der 13. StVO-Novelle BGBl 1986/105 sahen zwar bei einem Testergebnis von mehr als 0,5 mg/l an Alkoholgehalt in der Atemluft keine zwingende Vorführung des Probanden vor den Polizeiarzt zwecks Bestimmung des Blutalkoholgehaltes vor, jedoch befreit dies den diesem Testergebnis widersprechenden Lenker, der seinen Deckungsanspruch weiterverfolgen will, nicht, von sich aus eine Blutalkoholbestimmung zu veranlassen, widrigenfalls er gegen die ihm obliegende Verpflichtung zur vollständigen Aufklärung verstößt. Die Möglichkeit, sich selbst um eine Blutalkoholbestimmung zu bemühen, mag zwar bei einem gegen den beschuldigten Lenker eingeleiteten Verwaltungsstrafverfahren zufolge der damit verbundenen Schwierigkeiten unzumutbar sein, weil er sich zunächst auf die Schuldlosigkeitsvermutung stützen darf und ihm gegenüber der einschreitenden Strafbehörde der Grundsatz der Waffengleichheit in einem solchen Fall nicht gewährleistet ist. Dies gilt aber dann nicht, wenn aufgrund der sonstigen Beweisergebnisse ein Kausalitätsgegenbeweis anzutreten ist. In einem solchen Fall hat der Lenker im Rahmen seiner Aufklärungsverpflichtung eben mehr zu unternehmen, als zur Abwehr eines staatlichen Strafverfolgungsanspruches, der bei einer zweifelhaften Beweislage immer zu einem Freispruch führt, erforderlich ist. Daß die Einholung einer Blutalkoholbestimmung an dem Fahrzeuglenker am Unfallabend unmöglich gewesen wäre, hat die Kl weder behauptet noch bewiesen, vielmehr hat sich der Lenker offensichtlich in der Absicht, einer solchen Blutalkoholbestimmung zu entgehen, bei erster Gelegenheit aus dem Landeskrankenhaus Mödling entfernt. Der Lenker hat sohin seiner Aufklärungsverpflichtung nicht entsprochen, der kl Partei ist der Kausalitätsgegenbeweis daher nicht gelungen.

OGH 15. 12. 1993, 7 Ob 1040/93

348.

VersVG §§ 1ff; ABGB §§ 914f: Mehrere in einer Bündelversicherung zusammengefaßte Versicherungsverträge können je nach Vertragsgestaltung im Einzelfall ein

gemeinsames oder selbständiges rechtliches Schicksal haben.

ZPO § 502 Abs 1: Keine Rechtsfrage von erheblicher Bedeutung liegt vor, wenn ihre Lösung keine Anhaltspunkte für die zukünftige Beurteilung ähnlicher Fragen erwarten läßt.

Zurückweisung der gegen das Urteil des LG Klagenfurt (13. 8. 1993, GZ 1 R 408/93) als BerufungsG gerichteten Revision in Ermangelung der Voraussetzungen des § 502 Abs 1 ZPO.

Aus den Entscheidungsgründen:

Die Abgrenzung des versicherten Risikos obliegt mangels gesetzlicher Bestimmungen im VersVG der Parteienvereinbarung. Auch über die Zusammenfassung mehrerer versicherter Gefahren bestehen keine gesetzlichen Regelungen. Während in der Praxis bei der kombinierten Versicherung die versicherten Gefahren durch einen einzigen Versicherungsvertrag erfaßt werden, spricht man von einer Bündelversicherung, wenn für die einzelnen Gefahren getrennte Verträge bestehen, die jedoch als einziges „Versicherungsprodukt“ angeboten werden und für die in der Regel auch nur ein Versicherungsschein errichtet wird. Auch für die Bündelversicherung bestehen im VersVG keine besonderen Regelungen. Aus dem Umstand, daß sie mehrere Verträge zusammenfaßt, ergibt sich bereits, daß — mangels besonderer Verabredung — jeder einzelne Vertrag auch ein selbständiges rechtliches Schicksal haben kann (Schauer, Einführung in das österreichische Versicherungsvertragsrecht² 101). Da die Frage, ob einzelne zu einer Bündelversicherung zusammengefaßte Versicherungsverträge ein selbständiges rechtliches Schicksal haben oder nicht, somit nur von der konkreten Vertragsgestaltung im Einzelfall abhängt, liegt hier keine erhebliche Rechtsfrage zur Beurteilung vor (JBl 1986, 192; VR 1988, 99).

OGH 15. 12. 1993, 7 Ob 29/93

349.

AUVB 1982 Art 14 Z 1: Die Frage, ob ein deckungspflichtiger Unfall vorliegt, ist nicht von der nach Art 14 Z 1 AUVB 1982 einzusetzenden Ärztekommision, sondern von den ordentlichen Gerichten zu beurteilen.

ZPO § 228: Kein Feststellungsinteresse, wenn der Leistungsstreit alles einschließt, was auch mit dem Feststellungsbegehren

erreicht werden könnte und wenn über das Leistungsbegehren hinausgehende Forderungen nach menschlichem Ermessen auszuschließen sind (stRsp).

Sachverhalt: Der bei der Bekl nach den AUVB 1982 unfallversicherte Kl begehrt im vorliegenden Verfahren die Feststellung der Deckungspflicht für Invaliditätsschäden aus einem im Mai 1990 erlittenen Unfall (Abhacken eines Fingers beim Zerkleinern eines Knochens). Die Bekl hatte die Zahlung schriftlich unter Berufung auf § 61 VersVG abgelehnt und den Kl über die Rechtsfolgen des § 12 Abs 3 VersVG belehrt. Der Kl bringt vor, der Anspruch sei noch nicht fällig, weil die Ärztekommision gem Art 14 Z 1 AUVB noch nicht einberufen worden sei, sodaß nur Feststellung, nicht aber Leistung begehrt werden könne.

Die Unterinstanzen wiesen das Klagebegehren ab (LG ZRS Graz 26. 2. 1993, GZ 16 Cg 242/91; OLG Graz 16. 7. 1993, GZ 5 R 97/93). Der OGH schließt sich dieser Rechtsansicht an und verwirft die Revision des Kl.

Aus den Entscheidungsgründen:

Die Leistungen aus der Unfallversicherung nach den AUVB 1982 sind in der Regel als Kapitalzahlungen und nur in Ausnahmefällen (vgl Art 11 II. AUVB) als Rente zu erbringen (vgl Schauer, Einführung in das österreichische Versicherungsrecht², 375f). Der Kl begehrt nur Kapitaleistungen, nämlich eine Invaliditätsentschädigung und ein Taggeld. Weder in der Revision noch im vorangegangenen Verfahren wird behauptet, es biete ein Leistungsbegehren nicht all das, was mit dem Feststellungsbegehren angestrebt werde, weil etwa noch Spätschäden zu erwarten seien. Tatsächlich erscheinen auch keine weiteren Ansprüche des Kl als die oben angeführten denkbar.

Nach Art 14 Z 1 der AUVB 1982 entscheidet im Fall von Meinungsverschiedenheiten (nur) über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang der eingetretene Schaden auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheit oder Gebrechen die Ärztekommision. Die Frage dagegen, ob überhaupt ein deckungspflichtiger Unfall vorliegt, ist entsprechend dem Wortlaut der zitierten Versicherungsbedingungen nach Lehre und Rechtsprechung nicht von der Ärztekommision, sondern von den ordentlichen Gerichten zu entscheiden. Soweit ein Versicherungsfall keine Lei-

stungspflicht des Versicherers auslöst, zB wegen schuldhafter Herbeiführung des Versicherungsfalles, wegen Verletzung einer Obliegenheitspflicht oder wegen Nichtzahlung einer Folgeprämie, bleibt kein Raum für die Durchführung des Schiedsverfahrens (SZ 62/102). Hat deshalb die bekl Versicherung den Deckungsanspruch des Kl abgelehnt, „weil es sich um keinen Unfall handle“ und dem Kl unter einem die Belehrung iSd § 12 Abs 3 VersVG erteilt, wäre der Kl im Hinblick auf die Art der von ihm geltend gemachten Ansprüche gehalten gewesen, fristgerecht eine Leistungsklage einzubringen.

Ein besonderes Schadensfeststellungsverfahren iSd § 64 Abs 1 VersVG wurde zwischen den Streitparteien mit der Bestimmung des Art 14 Z 1 AUVB nicht vereinbart (vgl dagegen aber den Entscheidungen SZ 41/104; EvBl 1977/201 um zugrundeliegenden Sachverhalt). Das der Entscheidung 7 Ob 40, 41/89 zugrundeliegende Verfahren ist anders gelagert als das gegenständliche.

Hinsichtlich des Feststellungsinteresses entspricht es der ständigen Rechtsprechung, daß dann, wenn ein Leistungsstreit alles das erbringen kann, was mit dem Feststellungsbegehren erreicht werden könnte, oder wenn über das Leistungsbegehren hinausgehende Forderungen nach menschlichem Ermessen auszuschließen sind, das rechtliche Interesse an der alsbaldigen Feststellung der Deckungspflicht zu verneinen ist. Der Kl wäre daher zur Erhebung einer Leistungsklage verpflichtet gewesen.

OGH 19. 1. 1994, 7 Ob 2/94

350.

ZPO §§ 419, 464: Die Rechtsmittelfrist gegen ein berichtigtes Urteil läuft grundsätzlich ab der Zustellung der berichtigten Ausfertigung. Dies gilt jedoch nicht, wenn der Rechtsmittelwerber auch vor Berichtigung keinen Zweifel über den Inhalt des richterlichen Willens haben konnte (stRsp).

Sachverhalt: Das erstinstanzliche, dem Klagebegehren teilweise stattgegebene Urteil in einem Regreßprozeß nach § 67 VersVG wurde dem Parteienvertreter des Bekl am 27. 4. 1993 zugestellt. Im Spruch waren versehentlich Kläger- und Beklagten-Position vertauscht, aus den Entscheidungsgründen ging jedoch zweifelsfrei hervor, daß der Bekl (und nicht wie im Spruch: der Kl) zur Zahlung verurteilt wurde. Der Bekl erhob am 2. 5. 1993 einen von ihm selbst verfaß-

ten „Einspruch“ gegen das Urteil, in dem er unrichtige Informationen des im Verfahren aufgetretenen Sachverständigen rügte und in Aussicht stellte, daß auch sein Parteienvertreter „Einspruch“ erheben werde. Über Antrag der Kl wurde das fehlerhafte Urteil gem § 419 ZPO berichtigt, der Berichtigungsbeschluß ging den Parteien am 1. 7. 1993 zu. Mit dem nunmehr bekämpften Beschluß wies das BerufungsG (OLG Wien, 22. 11. 1993, GZ 11 R 201/93) die am 9. 9. 1993 zur Post gegebene Berufung des Bekl als verspätet zurück. Der OGH teilte die Ansicht des BerufungsG.

Aus den Entscheidungsgründen:

Gemäß § 419 Abs 1 ZPO kann das Gericht, das das Urteil gefällt hat, jederzeit Schreib- und Rechenfehler oder andere offenbare Unrichtigkeiten im Urteil oder dessen Ausfertigungen oder Abweichungen der Ausfertigung von der gefällten Entscheidung berichtigen. Der Irrtum muß sich aus dem gesamten Zusammenhang für das Gericht und die Parteien ohne weiteres ergeben, so daß schon nach dem Inhalt der Entscheidung offenkundig ist, daß das, was ausgesprochen wurde, dem Willen des Gerichtes zur Zeit der Fällung der Entscheidung nicht entsprochen hat. Im Gesetz fehlt eine Regelung, welche Wirkungen die Berichtigung eines Urteils auf den Lauf der Rechtsmittelfristen hat. Im Spruch 8 neu (SZ 2/145) wurde die Ansicht vertreten, daß im Fall einer Urteilsberichtigung die Rechtsmittelfristen erst durch die Zustellung der berichtigten Urteilsausfertigung in Gang gesetzt werden. Dieser Grundsatz wurde jedoch in der Folge dahin eingeschränkt, daß die Entscheidungsberichtigung dann *keinen* neuen Fristenlauf auslöse, wenn der Rechtsmittelwerber auch ohne die Berichtigung keinen Zweifel über den wirklichen Inhalt des richterlichen Willens haben konnte und die Berichtigung zu dessen Klärung nichts beitragen kann (SZ 27/219 uva, zuletzt 7 Ob 609/93 vom 15. 12. 1993). Dies war hier der Fall. Zwar hat das ErstG den Urteilspruch in einem wesentlichen Teil, nämlich durch die Richtigstellung der vertauschten Parteirollen, im ersten Absatz des Spruches berichtigt, doch konnte aus den folgenden Absätzen des Spruches im Zusammenhang mit den Entscheidungsgründen kein Zweifel darüber bestehen, daß eine Berichtigung keinen weiteren als den im Berichtigungsbeschluß vom 26. 6. 1993 zum Ausdruck kommenden Inhalt haben konnte, weil klar war, daß das ErstG dem Klagebegehren im ausgesprochenen Umfang stattgeben wollte.

Für den durch das Urteil beschwerten Bekl konnte keine Unklarheit über den Willen des Erstrichters und den wirklichen Inhalt der in der Folge berichtigten Entscheidung bestehen. Dies geht auch aus der persönlich verfaßten Eingabe des Bekl vom 2. 5. 1993 hervor. Diese stellt aber nur eine Ankündigung einer Berufung dar und war, da der Bekl darin darlegte, durch seinen Vertreter eine Berufung verfassen zu lassen, nicht zur Verbesserung durch Anwaltsfertigung zurückzustellen. Die erst 4 Wochen nach Zustellung des Berichtigungsbeschlusses vom Beklagtenvertreter erhobene Berufung war daher als verspätet zurückzuweisen.

OGH 23. 2. 1994, 7 Ob 35/93

351.

AKHB 1985 § 7 Abs 2 Z 1; VersVG § 6 Abs 2; EKHG § 6 Abs 1, Abs 3: Eine Schwarzfahrt liegt vor, wenn der Halter der Fahrt weder ausdrücklich noch konkludent zugestimmt hat. Ob eine schlüssige Fahrerlaubnis erteilt wurde, ist nach den Umständen des Einzelfalles zu beurteilen; es kommt hierbei insbesondere darauf an, ob der Halter nach seiner Persönlichkeit und seinen Beziehungen zum Benutzer der Fahrt zugestimmt hätte, wäre er vorher befragt worden.

Die Leistungspflicht des Versicherers wird grundsätzlich nicht berührt, wenn der Versicherungsnehmer einen länger andauernden Zustand schafft, der Gelegenheit zu Schwarzfahrten bietet.

Versicherungsschutz besteht auch dann, wenn der Halter nach § 6 Abs 1 2. Satz EKHG für die Folgen einer Schwarzfahrt einzustehen hat. Nur vorsätzliche Ermöglichung der Schwarzfahrt führt zu Leistungsfreiheit.

Sachverhalt: Der Bekl wollte das bei der KI haftpflichtversicherte Fahrzeug verkaufen und überließ es samt den Schlüsseln seinem bei einer Tankstelle beschäftigten Bekannten R. N., der Interessenten suchen sollte. Dem Bekl war bekannt, daß N. die Lenkerberechtigung entzogen worden war. Es war nie die Rede davon, daß N. das Fahrzeug selbst benutzen dürfe, die Übergabe der Schlüssel sollte Probefahrten Kaufwilliger ermöglichen. In der Folge verschuldete N. mit dem Kfz einen Unfall. Die KI begehrt wegen Verstoßes gegen die Führerscheinklausel Regreß für ihre Leistungen an den dabei geschädigten Dritten.

Beide Unterinstanzen gaben der Klage statt (LG für ZRS Wien 17. 3. 1993, GZ 4 Cg 741/91; OLG Wien 23. 8. 1993, GZ 16 R 144/93). Die Revision des Bekl wurde zugelassen, weil die Untergerichte der Rechtsprechung des OGH zu Schwarzfahrten widersprachen, sie wurde als berechtigt erkannt.

Aus den Entscheidungsgründen: Nach der Bestimmung des § 7 Abs 2 Z 1 AKHB 1985 (und nach der gleichlautenden Bestimmung der jeweils vorangehenden und nachfolgenden AKHB) bleibt die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung gegenüber dem Versicherungsnehmer und den mitversicherten Personen trotz Fehlens der Lenkerberechtigung des Fahrzeuglenkers bestehen, wenn diese ohne Verschulden annehmen konnte, daß der Lenker die Lenkerberechtigung besitzt oder wenn der Lenker das Fahrzeug ohne Willen des Halters gelenkt hat.

Bei der Beurteilung, ob eine sogenannte Schwarzfahrt vorliegt, kommt es auf die ausdrückliche oder stillschweigende Erlaubnis des Verfügungsberechtigten an. Ob eine konkludente Zustimmung vorliegt, ist nach den Umständen des Einzelfalles zu beurteilen. Dabei ist maßgebend, ob der Halter nach seiner Persönlichkeit, nach seinen Beziehungen zum Benutzer und dergleichen der Fahrt zugestimmt hätte, wäre er vorher befragt worden (ZVR 1980/242 mwN; vgl auch *Pröls — Martin*, VVG²⁵ 1409ff).

Nach den vom BerufungsG übernommenen Feststellungen des ErstG übergab der Bekl den Pkw und den Fahrzeugschlüssel an N. ausschließlich zum Zweck des Verkaufs und zu dem damit unmittelbar zusammenhängenden Zweck, daß Interessenten Probefahrten durchführen können. Der vom ErstG verwendeten Formulierung, daß die Frage, ob N. selbst mit dem Fahrzeug fahren könne oder nicht, kein Thema des Gesprächs gewesen sei, läßt sich nicht unterstellen, der Bekl hätte N. auch die eigene Benützung des Pkw gestattet. Dies ist umso unwahrscheinlicher, als der Bekl ja wußte, daß und warum N. keinen Führerschein besaß. Der Wille des Bekl war nach den erstgerichtlichen Feststellungen vielmehr ausschließlich darauf gerichtet, daß N. Kaufinteressenten auftreiben und den Pkw zu diesem Zweck in Verwahrung nehmen sollte. Dieser Wille kam auch gegenüber N. eindeutig zum Ausdruck. Daran vermag der Umstand nichts zu ändern, daß das ErstG die Behauptung des Bekl, er habe N. ausdrücklich untersagt, mit dem Pkw zu fahren, nicht als erwiesen annahm. Auch ohne ein derartiges ausdrückliches Verbot war klarge-

stellt, daß der Zweck der Überlassung nicht darin lag, daß N. selbst mit dem Pkw Fahrten unternehmen könne. Es besteht daher kein Zweifel, daß N., als er den Pkw in Bewegung setzte, nicht berechtigter Fahrer war.

Gemäß § 6 Abs 1 EKHG haftet der Schwarzfahrer anstelle des Halters für den Ersatz des Schadens, den er verursacht hat. Ein Ausschluß der Haftung des Halters tritt aber nicht ein, wenn die Benützung des Fahrzeugs durch sein Verschulden ermöglicht wurde. Diese Bestimmung betrifft aber nur die Haftung des Halters gegenüber dem geschädigten Dritten, nicht jedoch die Deckungspflicht des Versicherers gegenüber dem Versicherungsnehmer. Das Haftpflichtversicherungsverhältnis wird auch dadurch nicht berührt,

daß der Versicherungsnehmer einen längere Zeit andauernden Zustand schafft, der die Benützung des versicherten Kraftfahrzeugs zu Schwarzfahrten ermöglicht (ZVR 1967/352 = SZ 42/78). Ein Ausschluß der Leistungspflicht des Versicherers käme nur nach § 152 VersVG in Betracht, wenn der Versicherte den Schaden vorsätzlich herbeigeführt hätte. Im vorliegenden Fall kann jedoch nicht unterstellt werden, daß die Tatsache, welche den Schaden herbeiführte, nämlich die Schwarzfahrt, vom Bekl vorsätzlich ermöglicht worden wäre (vgl EvBl 1968/108). Die dem Bekl zum Vorwurf gemachte Obliegenheitsverletzung liegt daher nicht vor, sodaß ihm gegenüber kein Regreßanspruch des Versicherers besteht.

OGH 23. 3. 1994, 7 Ob 13/94

ZEITSCHRIFTENSPIEGEL

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 nweiter**, 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.

Franz Kronsteiner, **Die Rechtsschutzversicherung im VersVG**, eolex 1994, 525: Die lange Zeit hindurch nur in den ARB geregelte Rechtsschutzversicherung hat nunmehr Eingang in das VersVG gefunden. 1993 wurden im Zuge der durch den EWR-Vertrag notwendig gewordenen Umsetzung einschlägiger EU-Richtlinien erste gesetzliche Vorschriften eingeführt, die

sich mit dem Inhalt des Versicherungsscheines, der Anwaltswahl und dem Schiedsgutachterverfahren befaßten. Diese bereits seit 1. 1. 1994 in Kraft befindlichen Regelungen wurden in der großen VersVG-Novelle 1994 um weitere ergänzt, die ab 1. 1. 1995 (auch für Altverträge) verbindlich sein werden und vornehmlich Informationspflichten des Versicherers festlegen (etwa: Aufklärung des VN über dessen nach Versicherungsfall einzuhaltende Obliegenheiten; Stellungnahme zum Deckungsanspruch). Hier wird der Inhalt sämtlicher Gesetzesbestimmungen zur Rechtsschutzversicherung dargelegt.

Robert-Joachim Wussow, **Umfang und Grenzen der Regulierungsvollmacht des Versicherers in der Haftpflichtversicherung**, VersR 1994, 1014: Der Haftpflichtversicherer gilt nach diversen AVB-Bestimmungen als bevollmächtigt, alle ihm zur Beilegung oder Abwehr des geltend gemachten Schadenersatzanspruchs als zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen des VN, also mit bindender Wirkung direkt für diesen, abzugeben (vgl nur Art 8 Z 2 AHVB 1986). Daß dies dem VN nicht unbedingt stets passen muß, liegt auf der Hand, namentlich dann, wenn etwa der Versicherer über seine Deckungspflichten hinausgehende Vergleichsabkommen trifft, durch die der VN verpflichtet wird. Besonders problematisch erscheint, daß der Versicherer einerseits die Interessen seines Vertragspartners gegenüber dem

geschädigten Dritten wahrzunehmen hat, andererseits aber auch seine eigenen Interessen nicht aus den Augen verlieren wird. Angesichts dieses Widerstreits stellt sich die Frage nach den Grenzen der Regulierungsvollmacht, die hier anhand mehrerer praktischer Fallkonstellationen ausgelotet werden.

Markus Gehrlein, **Wirksamkeitsmängel von Schiedsgutachten**, VersR 1994, 1009: Schiedsgutachten sollen das Einschreiten des Richters ersparen, ein Zweck, den sie freilich nur dann zu erfüllen vermögen, wenn sie keine tiefgreifenden Mängel aufweisen. Unter welchen Voraussetzungen liegt aber, um mit dem Gesetz zu sprechen, eine „offenbare Unrichtigkeit“ (§ 64 Abs 1 VersVG) des Gutachtens vor, ab welchem Grad von Fehlerhaftigkeit verliert ein Schiedsgutachten seine Verbindlichkeit?

Jörg Flatten, **Die Arzthaftpflichtversicherung**, VersR 1994, 1019: Vermeintlich oder tragischerweise tatsächlich durch ärztliche Mißgriffe geschädigte Patienten erweisen sich als immer wehrhafter, weshalb die Bedeutung der Arzthaftpflichtversicherung in den letzten Jahrzehnten stark angewachsen ist. Der Beitrag widmet sich dieser Sparte aus deutscher Sicht. Er enthält zum einen eine rechtliche und wirtschaftliche Bestandsaufnahme anhand von Versicherungsbedingungen, Judikaturbelegen und konkreten Zahlen, zum zweiten gibt er einen Ausblick auf erwartungsgemäße und auf wünschenswerte Entwicklungen der Haftpflichtversicherung für Mediziner.

Zeitschrift für Sport und Recht (SpuRt): Ein neues Publikationsorgan bereichert die weite Landschaft deutscher juristischer Fachzeitschriften. Ihr Titel läßt ihr Programm erahnen: die rechtlichen Facetten des Sports, worunter insbesondere auch Aufsätze sowie Entscheidungen zu haftungs- und versicherungsrechtlichen Themen fallen. Die bei C. H. Beck verlegte Zeitschrift erscheint im Zweimonatsrhythmus.

Francis Loheac, **Der Binnenmarkt für Versicherungen: Chancen, Grenzen und Perspektiven**, VW 1994, 1116: Grenzenlose

Marktöffnung, freier Wettbewerb, „Deregulierung“ ts Chance auf der einen, verschärfte Ellbogentechnik bei der Verdrängung der Konkurrenz und Verwirrung der potentiellen Kundschaft angesichts des kaum überblickbaren Angebots als Bedrohung auf der anderen Seite: Zwischen diesen beiden Polen, zwischen Euphorie und Beklemmung, verläuft der Weg zum Binnenmarkt im Versicherungswesen. Im vorliegenden Beitrag wird die Entwicklung seiner rechtlichen Rahmenbedingungen über die letzten zwanzig Jahre bis zur jüngsten, dritten Richtliniengeneration überblicksweise nachgezeichnet, es wird über erste praktische Schwierigkeiten berichtet und eine vorsichtige Prognose über die wirtschaftlichen Auswirkungen und das Gedeihen des Binnenmarktes gewagt.

Ulf Lemor, **Die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Kraftfahrtversicherung nach der Deregulierung**, VW 1994, 1133: So wie die österreichische (vgl dazu Baran VR 1994, 161), wurde jüngst auch die deutsche Kfz-Haftpflichtversicherung „EU-konform“ umgestaltet. Der Autor informiert über den Inhalt des seit 29. Juli in Kraft befindlichen neuen Pflichtversicherungsgesetzes.

Wolfgang Brodil, **Arzthaftung und Dienstnehmerhaftpflichtgesetz**, RdM 1994, 50 und 78: Brodil befaßt sich im ersten Teil seines Beitrages mit den rechtlichen Grundlagen der Arzthaftung, angefangen von Fragen der Kausalität bis hin zu solchen der Rechtswidrigkeit und des Verschuldens im Einzelfall. Der zweite Teil ist den Besonderheiten des den Bestimmungen des DHG unterliegenden Rückgriffs zwischen Dienstgeber und behandelndem Arzt gewidmet (wobei das DHG nicht nur für Ärzte gilt, die ihre Leistung aufgrund eines Dienstverhältnisses zum Spitalsträger erbringen, sondern auch für „Kassenärzte“ als arbeitnehmerähnliche Personen). Hier werden vor allem die nach dem Grad des Verschuldens gestaffelten Regreßbeschränkungen des DHG angesprochen, darunter auch die nicht nur im Rahmen der Arzthaftung oft schwer zu entscheidende Wertungsfrage, wann eine „entschuldbare Fehlleistung“ vorliegt, die dem Rückersatzanspruch entgegensteht.

BÜCHERSPIEGEL

Versicherungsmakler und deregulierte Versicherungsmärkte von Eckhard H. *Bossemann*, Bd 6 der Veröffentlichungen des Seminars für Versicherungslehre der Universität Frankfurt am Main, Verlag Versicherungswirtschaft eV, Karlsruhe 1994, XIX und 274 Seiten, DM 37,—.

Deregulierung bringt Produktvielfalt. Das schafft Informationsprobleme. Die vorliegende Frankfurter Dissertation greift diese auch aus Verbraucherschutzpolitischen Gründen relevante Problematik auf und untersucht, ob und inwieweit Versicherungsmakler den Informationsbedarf in den Griff bekommen können. Zugleich wird eine ökonomische Analyse der Tätigkeit des Versicherungsmaklers versucht. So werden erstmals in umfassender Weise die Marktfunktionen des Versicherungsmaklers aus ökonomischer Perspektive betrachtet.

Die Aufgaben der Unternehmensberatung bei der Gestaltung von Führungskultur. Dargestellt am Beispiel des Vertriebs eines Versicherungsunternehmens von Martina *Müller*, Bd 30 der Beiträge zu wirtschaftswissenschaftlichen Problemen der Versicherung, Verlag Versicherungswirtschaft eV, Karlsruhe 1994, XI und 193 Seiten, DM 35,—.

Ziel der Gestaltung von „Führungskultur“ mit Hilfe der Unternehmensberatung ist es, gemeinsam mit den Führungskräften und für sie eine klare und verbindliche Zukunfts-, Werte- und Handlungsorientierung zu entwickeln, welche diese in der täglichen Arbeit unterstützen soll. Die Autorin erarbeitet hierfür ein an den Beratungsaufgaben orientiertes Konzept am Beispiel des Vertriebs eines Versicherungsunternehmens.

Marktsegmentierung im Privatkundengeschäft von Versicherungsunternehmen von Hajo *Müller*, Heft 5 der Berliner Reihe, Verlag Versicherungswirtschaft eV, Karlsruhe 1994, XX und 302 Seiten, DM 62,—.

Marktsegmentspezifische Absatzpolitik ist effektiver als undifferenzierte. Die Marketingforschung bietet eine informelle Basis für einen marktsegmentspezifischen Einsatz der Absatzpolitik. Die Arbeit diskutiert für die Marketinginstrumente Prämien-, Produkt-, Distributions-, Kommunikations- und Servicepolitik Möglichkeiten für eine zielgruppenspezifische Gestaltung.

Dabei wird auf bestehende empirische Untersuchungen zurückgegriffen. Hauptsächlich analysiert die vorliegende Arbeit unterschiedliche Variable zur Bildung von Marktsegmenten und prüft ihre Eignung für einen spezifischen Einsatz der Absatzpolitik.

Versicherungsumfang, Versicherungspreis und Moralisches Risiko im Kapitalmarktzusammenhang von Dr. Helmut *Gründl*, Bd 1 der Passauer Reihe, Verlag Versicherungswirtschaft eV, Karlsruhe 1994, XIV und 251 Seiten, DM 48,—.

Der Autor untersucht vorerst in einem kapitalmarkttheoretischen Modellrahmen die Nachfrage nach und das Angebot an Versicherungsschutz der privaten Haushalte. Sodann setzt er sich mit dem Problem des „moralischen Risikos“ — also der Verhaltensänderung des Versicherungsnehmers nach Vertragsschluß — im Kapitalmarktgleichgewicht auseinander. Komplizierte Formeln lassen das Buch nur für den einschlägigen Fachmann verständlich sein.

Die dreiseitigen Verträge nach § 115 SGB V von Susanne *Schlichtner-Wicker*, Heft 20 der Münsteraner Reihe, Verlag Versicherungswirtschaft eV, Karlsruhe 1994, LI und 434 Seiten, DM 48,—.

Die widerstreitenden Interessen von Versicherten, Ärzten und Kostenträgern miteinander in Einklang zu bringen, war primäres Ziel des dt Gesundheitsreformgesetzes (SGB V). Gegenstand der vorliegenden Arbeit sind die unter der Überschrift „Dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Kassenärzten“ in § 115 SGB V normierten Regelungen. Die vorliegende Arbeit befaßt sich mit dem sensiblen und sowohl rechts- als auch gesundheitspolitisch brisanten Bereich der Verzahnung von Ambulanz und stationären Leistungen in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht.

GESCHÄFTSNACHRICHTEN

Salzburger Landes-Versicherung AG: 10,9 Prozent mehr Prämien in der Schaden- und Unfallversicherung

Die Salzburger Landes-Versicherung AG betreibt die Schaden- und Unfallversicherung sowie die Lebensversicherung. Der Schwerpunkt der Geschäftstätigkeit liegt im Bereich der direkten Schaden- und Unfallversicherung, die nach einer Zunahme um 10,9 Prozent im Jahr 1993 Prämieinnahmen von 631,85 Mio. S brachte.

Die Prämiensteigerung um 62,04 Mio. S kam in erster Linie mit 43,60 Mio. S bei den HUK-Sparten einschließlich der Rechtsschutzversicherung zustande. Auf die Kraftfahrzeug-Versicherungen entfielen 32,73 Mio. S, davon allein auf die KFZ-Fahrzeugversicherung 16,77 Mio. S. Der Zuwachs in den Elementarsparten fiel mit 18,44 Mio. S kleiner aus und blieb auch unter dem vergleichbaren Wert des Vorjahres.

Die Aufwendungen für Versicherungsfälle im direkten Geschäft erhöhten sich um 13,44 Prozent auf 420,36 Mio. S. Die Steigerung um 49,82 Mio. S ergab sich aus zwei unterschiedlichen Bewegungen: Einer Verbesserung des Schadenverlaufes im Elementarbereich stand eine markante Verschlechterung der HUK-Sparten mit Mehrleistungen von 56,46 Mio. S gegenüber. Auf die Sparte KFZ-Fahrzeug entfielen allein 19,99 Mio. S, auf die Allgemeine Haftpflicht-Versicherung 20,16 Mio. S.

Die Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb blieben mit 183,16 Mio. S unter dem Vergleichswert des Vorjahres.

Das versicherungstechnische Ergebnis in der Schaden- und Unfallversicherung hat sich gegenüber dem Vorjahr verbessert. Teilweise ist das negative Ergebnis auf die Auflösung des Fehlbetrages von 10,77 Mio. S aus 1992 zu den Pensionsrückstellungen im Sinne des Rechnungslegungsgesetzes zurückzuführen. Die ursprünglich vorgesehene Verteilung des Fehlbetrages auf achtzehn Jahre wurde vorweggenommen.

Das Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit in der Schaden- und Unfallversicherung — einschließlich der nur in kleinem Umfang betriebenen Rückversicherung — belief sich 1993 auf 31,44 Mio. S gegenüber 25,67 Mio. S im Vorjahr.

Der Überschuß der Erträge aus Kapitalanlagen abzüglich der Auf-

Kenndaten 1993 in Schaden und Unfall (in Mio. S):

Gewährleistungsmittel:	707
Eigenmit. (inkl. unverst. Rückl.)	262
Techn. Rückstellungen	314
Nichtversicherungstechn. Rückstlg.	131
Kapitalanlagen:	637
Kenndaten:	
Prämien im Selbstbehalt (in % der Bruttoprämie)	58
Kapitalanlagen: Bruttoleistungen in %	157
Kapitalanlagen: Gewährleistungsmittel in %	90

Salzburger Landes-Versicherung-AG

Schaden- und Unfallversicherung	1992	1993
Erfolgsdaten:		
Abgegrenzte Prämien	581	641
Versicherungsleistungen	447	406
— Zahlungen für Versicherungsleistungen	355	388
— Dot. d. Rückst. f. schwebende Fälle	92	19
Versicherungsbetrieb	183	183
Sonstige Aufwendungen (abzgl. sonst. Erträge)	13	20
Aufwand	643	610
Abrg. mit Rückversicherern	55	-35
— Prämien an Rückv. (abgegr.)	215	270
— Leistungen	254	215
— Provisionen, Gewinnanteile	16	20
Vermögenserträge (abzgl. Aufwand)	48	53
Verändg. d. techn. Rückstlg.	2	3
Verändg. d. Schwankungsrückstlg.	16	14
Prämienrückerstattung	0	0
Ergebnis der gew. Geschäftstätigkeit	26	31
Prämien im Selbstbehalt	366	371
Leistungen im Selbstbehalt	193	192
(Beträge in Mio. S)		

wendungen betrug 52,78 Mio. S gegenüber 47,65 Mio. S im Vorjahr. Trotz der 1993 einsetzenden Abwärtsbewegung der Zinsen betrug die durchschnittliche Bruttorendite der Kapitalanlagen 8,4 Prozent.

Im fünften vollen Geschäftsjahr expandierte die Lebensversicherung weiter. Die abgegrenzten direkten Prämien expandierten um 25,7 Prozent auf 41,32 Mio. S. Die Versicherungssumme erhöhte sich von 1,12 auf 1,23 Mrd. S.

Die Salzburger Landes-Versicherung verwaltete zum Jahresende 1993 insgesamt Kapitalanlagen in der Höhe von 731,69 Mio. S — gegenüber 636,86 Mio. S Ende 1992.

Zum Jahresende 1993 verfügte die Gesellschaft über Eigenmittel in der Höhe von 264,18 Mio. S, womit das gesetzliche Erfordernis von 206,13 Mio. S deutlich übertroffen wurde. Auf das Grundkapital von 54 Mio. S wurde eine Dividende von 10+5 Prozent in der Höhe von 8,1 Mio. S ausgeschüttet.

BV-ARAG steigerte das Prämienaufkommen 1993 um mehr als 11 Prozent

Die BV-ARAG Allgemeine Rechtsschutz-Versicherungs-AG betreibt nur das direkte Schaden- und Unfallversicherungsgeschäft, wobei man sich fast ausschließlich auf die Rechtsschutzversicherung beschränkt.

Die Gesellschaft ist vor allem im Privatkundengeschäft tätig. Versichert werden überwiegend Kombinationen im Privat-, Berufs- und Fahrzeug-Bereich sowie Verkehrs-Risiken, letztere auch im Rahmen der Verkehrs-Service-Versicherung.

Die abgegrenzte Prämie erreichte im Geschäftsjahr 1993 264,9 Mio. S, womit der Vergleichswert des Vorjahres von 238,3 Mio. S um 11,1 Prozent überschritten wurde.

Die Aufwendungen für Versicherungsfälle — Schadenzahlungen, Veränderung der Schadenrückstellung und der Regreßforderungen sowie Aufwendungen für Schadenregulierung — stiegen 1993 von 130,4 Mio. S auf 132,5 Mio. S brutto. Diese Zunahme liegt deutlich unter der Steigerung des Prämienaufkommens.

Die Aufwendungen für den Versicherungsabschluß und die sonstigen Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb haben sich gegenüber dem Vorjahr von 98,4 Mio. S auf 110,4 Mio. S erhöht. Vor allem die Aufwendungen für den Versicherungsabschluß sind gestiegen.

Die Rückversicherungsprämien erhöhten sich parallel zur Entwicklung des Bruttoaufkommens um 11,2 Prozent von 99,5 auf 110,6 Mio. S. Die Rückversicherungsleistungen — einschließlich der Rückstellungen für schwebende Fälle — stiegen von 58,4 Mio. S um 7,2 Prozent auf 62,6 Mio. S. Die Vergütungen nahmen von 29,8 auf 32,0 Mio. S zu.

Die Erträge aus Kapitalanlagen und die Zinserträge erreichten 38,0 Mio. S gegenüber 37,2 Mio. S im Vorjahr. Die Aufwendungen für Kapitalanlagen beliefen sich auf 1,0 Mio. S, 1992 waren es 1,5 Mio. S.

Die Kapitalanlagen der Gesellschaft ohne Einrechnung der Bankguthaben konnten 1993 von 416,8 Mio. S um 9,2 Prozent auf 454,9 Mio. S gesteigert werden. Die Wertpapiere, die überwiegend festverzinsliche Werte umfassen, werden nach dem strengen Niederstwertprinzip bewertet. Die Darlehensforderungen in der Höhe von 61,8 Mio. S betreffen Bundesdarlehen.

Die versicherungstechnischen Rückstellungen wurden von 389,1 Mio. S Ende 1992 um 9,7 Prozent auf 426,8 Mio. S Ende 1993 erhöht. Die Rückstellung für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle wurde von 158,3 Mio. S auf 168,4 Mio. S angehoben.

Das Grundkapital der BV-ARAG betrug am Bilanzstichtag 1993 50 Mio. S, wovon 45 Mio. S eingezahlt waren. Das Geschäftsjahr 1993 brachte einen Jahresüberschuß von 14,95 Mio. S. Nach Dotierung der Rücklagen verblieb ein Bilanzgewinn von 11,32 Mio. S. 10 Mio. S wurden an die Aktionäre ausgeschüttet.

Die Gesellschaft erwartet auch für 1994 ein positives Ergebnis, muß allerdings einen Anstieg der Schadensaufwendungen zur Kenntnis nehmen.

BV-ARAG Allgemeine Rechtsschutz-Versicherungs-AG

	1992	1993
Erfolgsdaten:		
Abgegrenzte Prämien	238	265
Versicherungsleistungen	118	118
— Zahlungen für Versicherungsleistungen	107	108
— Dot. d. Rückst. f. schwebende Fälle (nto)	12	10
Versicherungsbetrieb	98	110
Sonstige Aufwendungen (abzgl. sonst. Erträge)	7	8
Aufwand	224	237
Abrg. mit Rückversicherern	-24	-30
— Prämien an Rückv. (abgegr.)	99	111
— Leistungen	46	48
— Provisionen, Gewinnanteile	30	32
Vermögenserträge (abzgl. Aufwand)	36	37
Verändg. d. techn. Rückstlg.	0	0
Verändg. d. Schwankungsrückstlg.	11	11
Prämienrückerstattung	0	0
Ergebnis der gew. Geschäftstätigkeit	16	23
Prämien im Selbstbehalt	139	154
Leistungen im Selbstbehalt	72	70
Gewährleistungsmittel:	337	382
Eigenmit. (inkl. unverst. Rückl.)	73	85
Techn. Rückstellungen	230	253
Nichtversicherungstechn. Rückstlg.	33	44
Kapitalanlagen:	417	455
Kenndaten:		
Prämien im Selbstbehalt (in % der Bruttoprämie)	58	58
Kapitalanlagen: Bruttoleistungen in %	353	385
Kapitalanlagen: Gewährleistungsmittel in %	124	119

(Beträge in Mio. S, Rundungen ergeben Differenzen)

Österreichische Hagelversicherung mit extrem hohen Schäden im Jahr 1993

Das Jahr 1993 brachte für die Österreichische Hagelversicherung mit einer Schadensquote von 118,79 Prozent ohne Erhebungskosten und 123,54 Prozent mit Erhebungskosten ein extrem schlechtes Ergebnis. Seit der Gründung des Unternehmens im Jahr 1947 gab es nur in drei Jahren ungünstigere Werte — 1955 mit 125 Prozent, 1957 mit 121 Prozent und 1984 mit 151 Prozent. Allerdings darf nicht übersehen werden, daß allein innerhalb der letzten vier Jahre in drei Jahren — 1990, 1991 und 1993 — ein negativer Schadensverlauf zu verzeichnen war.

Von den 2.393 Gemeinden in Österreich waren 1993 1.286 von Hagelschäden betroffen. Insgesamt wurden 56 Hageltage registriert. Sturmschäden traten an 29 Tagen auf.

Die Entwicklung der Hagelversicherung spiegelt die Veränderungen in der Agrarstruktur wider. Die Abwanderung aus der Landwirtschaft hält an. Die Zahl der Berufstätigen in diesem Bereich ist 1992/93 um 4,9 Prozent auf 202.000 gesunken. 1993 wurden nur mehr 78.000 Betriebe im Vollerwerb geführt. Das Volumen der bäuerlichen Investitionen hat sich 1993 um etwa 2 Mrd. S verringert. Die Anbauflächen der einzelnen Getreidearten waren in den meisten Fällen rückläufig oder gleichbleibend. Im Rahmen der Grünbracheaktion wurden 57.300 Hektar aus der Produktion genommen. Außerdem legte man 6.600 Hektar Weingartenfläche still. Die Uruguay-Runde des GATT und die neue Agrarpolitik der EU unterstützen diese Entwicklung.

Eingebettet in diese Entwicklung hat die Österreichische Hagelversicherung im Jahr 1993 einen Rückgang des Geschäftsvolumens hinnehmen müssen. Die Versicherungssumme ist von 14.134 Mio. S um 0,04 Prozent auf 14.129 Mio. S zurückgegangen. Die Zehntelprämie — Prämie nach dem Bonus-Malus-System ohne Nebengebühren — ist um 4,48 Prozent von 448,93 auf 428,81 Mio. S gesunken. Die Anzahl der Verträge ist um 1,83 Prozent von 87.686 auf 86.082 zurückgegangen. Prämienzuwächse gab es in Wien mit 4,11 Prozent und in Tirol mit 1,86 Prozent. In der Steiermark sind die Prämieinnahmen um 7,81 Prozent, in Kärnten um 6,30 Prozent, in den anderen Bundesländern im Durchschnitt um 2,70 Prozent gesunken.

Kenndaten 1993 (in Mio. S):

Gewährleistungsmittel:	382
Eigenmit. (inkl. unverst. Rückl.)	85
Techn. Rückstellungen	253
Nichtversicherungstechn. Rückstlg.	44

Kapitalanlagen:	455
-----------------	-----

1993 haben der Bund und die Länder Zuschüsse zur Verbilligung der Hagelversicherungsprämie für die Bauern von	
Kenndaten:	
Prämien im Selbstbehalt (in % der Bruttoprämie)	65
Kapitalanl.: Bruttoleistungen in %	81
Kapitalanl.: Gewährleistungsmittel in %	119

71,85 Mio. S bezahlt, 19,10 Mio. S kamen vom Bund, 52,75 Mio. S von den Ländern. Man ist um eine Erhöhung der Hagelversicherungsförderung bemüht.

1993 wurden 19.829 Schäden gemeldet, gegenüber 9.066 im Jahr 1992. Bei der Erledigung mußten 31.763 Schadenerhebungen durchgeführt werden. Die in der Erfolgsrechnung ausgewiesenen Zahlungen für Versicherungsfälle betragen 561,24 Mio. S gegenüber 238,71 Mio. S im Vorjahr.

Die Kapitalanlagen haben sich ohne laufende Bankguthaben von 820,72 auf 862,97 Mio. S erhöht, unter Einschluß der liquiden Mittel von 914,29 auf 890,78 Mio. S verringert. Die für das Hagelgeschäft spezifische Verlustrücklage blieb mit 724,2 Mio. S unverändert, die sonstigen versicherungstechnischen Rückstellungen erhöhten sich von 32,5 Mio. S auf 42,8 Mio. S.

Das versicherungstechnische Ergebnis schloß mit einem Abgang in der Höhe von 67,25 Mio. S, nachdem 1992 ein Überschuß von 65,87 Mio. S erwirtschaftet werden konnte. Durch die Kapitalerträge wurde auch im schwierigen Jahr 1993 ein Jahresüberschuß von 7,8 Mio. S erzielt. Der vergleichbare Wert des Vorjahres hatte allerdings 122,99 Mio. S betragen.

	1992	1993
Erfolgsdaten:		
Abgegrenzte Prämien	523	499
Versicherungsleistungen	239	562
— Zahlungen für Versicherungsleistungen	239	561
— Dot. d. Rückst. f. schwebende Fälle (nto)	0	1
Versicherungsbetrieb	111	100
Sonst. Aufwendg. (abzgl. sonst. Erträge)	7	7
Aufwand	357	667
Abrg. mit Rückversicherern	-71	110
— Prämien an Rückv. (abgegr.)	183	175
— Leistungen	74	262
— Provisionen, Gewinnanteile	38	23
Vermögenserträge (abzgl. Aufwand)	68	77
Verändg. d. techn. Rückstlg.	0	6
Verändg. d. Verlustrücklage	0	0
Prämienrückerstattung	30	5
Ergebnis der gew. Geschäftstätigkeit	133	8
Prämien im Selbstbehalt	340	324
Leistungen im Selbstbehalt	165	300

Interunfall peilt 8-Mrd.-S-Prämienvolumen an

Die INTERUNFALL Versicherung AG hat im Geschäftsjahr 1993 das Prämienaufkommen um 9,61 Prozent auf 7.431,7 Mio. S unter Wahrung der Grundsätze der Unternehmenspolitik — Ausgewogenheit der Risiken und Verbesserung der Portfeuillestruktur — gesteigert. Auf das direkte Geschäft entfielen 7.287,8 Mio. S, auf das indirekte 143,9 Mio. S. An Rückversicherer abgegeben wurden 1.248,1 Mio. S, sodaß im Eigenbehalt 6.183,6 Mio. S verblieben. Die Eigenbehalts-Prämie übertraf den vergleichbaren Vorjahreswert um 9,60 Prozent, womit die Entwicklung parallel zur Bruttoprämie verlief.

Unter Berücksichtigung der Prämienabgrenzung ergab sich ein Prämienaufkommen von 7.322,8 Mio. S, das den vergleichbaren Vorjahreswert von 6.746,7 Mio. S um 8,54 Prozent übertraf. In der Schaden- und Unfallversicherung beliefen sich die Einnahmen auf 5.563,6 Mio. S, um 6,47 Prozent mehr als 1992 mit 5.225,4 Mio. S. Auf die Krankenversicherung entfielen 349,5 Mio. S, womit der Vergleichswert 1992 von 320,50 Mio. S um 9,05 Prozent übertroffen wurde. Das Aufkommen der Lebensversicherung erreichte 1.409,7 Mio. S. Gegenüber dem Vorjahresvolumen von 1.200,9 Mio. S konnte eine kräftige Ausweitung um 17,39 Prozent erzielt werden.

Die Gesellschaft verwaltete zum Bilanzstichtag im direkten Geschäft 2.348.868 Verträge, um 40.930 mehr als 1992. Auf die Schaden- und Unfallversicherung entfielen 1.888.713, um 21.131 mehr als im vorangegangenen Jahr, auf die Krankenversicherung 130.392, um 1.824 mehr, und auf die Lebensversicherung 329.763, womit eine Steigerung um 17.975 Polizzen erreicht wurde.

Die gesamten Aufwendungen für Versicherungsfälle beliefen sich auf 5.117,3 Mio. S. Somit wurde der Vergleichswert 1992 in der Höhe von 4.738,3 Mio. S um 8,00 Prozent übertroffen. In den Beträgen sind die Auszahlungen und die Veränderungen der Rückstellung für noch nicht abgewickelte Fälle berücksichtigt. In der Schaden- und Unfallversicherung waren 4.219,4 Mio. S erforderlich, um 5,68 Prozent mehr als 1992 mit 3.992,7 Mio. S, in der Krankenversicherung 187,8 Mio. S, um 10,67 Prozent mehr als 1992 mit 169,7 Mio. S, in der Lebensversicherung 710,07 Mio. S, womit der Vergleichswert 1992 von 575,93 Mio. S um 23,29 Prozent überschritten wurde.

Im Geschäftsjahr 1993 erreichte die Zahl der gemeldeten Versicherungsfälle insgesamt 316.510 (1992: 298.277). Auf Schaden und Unfall entfielen 287.153 (1992: 270.455), auf die Krankenversicherung 23.120 (1992: 22.539) und auf die Lebenssparte 6.237 (1992: 5.283).

Vor Abzug der Rückversicherungsprovisionen und Gewinnanteile aus Rückversicherungsabgaben beliefen sich die Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb 1993 auf 1.993,1 Mio. S (1992: 1.887,7 Mio. S). Auf Aufwendungen für den Versicherungsabschluß entfielen 1.554,2 Mio. S (1992: 1.449,4 Mio. S) und auf die sonstigen Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb 438,94 Mio. S (1992: 438,27 Mio. S). Die Aufwendungen umfassen Provisionen sowie Sach- und Personalkosten. Bezogen auf die verrechneten Gesamtprämien betrug die Brutto-Kostenbelastung 26,82 Prozent, womit der Vergleichswert des Vorjahres von 27,84 Prozent unterschritten wurde. Zum Bilanzstichtag beschäftigte die Interunfall 2.749 Mitarbeiter (1992: 2.748), wovon 1.748 (1992:

1.698) in der Geschäftsaufbringung und 1.001 (1.050) in der Verwaltung tätig waren. Die Daten zeigen den weiteren Ausbau der Beratungs- und Verkaufsorganisation. Die Verringerung der Belegschaft in der Verwaltung ist unter anderem auf die Übersiedlung von Mitarbeitern in das gemeinsam mit der EA-Generali betriebene Rechenzentrum zurückzuführen.

Das versicherungstechnische Ergebnis des gesamten Unternehmens schloß 1993 mit einem Abgang von 239,57 Mio. S. Die Kapitalerträge führten allerdings zu einem positiven Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit von 349,56 Mio. S. Nach Abzug der Steuern vom Einkommen und vom Ertrag verblieb ein Jahresüberschuß von 281,37 Mio. S. Nach der Dotierung der Rücklagen ermöglichte der Jahresreingewinn einschließlich des Gewinnvortrags die Zahlung einer Dividende von 15 Prozent und eines Bonus von 5 Prozent, für die 60 Mio. S erforderlich waren. Zum Vergleich: 1992 hatte der Jahresüberschuß nach Steuern 354,94 Mio. S betragen.

Zum Jahresende 1993 verfügte die Interunfall AG über Kapitalanlagen von 17.552,8 Mio. S, um 10,9 Prozent mehr als 1992 mit 15.827,2 Mio. S. Die größte Position entfiel mit 6,9 Mrd. S auf festverzinsliche Wertpapiere, an zweiter Stelle rangierten die Darlehen mit 6,8 Mrd. S, 1,6 Mrd. S waren

in Grundstücke und Bauten investiert, 1,4 Mrd. S in Aktien und andere, nicht festverzinsliche Wertpapiere. Zur Bedeckung der Deckungserfordernisse in der Unfall-, Kranken- und Lebensversicherung waren 10,6 Mrd. S für den Deckungsstock gebunden.

Die gesamten Gewährleistungsmittel der Gesellschaft erhöhten sich 1993 um 11,16 Prozent auf 17.948,1 Mio. S. Die technischen Rückstellungen beliefen sich auf

Schaden- und Unfallversicherung — 1993:

Erfolgsdaten (in Mio. S):	
Abgegrenzte Prämien	5.564
Versicherungsleistungen	4.086
— Zahlungen für Vers.-Leistg.	3.809
— Rückst. f. schweb. Fälle (nto)	276
Versicherungsbetrieb	1.624
Sonst. Aufw. (abzgl. sonst. Erträge)	69
Aufwand	5.779
Abrg. mit Rückversicherern	-84
— Prämien an Rückv. (abgegr.)	1.114
— Leistungen	1.007
— Provisionen, Gewinnanteile	23
Vermögenserträge (abzgl. Aufwand)	601
Verändg. d. techn. Rückst.	16
Verändg. d. Schwankungsrückstf.	12
Prämienrückerstattung (nto)	19
Ergebnis der gew. Geschäftstätigkeit	255
Prämien im Selbstbehalt	4.449
Leistungen im Selbstbehalt	3.079
Gewährleistungsmittel:	7.973
Eigenmit. (inkl. unverst. Rückl.)	1.544
Techn. Rückstellungen	5.411
Nichtverst.-techn. Rückstlg.	1.019
Kapitalanlagen:	7.268
Kenndaten:	
Prämien im Selbstbehalt	80
(in % der Bruttoprämie)	
Kapitalanl. : Bruttoleist. in %	178
Kapitalanl. : Gewährleistgmit. in %	91

15.277,7 Mio. S und waren damit um 10,87 Prozent höher als Ende 1992. Die Eigenmittel erreichten 1.927,7 Mio. S und lagen somit um 12,98 Prozent über dem vergleichbaren Vorjahreswert von 1.706,3 Mio. S.

In der Lebensversicherung belief sich zum Jahresende 1993 das gesamte versicherte Kapital auf 34,46 Mrd. S, gegenüber 31,72 Mrd. S im Vorjahr. Auf Er- und Ablebensversicherungen entfielen 26,83 Mrd. S, auf Risikoversicherungen 7,54 Mrd. S und auf Renten 96,37 Mio. S. Die Gewinnrückstellung erreichte 2,52 Mrd. S, gegenüber 2,19 Mrd. S 1992.

In den ersten drei Quartalen 1994 konnte die Interunfall die Prämieinnahmen um 13 Prozent gegenüber dem Vergleichszeitraum des Vorjahres steigern. Die Einnahmen erhöhten sich um 732,6 Mio. S auf 6,36 Mrd. S, sodaß für heuer die Überschreitung der 8-Mrd.-S-Marke realistisch erscheint.

Aufgrund des anhaltenden Booms in der Lebensversicherung gegen Einmalerlag war diese Sparte bei der Prämienentwicklung auch im bisherigen Verlauf des Geschäftsjahres 1994 führend. Hier belief sich die Prämiensteigerung auf 44,6 Prozent. Die direkte Prämie im Bereich Leben erhöhte sich damit um rund 416 Mio. S auf 1,37 Mrd. S. Damit entfielen bereits mehr als ein Fünftel der Prämieinnahmen auf die Lebensversicherung. 1993 waren es noch knapp über 16 Prozent.

Positiv entwickelten sich auch die übrigen Versicherungsbereiche der Interunfall. Im weiterhin dominanten Geschäftsbereich Schaden/Unfall wurde im Schnitt ein Prämienplus von 6,7 Prozent erreicht. So wuchsen unter anderem die Prämieinnahmen in der Sparte KFZ-Haftpflicht um 6,8 Prozent, in der Sparte übrige KFZ-Versicherung um 8,4 Prozent. In der Krankenversicherung erhöhten sich die Prämien um 6,9 Prozent.

Lebensversicherung — 1993:

Erfolgsdaten (in Mio. S):	
Abgegrenzte Prämien	1.410
Versicherungsleistungen	710
— Zahlg. für Versicherungsleistungen	703
— Dot. d. Rückst. f. schwebende Fälle	8
Versicherungsbetrieb	298
Sonstige Aufw. (abzgl. sonst. Erträge)	11
Aufwand	1.019
Abgr. mit Rückversicherern	-11
— Prämien an Rückv. (abgegr.)	114
— Leistungen	30
— Provisionen, Gewinnanteile	73
Vermögenserträge (abzgl. Aufwand)	752
Dot. d. Deckungsrückstellung - netto	589
Gewinnbeteiligung	471
Ergebnis der gew. Geschäftstätigkeit	72
Prämien im Selbstbehalt	1.296
Leistungen im Selbstbehalt	680
Gewährleistungsmittel:	9.863
Eigenmittel	320
Techn. Rückstellungen	9.510
Nichtverstechn. Rückstellungen	33
Kapitalanlagen:	9.921
Kenndaten:	
Prämien im Selbstbehalt	92
(in % der Bruttoprämie)	
Kapitalanl.: Bruttoleistungen in %	1.397
Kapitalanl.: Gewährl.-Mittel in %	101