

DIE VERSICHERUNGS RUNDSCHAU

Zeitschrift der Österreichischen Gesellschaft für Versicherungswissenschaften

49. JAHRGANG

NOVEMBER 1994

NR. 11

Die gesetzliche vorläufige Deckung nach § 1 a Abs 2 VersVG

VON O. UNIV.-PROF. DR. PETER JABORNEGG, LINZ

I. Das Regelungsproblem

Nach gängiger Praxis kommt der Versicherungsvertrag in der Weise zustande, daß der Versicherungsnehmer auf einem Formblatt des Versicherers den Antrag stellt und der Versicherer nach entsprechender Prüfung die Annahme durch Zusendung der Polizze erklärt. Im allgemeinen wird als Antragsbindungsfrist eine sechswöchige Frist bestimmt, also jene Frist, die nunmehr § 1 a Abs 1 VersVG als Höchstfrist vorsieht. Bei Ausfüllung des Antragsformulars steht dem Versicherungsinteressenten regelmäßig beratend und unterstützend ein Versicherungsvertreter zur Seite¹. Dabei kommt es nun sehr häufig vor, daß im Antrag als Versicherungsbeginn das Datum der Antragstellung oder jedenfalls ein noch vor der zu erwartenden Zusendung der Polizze liegendes Datum eingetragen wird und der Versicherungsnehmer auf Grund der Beratung durch den Versicherungsvertreter den Eindruck gewinnt, als würde spätestens mit Zugang des Versicherungsantrages bei einer näher bezeichneten Stelle (zB der zuständigen Versicherungslandesdirektion) die Deckung gesichert sein. Kommt es in der Folge zur Annahme durch den Versicherer (Zusendung der Polizze), so wird meist der beantragte frühere Versicherungsbeginn als Grundlage für die Vorschreibung der Prämie genommen, der Versicherungsvertrag also so vollzogen, als wäre Versicherungsschutz rückwirkend ab beantragtem Beginn gewährt worden. Sollte es aber dazu kommen, daß der Versicherungsfall noch vor Zusendung der Polizze eintritt, so wird unterschiedlich verfahren. Oft wird gleichwohl Deckung gewährt, bisweilen wird aber doch mangels Annahme des Antrages und damit Fehlens des Versicherungsvertrages der Versicherungsschutz verweigert. Oft wird dies dann noch zusätzlich mit dem Hinweis untermauert, daß eben eine vorläufige Deckung nicht vereinbart worden sei und insbesondere der Versicherungsvertreter nicht befugt gewesen sei, diesbezügliche Zusagen zu erteilen. Angesichts der damit gegebenen höchst unsicheren Situation besteht für den antragstellenden Versicherungsinteressenten ein besonderes Vertrauensschutzproblem, für das bisher ohne spezielle gesetzliche Regelung eine Reihe von Lösungsstrategien entwickelt worden ist und dem nunmehr der Novellengesetzgeber durch die Regelung des § 1 a Abs 2 VersVG Rechnung zu tragen versuchte. Es ist zu zeigen, daß die neue Vorschrift im Ergebnis nur einen ganz bescheidenen Beitrag zur Verbesserung des Kundenschutzes leistet und hauptsächlich zusätzliche Unsicherheiten beschert, die sowohl Versicherer als auch Versicherungsnehmer treffen und erst einmal von der Rechtsprechung aufgearbeitet werden müssen.

¹ Die Fälle der Einschaltung von Versicherungsmaklern werden im vorliegenden Beitrag nicht behandelt.

II. Frühere Lösungsansätze

A. Rückwärtsversicherung

In seiner E vom 9. 3. 1989, 7 Ob 5/89² hatte der OGH folgenden Sachverhalt zu entscheiden: Am 28. 1. 1986 holte ein angestellter Versicherungsvertreter der beklagten Versicherungsgesellschaft beim Kläger den im wesentlichen schon am 24. 1. 1986 ausgefüllten und inzwischen unterfertigten Versicherungsantrag auf Abschluß einer das klägerische Fotostudio betreffenden Bündelversicherung (Feuer-, Leitungswasser- und Einbruchdiebstahlversicherung) ab und leitete ihn an seine Versicherungsgesellschaft weiter, bei der der Antrag allerdings erst am 3. 2. 1986 einlangte. Zusätzlich sagte der angestellte Versicherungsvertreter dem Kläger eine vorläufige Deckung zu, ohne gleichzeitig darauf hinzuweisen, daß diese einer internen Genehmigung seiner Versicherungsgesellschaft bedürfte. Freilich stand im Antragsformular vor der Unterschriftsleiste der ausdrückliche Vermerk, daß jeder Vertreter nur Vermittlungsvollmacht habe und insbesondere keine mündlichen Zusagen erteilen dürfe. Bereits am 2. 2. 1986 kam es zu einem Einbruch in das Fotostudio, wovon die Versicherungsgesellschaft jedenfalls am 3. 2. 1986 informiert wurde. Am 11. 2. 1986 wurde die Polizze von der beklagten Versicherungsgesellschaft ausgefertigt und dem Kläger übersandt³.

In seiner rechtlichen Beurteilung verneinte der OGH mangels entsprechender Vollmacht eine wirksame vorläufige Deckung, nahm aber an, daß durch die Zusendung der Polizze am 11. 2. 1986 trotz Kenntnis des Versicherers vom bereits eingetretenen Versicherungsfall eine wirksame Rückwärtsversicherung abgeschlossen worden sei. Die Bestimmung des § 2 Abs 2 Satz 2 VersVG, wonach der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei ist, wenn der Versicherungsnehmer beim Vertragsabschluß weiß, daß der Versicherungsfall schon eingetreten ist, sei dadurch stillschweigend abbedungen worden⁴.

Es ist nicht zu bezweifeln, daß der OGH mit seiner Lösung über die Rückwärtsversicherung im konkreten Fall dem schutzwürdigen Vertrauen des Versicherungsnehmers auf bereits bestehenden Versicherungsschutz Rechnung tragen konnte. Doch ist zu beachten, daß dieser Lösungsansatz von vornherein nur ausnahmsweise zu helfen vermag, nämlich dann, wenn es letztlich trotz bereits eingetretenem Versicherungsfall und dem Versicherer zu-rechenbarer Kenntnis davon noch zur Annahme des Versicherungsantrages gekommen ist. Es liegt auf der Hand, daß dies typischerweise nur auf Grund fehlender versicherungsinterner Kommunikation, Irrtümern und/oder Mißverständnissen der Fall sein wird. Zudem kommt, daß die vom OGH angenommene Abdingbarkeit des § 2 Abs 2 Satz 2 VersVG mit dem Wesen der Versicherung und des Versicherungsvertrages iS des VersVG in unlösbarem Widerspruch steht, weil die Risikotragungspflicht des Versicherers ein essentielle jedes Versicherungsvertrages ist und die Verpflichtung zur Übernahme eines bereits entstandenen Schadens gegenüber der Risikotragungspflicht ein aliud darstellt, sodaß die vom OGH angenommene Variante einer Rückwärtsversicherung in dieser Form in Wahrheit rechtlich gar nicht möglich ist⁵.

² VR 1990, 60 = VersE 1424 = EvBl 1989/109 = AnwBl 1989, 442 (Dorninger – Gabl) = VersR 1989, 1178.

³ Der weitere die Zahlung der Erstprämie betreffende Sachverhaltsteil kann hier außer Betracht bleiben.

⁴ Vgl in diesem Sinne auch Schauer, OGH und Rückwärtsversicherung. Verbesserung des Rechtsschutzes für den Versicherungsnehmer, RdW 1989, 322ff; ders, Einführung in das österreichische Versicherungsvertragsrecht² (1990) 108f.

⁵ Eingehend dazu bereits Jabornegg, Versicherung und Rückwärtsversicherung, VR 1990, 214ff. In seiner E vom 17. 2. 1993, 7 Ob 22/92 VR 1993, 355, hat der OGH ausdrücklich offengelassen, ob die Rechtsprechung zur Abdingbarkeit des § 2 Abs 2 Satz 2 VersVG aufrechterhalten wird.

B. Verschulden beim Vertragsschluß

Ein zweiter und durchaus umfassenderer Lösungsansatz knüpft an die allgemeinen Regeln der Haftung für culpa in contrahendo an. Dem Versicherungsnehmer werden Schadenersatzansprüche zugesprochen, wenn und weil sich der Versicherer über einen mit dem eigentlichen Versicherungsantrag konkludent gestellten Antrag auf vorläufige Deckung nicht unverzüglich erklärt, oder wenn und soweit es der dem Versicherer nach § 1313a ABGB zurechenbare Versicherungsvertreter unterlassen hat, auf die Möglichkeit einer vorläufigen Deckung hinzuweisen⁶. So hat namentlich auch der OGH in seiner Entscheidung vom 30. 11. 1989, 7 Ob 38/89⁷ unter Hinweis auf Lehre und Rechtsprechung ausgeführt, daß der Versicherungsagent bei der Anbahnung des Abschlusses eines Versicherungsvertrages Erfüllungsgehilfe des Versicherers sei und dieser daher bei Verletzung vorvertraglicher Aufklärungs- und Sorgfaltspflichten für das Verschulden des Agenten einzustehen habe. Im besonderen könne er dann, wenn der Versicherungsinteressent nach Stellung des Antrages, aber vor dessen Annahme, einen Schaden erleide, für den keine vorläufige Deckung zugesagt sei, aus dem Grund der culpa in contrahendo zur Deckung verpflichtet sein. Eine Aufklärungspflicht gegenüber dem Versicherungsinteressenten sei vor allem dann zu bejahen, wenn der Versicherungsinteressent eine anzutreffende Meinung äußere oder auch dann, wenn dem Versicherungsagenten aus den Äußerungen des Versicherungsinteressenten klar erkennbar sei, daß dieser über einen für ihn ganz wesentlichen Vertragspunkt — wie insbesondere über den angestrebten ehesten Haftungsbeginn — irrige Vorstellungen habe und offenbar glaube, daß das zu versichernde Risiko bereits durch die Unterfertigung des Antrages als gedeckt anzusehen sei.

Diese Problemlösungsvariante entspricht zwar an sich der Anwendung allgemeiner Schadenersatzrechtlicher Grundsätze, wird aber vor allem in Deutschland im praktischen Ergebnis oft über die eigentlichen Grundlagen der culpa in contrahendo hinaus zu einer weitergehenden Erfüllungshaftung geführt⁸. Damit wird aber eine Konstruktion begünstigt, die darauf hinausläuft, von der Zustimmung des Versicherers zum Vertragsschluß zu abstrahieren und auch ohne Vertragsschluß Erfüllungsansprüche anzunehmen, was sich mit der Abschlußfreiheit des Versicherers nur schlecht verträgt⁹. Zu betonen ist allerdings, daß jedenfalls zum österreichischen Recht deutlich auf die immanenten Grenzen des Rechtsschutzes bei culpa in contrahendo hingewiesen wird¹⁰: Der Versicherungsinteressent hat keinen Schutz, wenn der Versicherer den Nachweis erbringt, daß der Versicherungsnehmer auch bei pflichtgemäßem Verhalten des Agenten den angestrebten Versicherungsschutz nicht erhalten hätte. Weiters muß sich der Antragsteller das eigene Mitverschulden einwenden lassen, was zu einer Minderung und unter Umständen zu einem gänzlichen Entfall des Schadenersatzanspruches führen kann. Schließlich kann der Versicherer von der Ersatzleistung die Prämie abziehen, die der Versicherungsinteressent für den Versicherungsschutz jedenfalls zu zahlen gehabt hätte.

⁶ Vgl mit ausführlichen Nachweisen Prölss in Prölss — Martin²⁵, Anm 5 B zu § 3; Schauer, *Versicherungsvertragsrecht*² 83f; Fenyves, *Zum Ministerialentwurf einer VersVG-Novelle 1994*, VR 1994, 36.

⁷ VR 1990, 254 = VersE 1452 = VersR 1991, 87 = ZVR 1991/121 = SZ 62/187. Vgl auch OGH 19. 12. 1991, 7 Ob 30/91, VR 1992, 186.

⁸ Vgl mwN Prölss in Prölss — Martin²⁵ Anm 5 B zu § 3: Maenner, *Theorie und Praxis der Rückwärtsversicherung* (1986) 258ff. BGH 16. 6. 1982 BGHZ 84, 268 (278ff) = VersR 1982, 841 = NJW 1982, 2776. Vorbehalte bei Plander, *Probleme der Rückwärtsversicherung in Fällen des § 5 Abs 3 VVG*, VersR 1986, 105ff (108), und wohl auch bei Schauer, *RdW* 1989, 324.

⁹ Siehe bereits Jabornegg, VR 1990, 220.

¹⁰ So zuletzt Fenyves, VR 1994, 36.

C. Weitergehende vorläufige Deckungen

Schon nach früherem Recht gab es auch die schlichte, aber noch nicht hinreichend beachtete Möglichkeit, durch sachgerechte Anwendung allgemeiner Regeln der Rechtsgeschäftslehre sowie der allgemeinen vertretungsrechtlichen Vorschriften bzw Grundsätze zu einer wesentlichen Entschärfung der Problematik des Vertrauensschutzes von Versicherungsinteressenten zu gelangen¹¹.

Ausgangspunkt ist dabei § 863 Abs 2 ABGB, wonach in bezug auf die Bedeutung und Wirkung von Handlungen und Unterlassungen auf die im redlichen Verkehr geltenden Gewohnheiten und Gebräuche Rücksicht zu nehmen ist. Da es nun durchaus üblich ist, daß die vom Versicherungsnehmer unter Anleitung des dem Versicherer zurechenbaren Agenten im Antrag vorgenommene Datierung des Versicherungsschutzbeginnes mit Antragsdatum auch tatsächlich durchgeführt wird (insbesondere der Prämienzahlungszeitraum diesem Datum entsprechend rückwirkend festgelegt wird) und richtiger Auffassung nach diese Gestaltung als Rückwärtsversicherung gar nicht realisierbar wäre (Unmöglichkeit der Risikotragung wegen fehlender Ungewißheit bei zumindest einer Partei; vgl oben unter A.), kann darin von vornherein nur eine vorläufige Deckung gesehen werden, die dann gewissermaßen nachträglich in den endgültigen Versicherungsvertrag einbezogen wird. Demnach muß bereits der Versicherungsantrag selbst zugleich als Antrag auf vorläufige Deckung ausgelegt werden, wenn der beantragte Versicherungsbeginn vor dem Ende der Annahmefrist liegt¹². Will daher der Versicherer ausnahmsweise von dieser weit verbreiteten Übung abweichen und vermeiden, daß eine solche vorläufige Deckung zustandekommt, muß er den Antragsteller unverzüglich nach Einlangen des Antrages darüber aufklären, daß nicht mit einer Deckung ab Antragstellung, sondern erst nach näherer Prüfung und darauf folgender Annahme gerechnet werden kann. Angesichts der im redlichen Versicherungsgeschäftsverkehr geltenden Gewohnheiten und Gebräuche ist demnach schon das Schweigen des Versicherers auf Versicherungsanträge mit beantragtem sofortigem Deckungsbeginn als schlüssige Zustimmung zur vorläufigen Deckung zu werten¹³.

Zum gleichen Ergebnis gelangt man, wenn man die Bestimmungen des § 10 Abs 2 AngG bzw (analog, weil es um Versicherungsvermittlung geht¹⁴) § 2 Abs 2 HVertrG 1993 beachtet: Danach gilt nämlich ein vom bloßen Vermittlungsvertreter abgeschlossenes Geschäft als vom Arbeitgeber bzw Unternehmer genehmigt, wenn dieser nicht ohne Verzug, nachdem er vom Geschäftsabschluß Kenntnis erhalten hat, dem Dritten erklärt, daß er das Geschäft ablehne. Schon die bewußte Entgegennahme eines Antrages mit einem Versicherungsbeginn vor möglicher Zusendung der Polizze ist angesichts der bestehenden faktischen Übung zumindest schlüssig als Zusage vorläufiger Deckung zu werten, sodaß ein unverzüglicher Protest des Versicherers erforderlich wäre, um das Entstehen einer solchen vorläufigen Deckung verhindern zu können.

Schließlich kommt noch hinzu, daß im Bereich der hier interessierenden Vertragsanbahnungspraxis in Wahrheit vielfach auch eine interne Bevollmächtigung der Vermittlungsvertreter angenommen werden muß. Es geht nicht an, dem Versicherungsvertreter einerseits zu

¹¹ Dazu ausführlich *Jabornegg*, VR 1990, 220f; *ders*, Die vorläufige Deckung (1992) 45ff.

¹² So mwN auch *Prölss* in *Prölss* — *Martin*²⁵, Anm 5 B zu § 3.

¹³ Anderer Meinung *Prölss* in *Prölss* — *Martin*²⁵, Anm 5 B, freilich ohne nähere Auseinandersetzung mit den hier angewendeten allgemeinen Regeln der Rechtsgeschäftslehre.

¹⁴ Die Rechtslage nach dem HVertrG 1993 hat an der diesbezüglichen Problematik nichts geändert. Zum früheren HVG vgl *Jabornegg*, Handelsvertreterrecht und Maklerrecht (1987), Anm 5.2. zu § 1 sowie 6 zu § 3 HVG.

erlauben, entsprechend den Gepflogenheiten zuzusagen, daß eine Deckung ab Eingang beim Versicherer besteht, andererseits ihm aber zu verbieten, vorläufige Deckungen zu gewähren. Die dadurch entstehende Unklarheit muß in Anwendung des § 915 Halbsatz 2 ABGB zum Nachteil des Versicherers gehen, sodaß eine Befugnis zur usancengemäßen Zusage der Deckung ab Antragstellungsdatum oder jedenfalls ab Datum des Antragseinganges beim Versicherer besteht, solange nicht dem Vermittler die Entgegennahme solcher Anträge mit befristetem Versicherungsbeginn eigens untersagt wird. Da diese Vertragsanbahnungspraxis auch im Außenverhältnis einen entsprechenden Rechtsschein erzeugt, müßte eine derartige Beschränkung der Vertretungsmacht des Vermittlers dem Versicherungskunden so deutlich vor Augen geführt werden, daß dessen Unkenntnis iS des § 47 Satz 1 VersVG als zumindest grob fahrlässig angesehen werden kann.

III. Die neue gesetzliche Regelung

A. Gesetzeswortlaut und Absicht der Gesetzesverfasser

§ 1 a Abs 2 VersVG bestimmt zunächst ganz allgemein, daß der Versicherungsnehmer bei Antragstellung auf einem vom Versicherer verwendeten Formblatt mangels Gewährung einer vorläufigen Deckung darauf hinzuweisen ist, daß der Versicherungsvertrag erst mit Zugang des Versicherungsscheines oder einer gesonderten Annahmeerklärung zustandekommt und vor diesem Zeitpunkt kein Versicherungsschutz besteht. Dann stellt das Gesetz klar, daß für die Frage, ob der Versicherungsnehmer tatsächlich auf das Fehlen des Versicherungsschutzes hingewiesen worden ist, der Versicherer beweispflichtig ist. Schließlich wird als Sanktion für die Verletzung der Hinweispflicht bestimmt, daß der Versicherer den beantragten Versicherungsschutz ab Zugang des Antrages an ihn selbst oder an seinen Versicherungsagenten, frühestens allerdings ab dem tatsächlich beantragten Beginn der Versicherung zu gewähren hat. Diese Deckungspflicht dauert bis zum Zustandekommen des endgültigen Vertrages, im Falle des Nichtzustandekommens aber längstens bis zum Ende der Bindung des Versicherungsnehmers an seinen Antrag. Für die Deckung gebührt dem Versicherer eine der Dauer entsprechende Prämie. Für den besonderen Fall, daß der Versicherer den beantragten Versicherungsschutz nach den für seinen Geschäftsbetrieb maßgebenden Grundsätzen überhaupt nicht versichert, wird die vorläufige Deckung als Sanktion der Verletzung der Hinweispflicht ausdrücklich ausgeschlossen.

Nach Ausweis der Gesetzesmaterialien ging es den Gesetzesverfassern vor allem darum, das — wenngleich unberechtigte — Vertrauen des Kunden darauf, daß er versichert sei, „sobald sich der Versicherungsvertreter mit dem unterschriebenen Antragsformular in der Tasche verabschiedet“, besonders zu schützen¹⁵. Dem Versicherungsnehmer solle bewußt gemacht werden, daß er noch einige Zeit lang ohne Versicherungsdeckung sein werde, wenn er nicht — etwa durch Einholung einer vorläufigen Deckungszusage — anderweitig vorsorge. Unterlasse der Versicherer den Hinweis, habe er kraft einer gesetzlich angeordneten vorläufigen Deckung Versicherungsschutz nach Maßgabe des gestellten Antrages zu gewähren.

B. Spezielle Auslegungsfragen

1. Vorbemerkung

Die neue Regelung erscheint nur auf den ersten Blick einigermaßen klar. Nähere Betrachtung erweist, daß eine Reihe schwierigster Auslegungsfragen zu bewältigen sind und da-

¹⁵ RV 1553 BlgNR 18. GP 12.

bei insgesamt erhebliche Zweifel an der Leistungsfähigkeit der Norm zur Lösung der Problematik des Vertrauensschutzes des antragstellenden Versicherungsinteressenten aufkommen müssen.

2. Zur Hinweispflicht im einzelnen

Obwohl nicht ausdrücklich gesagt wird, von wem der Versicherungsnehmer (genauer der Versicherungsinteressent) auf das vorläufige Fehlen des Versicherungsschutzes hingewiesen werden muß, ist doch aus dem Zusammenhang der Regelung evident, daß die Aufklärungspflicht den Versicherer trifft. Ganz unklar ist indessen, auf welche Weise der Versicherer der Hinweispflicht zu entsprechen hat bzw unter welchen Voraussetzungen er in der Lage ist, den geforderten Hinweis zu beweisen.

Geht man vom Wortlaut des Gesetzes aus, so fällt auf, daß ein gewisser Gegensatz zwischen Formblatt auf der einen und Hinweispflicht auf der anderen Seite aufgebaut wird. Das Gesetz spricht nicht davon, daß der Versicherungsnehmer am verwendeten Formblatt auf das Fehlen sofortiger Deckung hingewiesen werden muß, obwohl dies durchaus in den Regelungszusammenhang gepaßt hätte. Man könnte daher durchaus der Idee verfallen, daß die Belehrung unabhängig vom Formblatt erfolgen müsse. Dies würde freilich dem Charakter des Versicherungsgeschäftes als Massengeschäft nicht gerecht, sodaß manches dafür spricht, daß dem Gesetz jedenfalls auch durch deutliche und unmittelbar vor der Unterschriftsleiste des Antragsformblattes plazierte Klarstellungen entsprochen werden kann¹⁶.

Dies führt jedoch sofort zur Frage, was rechtens sein soll, wenn der geforderte Hinweis nachweislich vorhanden ist, der eingeschaltete Versicherungsagent aber gleichwohl die Auskunft gibt, daß der mit Antragsdatum festgelegte Versicherungsbeginn maßgeblich sei, sobald nur der Antrag bei der zuständigen Stelle des Versicherers eingegangen sei. Daß mit solchen Fällen zu rechnen sein wird, zeigt schon der Sachverhalt der oben dargestellten oberstgerichtlichen Entscheidung zum Problemlösungsansatz der Rückwärtsversicherung¹⁷: Trotz des vor der Unterschriftsleiste enthaltenen Vermerkes „Der Umfang der Vollmacht jedes Vertreters — er hat nur Vermittlungsvollmacht — ist in seinem Vertreterausweis erschöpfend beschrieben. Weitere Vollmachten besitzt kein Vertreter, insbesondere ist kein Vertreter zu mündlichen Zusagen berechtigt“ sagte der Versicherungsagent eine vorläufige Deckung zu und verschwieg dabei die Notwendigkeit interner Genehmigung. Die Frage schutzwürdigen Vertrauens für den Versicherungsinteressenten hätte sich wohl kaum wesentlich anders gestellt, wenn vor der Unterschriftsleiste noch zusätzlich¹⁸ darauf hingewiesen worden wäre, daß der Versicherungsschutz erst mit Zusendung des Versicherungsscheines oder einer gesonderten Annahmeerklärung des Versicherers zustandekomme.

Fragt man vor diesem möglichen und zweifellos realistischen Hintergrund nach der rechtlichen Beurteilung auf Grund des neuen § 1 a Abs 2 VersVG, so ist man versucht, zunächst einfach festzuhalten, daß dem Versicherer mit dem Hinweis auf dem Antragsformular der Nachweis der Erfüllung der Aufklärungspflicht gelungen sei und daher die vorgesehene Sanktion einer vorläufigen Deckung nicht eingreife. Hat es aber damit sein Bewenden? Kann man wirklich annehmen, daß § 1 a Abs 2 VersVG nunmehr eine abschließende Regelung beinhaltet, die alle bisherigen Lösungsansätze außer Anwendung bringt?

¹⁶ Vgl in diesem Sinne bereits *Fenyves*, VR 1994, 38.

¹⁷ Oben bei FN 2.

¹⁸ Zur Gefahr einer „Überfrachtung“ der ohnehin nicht sehr übersichtlichen Vertragsformulare *Fenyves*, VR 1994, 38.

Die Frage stellen heißt sie verneinen. Es gibt keinen Grund für die Annahme, daß der Gesetzgeber die Anwendung allgemeinerer Vorschriften ausschließen wollte. Vielmehr spricht alles dafür, daß der Vertrauensschutz des Versicherungsnehmers verbessert und daher erweitert werden sollte. Dementsprechend wird man weiterhin zu prüfen haben, ob nicht doch trotz des gesetzesprechenden Hinweises im Antragsformular dem Versicherer wegen des widersprüchlichen Verhaltens des Agenten Verschulden bei Vertragsschluß anzulasten ist und deshalb aus dem Titel des Schadenersatzes als Vertrauensschaden unter Umständen auch volle oder (wegen Mitverschuldens) teilweise Deckung gebührt. In jedem Falle wird man unabhängig davon auch zu prüfen haben, ob nicht weiterhin die Usancen bei der Vertragsanbahnung dazu führen müssen, daß iS des § 863 Abs 2 ABGB schon eine Unterlassung, nämlich das Schweigen des Versicherers auf den bei ihm eingegangenen Antrag mit Versicherungsbeginn ab Datum der Antragstellung eine vorläufige Deckung begründet. Keinen Grund gibt es auch dafür, wegen § 1 a Abs 2 VersVG den §§ 10 Abs 2 AngG und 2 Abs 2 HVertrG 1993 für die hier interessierenden Fallkonstellationen den Anwendungsbereich zu entziehen: Wenn der bloße Vermittlungsvertreter über seine Befugnisse hinaus bewußt einen Antrag mit Versicherungsbeginn vor der möglichen Zusendung der Polizze entgegennimmt, ist dies zumindest schlüssig als Zusage vorläufiger Deckung zu werten, weshalb ohne unverzüglichen Widerspruch das Entstehen der vorläufigen Deckung nicht verhindert werden kann. Die Erfüllung oder Verletzung der Hinweispflicht des Versicherers interessiert hier schon deshalb nicht weiter, weil auf Grund der Anwendung allgemeiner Regeln der Rechtsgeschäftslehre und des Vertretungsrechtes davon ausgegangen werden muß, daß iS des in § 1 a Abs 2 VersVG enthaltenen ausdrücklichen Vorbehaltes tatsächlich „vorläufige Deckung gewährt worden ist“.

Alles in allem zeigt sich, daß die Rechtslage nicht einfacher, sondern komplizierter geworden ist. Die neue Regelung stellt einen zusätzlichen Schutz dar, der aber die früheren Lösungsansätze zur Frage des Vertrauensschutzes des Versicherungsinteressenten nicht außer Kraft setzt. Das Verhältnis dieser verschiedenen Schutzmechanismen zueinander wird wohl noch viel Kopfzerbrechen bereiten, was weder dem Anliegen des Kundenschutzes nützt noch der Versicherungswirtschaft Freude bereiten kann.

3. Grundsätze des Geschäftsbetriebes als Schranke der Sanktion

Ähnliches ergibt sich zur Frage, was rechtens sein soll, wenn der Versicherer zwar seine Hinweispflicht nicht erfüllt hat, die antragsgemäße vorläufige Deckung aber dazu führen würde, daß der Versicherer ein Risiko zu übernehmen hätte, welches er nach den für seinen Geschäftsbetrieb maßgebenden Grundsätzen überhaupt nicht versichert. Soll das bedeuten, daß in diesem Bereich der Versicherungsagent dem Versicherungsinteressenten das Blaue vom Himmel versprechen kann, ohne daß daraus für den Versicherer irgendwelche Sanktionen in Betracht kämen? Es wäre doch mehr als seltsam, wenn den Versicherer zwar dann die strenge Sanktion der vorläufigen Deckung träfe, wenn er nicht ausreichend für die Aufklärung des Versicherungsinteressenten über den erst später einsetzenden Versicherungsschutz vorgesorgt hat, daß aber jede Sanktion fehlen würde, wenn er den Versicherungsinteressenten nicht darüber aufgeklärt hat, daß er den beantragten Schutz in keinem Fall gewährt.

Wiederum wird man davon ausgehen müssen, daß der Entfall der vorläufigen Deckung nach § 1 a Abs 2 VersVG nicht zur Sanktionsfreiheit der Verletzung von Aufklärungspflichten führt, sondern daß auf die schon bisher bekannten Lösungsansätze zurückgegriffen werden muß. Eine Haftung für culpa in contrahendo kommt daher auch in diesen Fällen in Betracht, und beim Ersatz des Vertrauensschadens kann nicht schon eingewendet werden, daß der (über den ihm zurechenbaren Versicherungsagenten) seine Aufklärungspflicht ver-

letzende Versicherer ein solches Risiko grundsätzlich überhaupt nicht übernehme, sondern allenfalls, daß ein solches Risiko schlechthin nicht versicherbar ist. Soweit die Voraussetzungen für die Annahme einer schlüssigen oder stillschweigenden Zustimmung zur vorläufigen Deckung gegeben wären, würde nicht einmal der Einwand der allgemein bestehenden Unversicherbarkeit helfen können. Freilich ist zu bedenken, daß im hier interessierenden Bereich maßgebend auf die Usancen bei der Vertragsanbahnung abzustellen ist, sodaß selbstverständlich auch berücksichtigt werden muß, wenn in der Versicherungsbranche ein bestimmtes Risiko überhaupt nicht versichert zu werden pflegt.

4. Das Ende der gesetzlichen vorläufigen Deckung

Besonders problematisch an der gesetzlichen vorläufigen Deckung ist auch die Regelung über deren Ende. Ursprünglich war im Ministerialentwurf vorgesehen, daß der vorläufige Versicherungsschutz „bis zum Zugang einer schriftlichen Widerrufserklärung“ besteht. Daran hat vor allem *Fenyves* Kritik geübt¹⁹: Wenn der Grund für die Regelung in einem typisierten Vertrauen des Versicherungsinteressenten²⁰ auf den sofortigen Beginn der Deckung liege, dann sei jener wohl konsequenterweise nur solange schutzwürdig, als er nicht definitiv wisse oder zumindest bei gehöriger Sorgfalt wissen müsse, daß ein endgültiger Vertrag mit dem Versicherer nicht zustande komme. Die gesetzliche vorläufige Deckung müsse daher mit dem Ende der Bindungsfrist des Antrages erlöschen. In der Regierungsvorlage ist diesem Standpunkt Rechnung getragen worden²¹: Die Deckungspflicht solle „mit dem Ablauf der Bindung des Versicherungsnehmers an seinen Antrag“ enden. Die jetzige Gesetzesfassung mit dem Ende der Deckungspflicht „sobald der Versicherungsnehmer nicht mehr an seinen Antrag gebunden ist“ war das Ergebnis der Beratungen im Justizausschuß, wo entdeckt wurde, daß „Ablauf der Bindung“ nur den Fall eines ungenützten Verstreichens der Bindungsfrist berücksichtige, nicht dagegen den Fall, daß der Versicherer den Antrag des Versicherungsinteressenten innerhalb der Antragsbindungszeit ausdrücklich ablehne. Die letztendlich Gesetz gewordene Fassung soll also zum Ausdruck bringen, daß die gesetzliche vorläufige Deckung jedenfalls ende, wenn entweder die Antragsbindungsfrist verstrichen ist, ohne daß eine rechtzeitige Annahmeerklärung erfolgt ist, oder wenn der Versicherer in der Bindungsfrist ausdrücklich abgelehnt hat²².

Hiezu ist zunächst klarzustellen, daß die Kritik am ursprünglichen Ministerialentwurf zwar beachtliche Gesichtspunkte vorbrachte, im Ergebnis aber nicht vollständig zu überzeugen vermag. Daß der Versicherungsinteressent vom Auslaufen der Bindungsfrist definitiv weiß oder daß er zumindest bei gehöriger Sorgfalt wissen muß, daß ein endgültiger Vertrag mit dem Versicherer nicht zustandekommt, ist vielfach reine Fiktion. Kommt es doch oft genug vor, daß die Antragsbindungsfrist endet und dann doch noch die Polizze zugesandt wird, der Versicherungsnehmer die Prämie zahlt und der Vertrag letztlich so abgewickelt wird, als wäre er schon ursprünglich rechtzeitig angenommen worden. Oft kommt es auch dadurch zu Verzögerungen, daß Rückfragen erforderlich sind. Soll wirklich in allen diesen Fällen das vom Gesetzgeber für schutzwürdig befundene Vertrauen des Versicherungsinteressenten doch wieder unberücksichtigt bleiben? Der Ministerialentwurf hat hier mE eine konsequentere Haltung eingenommen als die nunmehrige Fassung des Gesetzes und vor allem

¹⁹ *Fenyves*, VR 1994, 37.

²⁰ *Fenyves* spricht vom „Verbraucher“, weil der Ministerialentwurf entgegen der jetzigen Gesetzesfassung die gesetzliche vorläufige Deckung bloß für Verbrauchergeschäfte vorsah.

²¹ 1553 BlgNR 18. GP 13.

²² Vgl JAB 1722 BlgNR 18. GP 2.

hat er die Funktion und den Zweck einer vorläufigen Deckung besser berücksichtigt: Für die — vertraglich vereinbarte — vorläufige Deckung ist anerkannt, daß sie zwar dann ende, wenn sich die Verhandlungen wegen des Abschlusses der endgültigen Versicherung zerschlagen haben, daß sie aber nicht schon erlösche, wenn der Versicherungsantrag innerhalb der Bindungsfrist nicht angenommen wird. Sie besteht vielmehr solange, als der Antrag nicht ausdrücklich abgelehnt und der Versicherungsnehmer davon verständigt oder die Deckung gekündigt worden ist²³. Besonders der OGH hat in einem konkreten Fall darauf hingewiesen, daß es Sache des Versicherers sei, den Zustand der vorläufigen Deckung auf eindeutige Art zu beenden, sodaß der Versicherungsnehmer weiß, daß er diesen Versicherungsschutz nicht mehr in Anspruch nehmen kann²⁴. Es wäre durchaus sachgerecht gewesen, eine gesetzlich angeordnete vorläufige Deckung ebenfalls an diesen allgemeinen Regeln zu orientieren.

Die geltende Gesetzesfassung ist freilich eindeutig anders und normiert ein automatisches Erlöschen. Sie nimmt damit scheinbar Schutzlücken im Rahmen der speziellen gesetzlichen vorläufigen Deckung in Kauf. In diesen Schutzlücken kann und muß freilich wiederum auf die allgemeinen Lösungsansätze zurückgegriffen werden. Darf beispielsweise der Versicherungsnehmer auf Grund von Äußerungen des Versicherungsagenten (seien es nun solche bei Aushändigung des Antragsformulars oder solche, die erst später — etwa auf besondere Nachfrage — gemacht worden sind) annehmen, daß trotz eines möglichen Verstreichens der Antragsbindungsfrist die Zusendung der gewünschten Versicherungspolize noch erwartet werden kann, so muß man — wenn man sich einer durchaus erwägenswerten teleologischen Reduktion des § 1 a Abs 2 VersVG verschließt — zumindest einen Schutz nach den allgemeinen Regeln der culpa in contrahendo anerkennen. Unter Umständen kommt man auch mit dem rechtsgeschäftlichen oder vertretungsrechtlichen Lösungsansatz zu einer Verlängerung der vorläufigen Deckung. Davon abgesehen ist zu beachten, daß immer dann, wenn man von Anfang an davon ausgehen muß, daß auf Grund § 863 Abs 2 ABGB der Versicherer eine vorläufige Deckung stillschweigend genehmigt hat oder eine solche mangels unverzüglichen Widerspruchs durch den Versicherer auf Grund §§ 10 Abs 2 AngG bzw 2 Abs 2 HVertrG 1993 zustandegekommen ist, von vornherein keine vorläufige Deckung im Sinne der gesetzlich angeordneten Sanktion des § 1 a Abs 2 VersVG vorliegt, sondern ein normaler provisorischer Versicherungsvertrag, der nicht schon mit Ablauf der Antragsbindungsfrist erlischt, sondern bei Scheitern der Vertragsverhandlungen erst auf Grund einer Kündigung durch Versicherer oder Versicherungsnehmer beendet wird.

IV. Resümee

Zusammenfassend kann dem neuen § 1 a Abs 2 VersVG kein allzu gutes Zeugnis ausgestellt werden. Die bisherigen vielfältigen Zweifelsfragen und Unsicherheiten werden keineswegs bereinigt, sondern letztlich durch weitere ergänzt. Insgesamt mag die Position der antragstellenden Versicherungsinteressenten gegenüber der bisherigen Rechtslage etwas verbessert worden sein²⁵. Bei sachgerechter Beurteilung der schon bisher bestandenen Rechtslage hätte es aber dieses zusätzlichen Schutzes kaum bedurft. Entscheidend für das Dilemma der neuen Regelung ist letztlich der Umstand, daß die wirklichen Problemfälle

²³ Vgl mWn Jabornegg, Vorläufige Deckung 87.

²⁴ OGH 12. 5. 1977, 7 Ob 19/77, SZ 50/69 = VersE 810. Zum Kündigungserfordernis allgemein Jabornegg, Vorläufige Deckung 87f.

²⁵ Man denke im Vergleich mit dem Lösungsansatz der culpa in contrahendo nur an das offensichtliche Fehlen der Möglichkeit, Mitverschulden einzuwenden.

nicht jene sind, in denen eine Aufklärung des Versicherungsnehmers über den Beginn des Versicherungsschutzes gänzlich fehlt, sondern jene, in denen der Versicherungsinteressent mit widersprüchlichen Angaben konfrontiert wird: einerseits mit dem Wortlaut des von ihm unterschriebenen Antragsformulars, das schon jetzt häufig eher gegen einen sofortigen Versicherungsschutz spricht, andererseits mit den oft abweichenden Äußerungen des Versicherungsagenten. Vor allem der Umstand, daß überhaupt der Antrag mit einem Versicherungsbeginn entgegengenommen wird, der geradezu zwangsläufig vor der Zusendung der Polizzae liegen muß, führt zu Fehlvorstellungen über den Beginn des Versicherungsschutzes. Zur Lösung dieser eigentlichen Konfliktfälle vermag die neue Regelung kaum etwas beizutragen, sodaß wohl weiterhin auf allgemeine Regelungen und Grundsätze zurückgegriffen werden muß.

Der Versicherungsmakler nach dem neuen Maklergesetz

VON MAG. KLAUS G. KOBAN*

1. Teil

I. Einleitung

Anfang Mai 1994 hat das Bundesministerium für Justiz (BMJ) einen Entwurf zum Maklergesetz (MaklerG) versandt und gleichzeitig eine Begutachtungsfrist bis zum 30. Juni 1994 festgesetzt.¹ Nach Verwertung der eingelangten Stellungnahmen soll im Herbst 1994 eine Regierungsvorlage erstellt werden. Trotzdem soll das neue Maklergesetz mit 1. Jänner 1995 in Kraft treten. Für bestehende Vertragsverhältnisse betreffend Versicherungsmakler soll die geltende Rechtslage bis zum 31. 12. 1996 anwendbar sein.² Diese Regelung erscheint freilich nicht erforderlich, zumal der Gesetzgeber nach den EB zum Maklergesetz für den Bereich der Versicherungsmakler lediglich den jahrzehntelangen Geschäftsgebrauch kodifizieren will.

Die seit langem bestehenden Bestrebungen zur Schaffung eines Maklergesetzes hatten verschiedene Ursachen. Der Bundesminister für Konsumentenschutz hatte bereits im Jahre 1992 gefordert, die behaupteten Mißstände bei der Berufsausübung der Immobilienmakler zu beseitigen. Dazu kam, daß der Maklervertrag als solcher im österreichischen Recht unzureichend geregelt ist.³ Anders als in Deutschland, wo der Maklervertrag im BGB (§§ 652 bis 656) eine Sonderregelung erfahren hat und sich daher beim Handelsmakler BGB und HGB sinnvoll ergänzen, enthält das ABGB keine derartigen Spezialvorschriften.⁴

Das österreichische Recht unterscheidet zwischen Zivilmaklern und Handelsmaklern. Die Rechtsverhältnisse der Handelsmakler sind in den §§ 93—104 HGB geregelt, die aus dem deutschen Recht stammen und auch durch einige Regelungen des deutschen Maklervertrages in der 4. Einführungsverordnung zum HGB (Art 6 Nr 13) ergänzt wurden. Gemäß § 93

* Nach einem Vortrag vom 26. 5. 1994, gehalten am III. Internationalen Versicherungsmaklersymposium in Velden

¹ Bundesministerium für Justiz, GZ 10.067/48-I.3/1994.

² Vgl Art III Abs 1 Z 3 des Ministerialentwurfes (MinE).

³ Vgl die Erläuternden Bemerkungen (EB) zum MinE 1 f.

⁴ Vgl *Jabornegg*, Kommentar zum Handelsvertretergesetz (1987) § 1 Anm 4.6.1.

HGB ist Handelsmakler, wer gewerbsmäßig für andere Personen, ohne von ihnen aufgrund eines Vertragsverhältnisses ständig damit betraut zu sein, die Vermittlung von Geschäften des Handelsverkehrs übernimmt.

Alle anderen Makler sind Zivilmakler, dh sie vermitteln ohne ständige Betrauung für einen anderen Geschäfte und erfüllen nicht die Voraussetzungen eines Handelsmaklers. Erst mit der Schaffung des Handelsagentengesetzes 1921⁵ hat der Gesetzgeber durch dessen § 29 eine Spezialvorschrift für den Maklervertrag erlassen. Einige Vorschriften des HVG werden durch § 29 HVG auch für den Maklervertrag als anwendbar erklärt.

Die Regelungsbereiche für Handels- und Zivilmakler stehen allerdings mehr oder weniger beziehungslos nebeneinander, weil § 30 Abs 1 HVG den Handelsmakler ausdrücklich vom gesamten Geltungsbereich des HVG, also auch vom § 29 HVG, ausnimmt. Diese völlige Loslösung der Handelsmakler vom allgemeinen Maklervertragsrecht ist weder einsichtig noch erträglich, zumal die Handelsmaklervorschriften gerade in Ansehung des Provisionsrechtes Gesetzeslücken erkennen lassen.⁶

Letztlich hat der Gesetzgeber im Jahre 1993 das Handelsvertreterrecht an die EU-rechtlichen Vorgaben angepaßt und das Handelsvertretergesetz 1921 durch das Handelsvertretergesetz 1993⁷ ersetzt. In den EB zur Regierungsvorlage deklariert der Gesetzgeber klar, daß das Zivilmaklerrecht aus dem Handelsvertretergesetz ausgeschlossen werden soll.⁸ Der Gesetzgeber hat sich also selbst zu einer Regelung des Maklerrechts aufgerufen.

Nicht zu übersehen sind darüber hinaus der in den letzten Jahren rapid zunehmende Trend zum Konsumentenschutz sowie die Ausstrahlungen für den Bereich der Versicherungsvermittler einschlägiger EU-Richtlinien bzw Empfehlungen.

II. Die geltende Rechtslage für Versicherungsmakler

Die herrschende österreichische⁹ und deutsche Lehre¹⁰ betrachtet den Versicherungsmakler als Handelsmakler. Nach der Legaldefinition des § 93 HGB ist Handelsmakler, wer gewerbsmäßig für andere Personen, aber — im Gegensatz zum Handelsvertreter — ohne von ihnen aufgrund eines Vertragsverhältnisses ständig damit beauftragt zu sein, die Vermittlung von Verträgen über ... Versicherungen ... übernimmt.

Freilich weist das Bild des Versicherungsmaklers gegenüber dem in den §§ 93f HGB angelegten des Handelsmaklers mancherlei Besonderheiten auf. Zu diesen zählt, daß der Versicherungsmakler den Versicherungsnehmer als dessen Bundesgenosse zur Interessenwahrnehmung und zum Tätigwerden im Sinne schnellstmöglicher Besorgung passenden, individuellen Versicherungsschutzes verpflichtet ist. Dies entspricht auch Pkt 1 der Berufsordnung¹¹ der Versicherungsmakler, die den Versicherungsmakler als selbständigen Versicherungsvermittler sieht. Im Gegensatz zu allen anderen Versicherungsvermittlern wird der Versicherungsmakler nicht im Auftrag des Versicherers tätig, sondern nur im Auftrag des Klienten, der ihm dafür auch Vollmacht erteilt.

⁵ Die Bezeichnung Handelsagent wurde in der Novelle 1960 (BGBl 1960/153) durch Handelsvertreter ersetzt, Handelsvertretergesetz (HVG).

⁶ So insb *Jabornegg*, HVG § 1 Anm 4.6.1.

⁷ BGBl 1993/88.

⁸ Vgl 578 BlgNR 18. GP.

⁹ Vgl *Fenyves*, Die Haftung des Versicherungsmaklers nach österreichischem Recht, in *Fenyves/Koban* (Hrsg) Die Haftung des Versicherungsmaklers (1993) 3 (FN 14 mwN).

¹⁰ Vgl *Fenyves* in *Fenyves/Koban*, Haftung 3 (FN 13 mwN).

¹¹ Berufsordnung der österreichischen Versicherungsmakler, Stand 6. 3. 1992.

Dem liegt die Zielvorstellung zugrunde, daß der Versicherungsmakler als unabhängiger Vermittler nur seinem sachlichen Wissen folgend den bestmöglichen Versicherungsschutz bei einem unter diesem Gesichtspunkt frei ausgewählten Versicherer besorgt. Zugleich soll er dadurch mit seinem Fachwissen und seiner Erfahrung die versicherungsbezogenen Wissens- und Erfahrungsdefizite des Versicherungsnehmers ausgleichen.

Besonders hervorzuheben ist auch, daß die Interessenwahrnehmungspflicht sich nicht auf den Vermittlungs- und Abschlußvorgang beschränkt, sondern das Versicherungsverhältnis in seiner ganzen Dauer begleitet.

Trotz dieser Besonderheiten ist die Einschlägigkeit der §§ 93f HGB grundlegend bedeutsam: Aus ihr folgt, daß der Versicherungsmakler — dem Bilde und den Anforderungen eines ehrlichen Maklers im Sinne des HGB entsprechend — zu beiden Seiten in einem sogenannten Doppelrechtsverhältnis steht und somit auch gegenüber dem Versicherer Rechte und Pflichten hat.

Dagegen will eine doch sehr beachtliche Mindermeinung den Versicherungsmakler angesichts der dargestellten stark vom typischen Handelsmakler abweichenden Stellung als Zivilmakler bzw als selbständigen Handelsvertreter behandelt wissen.¹²

Ungeachtet dieser Meinungsdivergenzen ist festzuhalten, daß die Rechtsstellung des Versicherungsmaklers im Handelsmaklerrecht lückenhaft geregelt ist. Bei Gesetzeslücken — insbesondere im Provisionsrecht — mußte daher bisher überlegt werden, inwieweit auf Regeln des allgemeinen Maklerrechts zurückzugreifen ist. In diesem Sinne weist auch der OGH¹³ zutreffend darauf hin, daß der Entgeltsanspruch des Handelsmaklers dem der übrigen Vermittler ähnlich ausgestaltet ist. Zudem sind auch bestehende Handelsbräuche zu berücksichtigen, die zum Teil in der Berufsordnung der Versicherungsmakler formuliert und so im Wege der Vertragsauslegung (§ 914 ABGB) durchaus von Bedeutung sind.

Alleine diese Erkenntnis rechtfertigt schon die Überlegung des Gesetzgebers, die Rechtsstellung des Versicherungsmaklers neu zu regeln, zumal den Versicherungsvermittlern im allgemeinen und dem Berufsstand Versicherungsmakler im besonderen durch den europäischen Binnenmarkt wachsende Bedeutung zukommen wird.

Die aufgezeigten Regelungslücken haben aber in der Rechtswirklichkeit auch dazu geführt, daß die auf dem Papier vorhandene Typenreinheit in Unordnung geriet, weil sich einerseits Versicherungsmakler gelegentlich zu eng an Versicherungen binden und sich andererseits auch Versicherungsvertreter nicht selten makelnd betätigen.

In diesen Befund fügt sich nahtlos ein, daß selbst die höchstgerichtliche Entscheidungspraxis den Begriff des Versicherungsmaklers von jenem des Versicherungsvertreters nicht eindeutig abgrenzt. So liest man etwa in einer Entscheidung des OGH¹⁴ aus dem Jahre 1978 den eher merkwürdig anmutenden Satz, daß eine gesetzliche Regelung der Rechtsbeziehungen des Versicherers mit einem selbständigen Versicherungsmakler nicht bestehe, weil das HVG nach seinem § 30 Abs 1 nicht anwendbar sei. Aus dem zuvor Gesagten geht hervor, daß diese Aussage des OGH unrichtig ist; denn die Rechtsverhältnisse des selbständigen Versicherungsmaklers sind eindeutig in den §§ 93f HGB gesetzlich näher geregelt, und der Maklerlohn hat im Art 6 Nr 13 der 4. EVHGB eine spezielle Regelung erfahren. § 30 Abs 1 HVG ist daher insoweit keinesfalls einschlägig. Die Aussage des OGH

¹² So insb *Jabornegg*, Der Provisionsanspruch des Versicherungsmaklers, VR 1988, 271 und 337.

¹³ OGH 11. 1. 1977 EvBl 1977/171.

¹⁴ Vgl OGH 17. 3. 1978 VersR 1979, 289 = EvBl 1979/3 = VersE 850.

wäre zumindest in der Sache daher nur dann richtig gewesen, wenn es sich um einen selbständigen Versicherungsvertreter und nicht um einen Versicherungsmakler gehandelt hätte. Ob das eine oder das andere der Fall war, läßt sich der Entscheidungsveröffentlichung kaum entnehmen. Denn einerseits bezeichnet der OGH den dortigen Kläger dezidiert als Versicherungsmakler, der gewerbsmäßig für einen grundsätzlich unbestimmten Personenkreis die Vermittlung oder Abschließung von Versicherungsverträgen mit dem ihm bezeichneten oder von ihm zu wählenden Versicherungsunternehmen übernimmt. Andererseits ist jedoch von einem Vertragsverhältnis zur beklagten Versicherung die Rede, kraft dessen der Kläger Provisionsansprüche für die von ihm vermittelten Versicherungsverträge habe, was wiederum auf eine ständige Betrauung hinweist. Ähnliche Abgrenzungsprobleme hat der OGH bei zwei jüngst ergangenen Entscheidungen¹⁵. Nach der Entscheidung 7 Ob 30/91 soll bereits eine bloße Courtagezusage ausreichend für die Annahme sein, daß ein Versicherungsmakler dadurch zum Versicherungsagenten des Versicherungsunternehmens im Sinne des § 43 VersVG und damit Erfüllungsgehilfe des Versicherungsunternehmens wird.

III. Veränderte Vorgaben und Anforderungen im europäischen Binnenmarkt

Vertreter der EG-Kommission haben mehrfach betont, daß der Kunde im gemeinsamen europäischen Markt von der erhofften Erweiterung der Produktpalette nur dann wirklich Gebrauch machen kann, wenn er von qualifizierten Vermittlern beraten und betreut wird.¹⁶ Aber auch die Versicherungsunternehmen profitieren von der ihnen eingeräumten Niederlassungs- und Dienstleistungsfreiheit tatsächlich nur dann, wenn auch die Vermittler diese Freiheiten erhalten, um in der ganzen Gemeinschaft die Produkte der Versicherer erklären und anbieten zu können. Letzteres ist offensichtlich heute noch nicht der Fall. Durch die Richtlinie 77/92¹⁷ wurde in der EG bereits im Jahre 1976 die gegenseitige Anerkennung von Diplomen und Fähigkeiten geregelt. Diese sogenannte Vermittlerrichtlinie erleichterte die Aufnahme und Ausübung der Berufstätigkeit von EG-Bürgern als Versicherungsvermittler in anderen EG-Staaten, regelte jedoch nicht den Zugang und die Ausübung der Vermittlerstätigkeit überhaupt, dh unter welchen Voraussetzungen eine Person die Tätigkeit als Versicherungsvermittler aufnehmen und ausüben darf. Bemerkenswert ist vor allem auch die Definition des Versicherungsmaklers in der EG-Vermittlerrichtlinie: Demnach geht es um die „Berufstätigkeit von Personen, die zum Zwecke der Herstellung eines Versicherungs- oder Rückversicherungsschutzes als Vermittler zwischen Versicherungsnehmer und frei von ihnen gewählten Versicherungs- oder Rückversicherungsunternehmen auftreten, den Abschluß von Versicherungsverträgen vorbereiten und gegebenenfalls bei ihrer Verwaltung und Erfüllung, insbesondere im Schadensfall, mitwirken“.

Durch eine Empfehlung¹⁸ vom 18. 12. 1991 versucht die EG-Kommission sicherzustellen, daß Versicherungen nur durch solche Personen vermittelt werden dürfen, die bestimmte berufliche Anforderungen erfüllen und in ein Register eingetragen sind. Zum Schutz der Versicherungsinteressenten legt die Kommission weiter fest, daß strikt zwischen dem Versiche-

¹⁵ OGH 30. 11. 1989 VersE 1452 = VR 1990/210 = VersR 1991, 87 = ZVR 1991/121 = SZ 62/187; 19. 12. 1991 SZ 64/189 = RdW 1992, 367 = ecolex 1992, 624 = VR 1992, 186.

¹⁶ So zB *Brittan*, *Der Europäische Binnenmarkt der Versicherungen. Was noch zu tun bleibt*, VW 1990, 754f: „Die Beratung durch einen qualifizierten, unabhängigen Versicherungsmakler ist der beste Schutz, den ein Verbraucher haben kann.“

¹⁷ 77/92/EWG; Abl L 1977/26, 14.

¹⁸ 92/48/EWG; Abl L 1992/19, 32.

rungsmakler als dem von Versicherungsunternehmen unabhängigen Vermittler und dem an einen oder mehrere Versicherer gebundenen Vertreter unterschieden werden muß.

Für unabhängige Versicherungsvermittler (Versicherungsmakler) sieht die Empfehlung besonders strenge Voraussetzungen vor. So soll der Versicherungsmakler verpflichtet werden, dem Versicherungsinteressenten gegenüber offenzulegen, ob und gegebenenfalls welche unmittelbaren rechtlichen oder wirtschaftlichen Bindungen an ein Versicherungsunternehmen oder Beteiligungen an solchen (oder umgekehrt) bestehen. Darüber hinaus sollen Makler die Aufteilung des Vorjahresgeschäftes auf die verschiedenen Versicherungsunternehmen einer vom jeweiligen Mitgliedsland bestimmten Einrichtung gegenüber offenlegen.

Mit dieser dem britischen Recht entlehnten Regelung will die Kommission dem Unwesen des Pseudomaklertums begegnen und dem Versicherungsinteressenten die Klarheit verschaffen, daß derjenige, der ihm gegenüber als Makler auftritt, auch tatsächlich Makler ist. Versicherungsmakler sollen weiters besondere kaufmännische und fachliche Kenntnisse und Fertigkeiten sowie einen guten Leumund und den Nachweis der ausreichenden finanziellen Leistungsfähigkeit liefern können. Zum Schutz der Kunden sind die unabhängigen Versicherungsvermittler zum Abschluß einer Vermögensschadenhaftpflichtversicherung (oder einer sonstigen Garantie) verpflichtet.

Im geplanten Maklergesetz selbst setzt der nationale Gesetzgeber bis auf die Definition des Versicherungsmaklerbegriffes keine europarechtlichen Vorgaben um. Die privatrechtliche Regelung des Maklerrechts ist nach den EB¹⁹ dem nationalen Recht der Mitgliedsstaaten überlassen. Die öffentlich-rechtlichen Vorgaben sind demnach im Gewerberecht, Versicherungsaufsichtsrecht oder in einem eigenen Versicherungsvermittlergesetz zu regeln.

St. Wolfgang Gespräche 1994:

Der Preis der Gesundheit

VON UNIV.-LEKT. DR. WOLFGANG ROHRBACH

In den meisten Staaten Europas werden die häufig über der allgemeinen Inflationsrate liegenden Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen beklagt. Der vielzitierte Fortschritt in der Medizin ist nur einer unter mehreren Gründen für die Kostensprünge. Die zunehmende Überalterung der Bevölkerung wirkt sich ebenso aus wie eine von Unkoordiniertheit und geringer Transparenz beeinflusste Gesundheitspolitik. Es existieren große preisliche Unterschiede für gleiche oder ähnliche Dienstleistungen. Stellvertretend für viele andere Beispiele seien die Pflegegebühren der Spitäler im kleinen Land Österreich genannt. Dennoch zeigt sich bei näherer Betrachtung der Struktur in den europäischen OECD-Staaten, daß ein enger Zusammenhang zwischen Bruttoinlandsprodukt und Aufwendungen für das Gesundheitswesen besteht. In allen betreffenden Staaten liegt die Ausgabenquote bei 7 bis 8,5% des BIP. Da im Gesundheitsbereich kaum Marktpreise existieren, erhebt sich die Frage, ob diese Aufwandsquote gesellschaftspolitisch erwünscht ist oder sich als wenig erfreuliches Resultat mangelnder Koordination und Transparenz präsentiert. Den immer häufiger vorgebrachten Forderungen nach einem verstärkten Wettbewerb in den Institutionen des Gesundheitswesens zufolge dürfte die zweite Feststellung zutreffen. Dennoch entscheidet

¹⁹ EB MinE 1 f.

im OECD-Schnitt noch immer zu 80% der Staat über den Einsatz und die Aufteilung der Finanzmittel im Gesundheitswesen. Mit Mißvergnügen erkennt der Bürger, daß er Finanzier eines Systems ist, das eine sündteure maximale Versorgung gewährleistet, die aber keineswegs optimal ist.

Alle diese Punkte durch in- und ausländische Experten in Arbeitskreisen zu analysieren bzw. Anregungen durch Vorträge zu erhalten, war Ziel der Veranstaltung „Der Preis der Gesundheit“, die der Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs, Sektion Krankenversicherung, am 11. und 12. September 1994 in St. Wolfgang abhielt. Als Moderator fungierte der bekannte ORF-Redakteur Wolfgang Pav.

Der Vorsitzende, *Verbandsvizepräsident Gen.-Dir. Herbert Schimetschek*, konnte ca. 150 Vertreter aus Politik, Wirtschaft und Wissenschaft sowie im Spitalswesen tätige Führungskräfte, Repräsentanten von Behörden, Versicherer und Journalisten begrüßen. Besonders erfreulich war der Umstand, daß dieses Mal auch Vertreter aus den USA, der BRD, der Schweiz, Spanien usw an der Veranstaltung teilnahmen.

In seinem Einleitungsstatement warnte Gen.-Dir. Herbert Schimetschek vor weiteren Kostensteigerungen im privaten Krankenversicherungsbereich. Die Versicherer befürchten, daß die — auch in Österreich im europäischen Vergleich sehr weit verbreitete — private Krankenversicherung (nur in Frankreich und den Niederlanden ist der Verbreitungsgrad noch höher) zum „Luxusgut“ werden könnte, das sich nur mehr wenige leisten können. Schuld daran sei eine verfehlte Struktur- und Behandlungs-, aber auch Einkommenspolitik. In anderen europäischen Ländern sei zB der Anteil der jährlichen Krankenhausaufenthalte deutlich niedriger als in Österreich: Gehen in Österreich 25 von 100 Personen einmal pro Jahr ins Spital, so sind es in der BRD 17, in der Schweiz 12 und in Italien 15. Immer stärker wird in diesem Zusammenhang übersehen, daß die PKV-Prämien nicht originäre Leistungen sind, sondern Behandlungskosten auf Rechnung der Versicherten.

Gesundheitsministerin Christa Krammer will in der nächsten Legislaturperiode — wie sie in einem Kurzvortrag betonte — eine leistungsbezogene Spitalsfinanzierung verwirklicht sehen sowie zusätzlich Kompetenzen an sich ziehen. Daß nämlich die Schaffung eines leistungsbezogenen Kostensystems auch nach Jahren noch nicht gelungen ist, führt die Ministerin auf die ganz „fatale Kompetenzlage“ ihres Ministeriums zurück. Die Expertenberatungen für eine leistungsbezogene Krankenhausfinanzierung (LKF) befinden sich — laut Krammer — in der Endphase; jetzt hänge alles nur vom politischen Willen ab. Die politische Entscheidung könne dann zwischen mehreren Alternativen fallen. Eine Einführung, die „nichts kostet“, könnte stufenweise ab Jahresbeginn erfolgen. Zur Diskussion stünde die Systemumstellung etwa in bestimmten Spitalsbezirken oder Bundesländern beziehungsweise nach Anwendungssektoren (etwa in der Chirurgie).

Langfristige Intention ist, die alljährlich zweistellige Kostensteigerungsrate im Spital einzubremsen. Auch 1993 sind die Krankenhauskosten wieder um zehn Prozent gestiegen. Unter Ausklammerung von Sonderanstalten könnte das LKF-System in rund 150 öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern in Österreich zur Anwendung kommen.

Jean Pierre Poullier (von der OECD Paris) betonte in seinem Vortrag „*Effizienz der Gesundheitsausgaben in der Volkswirtschaft — Österreich, Europa*“, daß folgender Handlungsbedarf in den europäischen Gesundheitssystemen notwendig ist:

„Wir brauchen eine Verlagerung der Versorgung weg von den Krankenhäusern in die Primärversorgung in den Arztpraxen und die Gesundheitsvorsorge.“ Als Kontrolle sollte der Hausarzt den Eintritt seiner Patienten in höhere Versorgungsstufen überwachen — eine „Gatekeeper“-Funktion, die im österreichischen Sozialversicherungssystem durch die Mög-

lichkeit, sich auch ohne Überweisung direkt an einen Facharzt zu wenden, derzeit unterlaufen werden kann.

Zu den im Bewußtsein stärker präsenten Faktoren zählt der Fortschritt der Medizintechnik. Jede neue Errungenschaft schafft Nachfrage — je teurer die medizinische Apparatur, desto höher wird der Druck auf Ärzte und Spitalsbetreiber, sie auch auszulasten, um auf betriebswirtschaftliche Rentabilität zu kommen. Werden die (zum Teil gravierenden) Überkapazitäten nicht abgebaut (wie es mit Spitalbetten schon praktiziert wird), treiben vor allem oft unnötige oder mehrfach durchgeführte Diagnoseprozeduren die Kosten in astronomische Höhen. Doch auch die Patienten verlangen nach der Spitzenmedizin. Poullier wörtlich: „Es gibt bei uns Kardiologen, die zugeben, daß 30 bis 40% ihrer diagnostischen Maßnahmen keine klinische Bedeutung haben. Aber wer das in Frankreich in Frage stellt, wird gleich als unethisch betrachtet.“

Im Vortrag *„Die Anpassungsfähigkeit der Gesundheitssysteme an zukünftige Herausforderungen“* sprach sich Univ.-Prof. Dr. Peter Zweifel (Zürich) für eine Öffnung der nationalen Gesundheitssysteme gegenüber dem internationalen Wettbewerb aus. Die Internationalisierung des Gesundheitsmarktes sei zwar erst in der Anfangsphase, könne und werde aber große Veränderungen mit sich bringen. „Es wird mehr Konkurrenz um zahlungskräftige Patienten und leistungsfähige Ärzte geben.“ Spitzenkrankenhäuser werden sich stärker als bisher in multinationalen Ketten organisieren und damit zum Teil nationalen Kliniken das Wasser abgraben. In einer Orientierung auf hochtechnologische Spitzenmedizin sieht Zweifel (wie Poullier) auch Gefahren — „neue Diagnoseverfahren sind immer kostensteigernd, durch die teure Primärinvestition, hochqualifiziertes Personal und kostspielige Verbrauchsmaterialien“.

In einem eigenen Punkt des Vortrages kam Zweifel auf die Überalterung der Bevölkerung zu sprechen. Sie wird generell als größte Herausforderung an das Gesundheitswesen gesehen. Jüngste Untersuchungen zeigen aber, daß die Nachfrage nach medizinischen Leistungen nicht mit dem Alter, sondern — unabhängig davon — in den letzten Jahren vor dem Tod zunimmt. Sollte sich dies im Großteil aller Fälle bewahrheiten, ist diese Herausforderung (vor allem in bezug auf die Finanzierung der Gesundheitsleistung) leichter zu bewältigen als befürchtet.

Die „Vereinzelung“ wird hingegen deutlich unterschätzt; die zunehmende Zahl der Ein-Personen-Haushalte macht überall dort formelle Leistungen notwendig, wo früher Betreuung „auf Gegenseitigkeit oder aus Solidarität“ vorhanden war.

Preisbeeinflussung durch abgestufte Versorgungsintensität

Zu dieser Thematik bezogen zwei Experten Stellung. Prof. Dr. Alfred Radner wies in seinem Vortrag *„Abgestufte Versorgungsintensität — Sonderklasse, Belegspital, ambulanter Bereich, Tagesklinik, Pflegebereich“* auf die Tatsache hin, daß der Fortschritt der Medizin sich heute auch in Zeit- und Geldersparnis bei früher aufwendigen Diagnosen und Therapien bemerkbar mache. So könne in Tageskliniken schon eine Reihe aus dem stationären Bereich kommender Behandlungen wesentlich kostengünstiger, zeitökonomisch und dennoch ohne Qualitätsverlust durchgeführt werden. Der Spitzenmedizin ist es auch zu verdanken, daß die durchschnittliche Verweildauer in den Spitälern in den letzten Jahren kontinuierlich sank.

Allerdings gibt es nicht nur Verbesserungen, sondern auch Kostenverlagerungen, die mit verschiedenen negativen Begleiterscheinungen verbunden sind. Als Beispiel führte Radner die Spitalsambulanzen an. Die Frequenzsteigerung belief sich seit 1990 auf 11% jährlich,

die Kosten nahmen dagegen zwischen 21 und 25% pro Jahr zu. Zurückzuführen ist dies auf die immer aufwendigeren technischen Methoden, die vorher zum Teil im stationären Bereich abgewickelt wurden, sowie auf die Auslagerung von Nachbehandlungen und vorbereitenden Maßnahmen in die Ambulanzen. Auch praktische Ärzte nutzen Ambulanzen vermehrt.

Trotz hoher Kostensteigerungen sollte aber bedacht werden: Einerseits bieten die Krankenhausambulanzen einen 24-Stunden-Dienst an. (Welcher Arzt ist 24 Stunden erreichbar?) Samstag, Sonntag, und in der Nacht steht für Akutfälle die Krankenhausambulanz zur Verfügung und wird auch in Anspruch genommen. Nicht so günstig ist die Infrastruktur bei anderen extramuralen Institutionen. Vielfach ist es aber so, daß ein ärztlicher Notdienst zwar besteht, aber nicht immer erreichbar ist oder es zu lange dauert, bis er kommt. Der Weg ins Krankenhaus ist in Nottfällen immer der erste. Und so ist auch der starke Zuwachs zu erklären.

Im Zusammenhang mit dem leistungsbezogenen Finanzierungssystem für Krankenanstalten warnte Radner davor, nur die stationären Fälle ohne Seitenblick auf den ambulanten Bereich (der ja die Drehscheibe des Gesundheitswesens ist) zu analysieren. Überhaupt ist die ambulante Behandlung bzw. Behandlung in Ambulanzen kein Allheilmittel zur Kostensenkung. Insbesondere dort nicht, wo sie zu einem stationären Aufenthalt hinzutritt.

Der US-Experte *Dr. Neeraj Kumar Kanwal* verwies in seinem Vortrag „*Managed Care System — USA*“ darauf, daß es in bestimmten Projekten in den USA gelungen sei, die Länge der Spitalsaufenthalte auf (durchschnittlich) 2,5 bis 4 Tage zu verkürzen und eine immer größere Anzahl an Fällen überhaupt außerhalb der Spitäler abzuwickeln — so werden bereits zwei Drittel aller chirurgischen Eingriffe ambulant durchgeführt. Zum Vergleich: Österreich liegt — nach einer Verringerung um rund ein Drittel innerhalb der letzten 15 Jahre — mit einer mehr als doppelt so langen Verweildauer (knapp zehn Tage) etwa gleich mit anderen kontinentaleuropäischen Staaten.

Aus dem Vortrag Kanwals wurde allerdings auch deutlich, daß die leistungsorientierte Abrechnung nicht unbedingt eine Senkung der Kosten der Krankenhäuser bewirkt und auch nicht immer die Effizienz steigert. Der US-Experte berichtete, daß man in den USA derzeit von diesem System wieder abrücke. Im Vormarsch sei ein Pauschalierungssystem: Die Versicherten zahlen bestimmte Beiträge, mit denen die Krankenhäuser das Auslangen finden müssen. Nach Kanwal funktioniert ein stufenweise aufgebautes Gesundheitssystem dieser Art am besten. Der Schlüssel zur Kosteneffizienz liegt darin, die Behandlung auf einer möglichst niedrigen Stufe durchzuführen:

Stufe 1: Self Care (Selbstbehandlung) unter Anleitung.

Stufe 2: Primary Care (Hausarzt); in den vorgestellten (funktionierenden) Modellen enden bis 70% aller Inanspruchnahmen des Gesundheitssystems auf dieser Stufe.

Stufe 3: Specialist (Facharzt); dieser, aber auch die weiteren Stufen können nur nach Zustimmung des Hausarztes in Anspruch genommen werden, dem somit eine „gatekeeper“-Funktion zukommt. Diese zentrale Stellung des „gatekeeper“ zu akzeptieren, setzt die eine Bereitschaft der Patienten voraus, auf eine freie Arztwahl zu verzichten; dies scheint derzeit in Österreich nicht gegeben. Zu Recht wurde in der Diskussion darauf verwiesen, daß das österreichische Pendant zur „gatekeeper“-Funktion, der Überweisungsschein, nur Formalcharakter (und dies oft nur ex-post) hat.

Stufe 4: Out patient surgery (ambulante Chirurgie); der Ausbau des ambulanten Bereiches ist auch in Österreich im Gange, was durch wachsende Patientenzahlen (Zuwächse von über 10% pro Jahr) und wachsende Kosten (Steigerungen von jährlich über 20%) do-

kumentiert ist. Wenn der Ausbau der ambulanten Versorgung allerdings nicht mit der davor liegenden ärztlichen und der übergeordneten Spitalsbehandlung abgestimmt ist — und diesbezüglich sind gewisse Fragen anzumelden —, ist kaum ein Beitrag zur Kostenentlastung zu erwarten.

Stufe 5: Hospital (Spital).

Stufe 6: Center of Excellence (Spitzenversorgung). Je effizienter das System Krankheiten auf niedrigeren Stufen behandeln kann, desto größer muß der Einzugsbereich für stationäre Behandlungen werden. Für Spezialbehandlungen wäre — legt man die amerikanischen Maßstäbe auf Europa um — der nationale Rahmen für eine diesbezügliche „Vollversorgung“ bereits zu klein.

Alle genannten Stufen müssen jedoch im Rahmen einer „verwalteten Versorgung“ angeboten werden. Sie setzt sich aus folgenden Punkten zusammen:

- Eingeschränkte Auswahl der Anbieter
- Überwachung der ausgewählten Ärzte
- Individuelle Verwaltung für Patienten, die besonders hohe Kosten verursachen
- Hervorragende Transplantationszentren
- Verwaltung, die sich ausschließlich mit der notwendigen medizinischen Versorgung befaßt

Aus dem Forderungskatalog der privaten Krankenversicherer

Schon ab 1. 1. 1995 soll — zumindest in Teilbereichen — ein Fallpauschale die tagesbezogenen Pflegegebührenersätze ablösen. Die privaten Krankenversicherer (PKV) stellen dazu Forderungen, die *Dir. Dr. Dopplinger* in seinem Beitrag „*Forderungen der privaten Krankenversicherer zur leistungsorientierten Spitalsfinanzierung*“ umriß.

1. Soll die leistungsorientierte Finanzierung eine Steuerungsfunktion ausüben, muß sie die gesamten, in Form eines Budgets erhobenen Grundkosten der Krankenanstalten abdecken.
2. Die Sonderklassepatienten haben — tagesbezogen und für den jeweiligen Einzelfall — nur den Aufwand für die „höheren Ansprüchen entsprechende besondere Ausstattung“ zu bezahlen.
3. Der „Hausrücklaß“ (der Teil des Honorars, das der Arzt von der privaten Krankenversicherung erhält und den er an das Krankenhaus abgeben muß) darf in einem leistungsorientierten Finanzierungssystem keinen Platz mehr finden. Der Entfall des Hausrücklasses würde somit die Zahlungen der PKV um diesen Anteil vermindern und sich in der Folge auch auf die Prämien auswirken.

Die privaten Krankenversicherer betrachten die Einführung eines leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystems auch als Anstoß zu einer Neuordnung des Honorarsystems im Bereich der Sonderklasse. Ein Weg könnte die Entwicklung einer diagnoseorientierten Fallpauschale für den Hauptbehandler sein, der wiederum aus diesem Pauschalhonorar sein Behandlungsteam bezahlt.

Im weiteren kam der Vortragende auf die wirtschaftliche Bedeutung der PKV für das österreichische Gesundheitswesen zu sprechen: Die Zahlungen der PKV an die Krankenanstalten betragen im vergangenen Kalenderjahr 8,7 Milliarden Schilling, davon entfielen 46% auf die Krankenhäuser, 54% auf die Arzthonorare. Die PKV-Zahlungen insgesamt stiegen in den letzten fünf Jahren (1989—1993) um fast 38% und betragen 1993 11,1 Milliarden Schilling.

Dieses Finanzierungsvolumen hat zweifelloses Gewicht. Ob die PKV ihre Bedeutung als Finanzier der Sonderklasseleistungen auch in der Zukunft halten kann, liegt am weiteren Vorgehen der Verantwortlichen bei Bund und Ländern, an den Ärzten und ihren Vertretern. Denn nur eine maßvolle Leistungsentwicklung kann auch eine maßvolle Prämienentwicklung zur Folge haben. Und jede gekündigte Versicherung bedeutet weniger Sonderklassepatienten und somit auch weniger Sonderklassegebühren, die den Krankenhäusern zufließen.

Statements aus den Arbeitskreisen

Arbeitskreis 1 „Alternativen im Gesundheitswesen — Ausländische Modelle für Österreich anwendbar?“ wurde von Dr. Christian Richner geleitet; Berichterstatter im Plenum war Dr. Peter Kritscher.

Auch in einigen Ländern Europas regelt ein Allgemeinmediziner als sogenannter „gatekeeper“ den Zugang zu den spezialisierten Einrichtungen. In Großbritannien zB wird dieses System sehr stark forciert. Dort übernimmt dieser Arzt auch eine Gesamtmanagementfunktion für den Patienten. In Deutschland wurde von der privaten Krankenversicherung vor Monaten eine Chip-Karte eingeführt, welche einen direkten Zugang zu Spezialisten, dh unter Umgehung des Allgemeinmediziners, ermöglicht. Die finanziellen Auswirkungen dieses Systems sind allerdings noch unklar. Prinzipiell wird der „gatekeeper“ von manchen Patienten als Entmündigung angesehen, weil die Arztwahl eingeschränkt wird. Insgesamt ist eine vermehrte Konkurrenz unter den Leistungserbringern zu sehen. ZB bieten Krankenhäuser ein erweitertes Angebot — ambulante Operationen, tagesklinische Leistungen — an, andererseits bauen Ordinationen ihr Angebot weiter aus, dh es gibt Operationsäle in Ordinationen, die ebenfalls das Leistungsangebot vergrößern.

Gefordert wurde von den Teilnehmern dieses Arbeitskreises die Ausarbeitung vergleichbarer europäischer Statistiken, die entscheidend mithelfen können, Verbesserungen, aber auch neue Schwachstellen des Systems in den einzelnen Ländern aufzuzeigen.

Arbeitskreis 2 „Arztwahl — Selbst- oder Fremdbestimmung des Kranken“ wurde vom Ärztekammerpräsident für Tirol, Dr. Artur Wechselberger, geleitet; Berichterstatter im Plenum war Univ.-Lekt. Dr. Wolfgang Rohrbach.

Es gibt nur wenige Bereiche im Gesundheitswesen Österreichs, in denen die Expertenmeinungen so geteilt sind, wie in bezug auf die freie Arztwahl. Die einen halten sie für ein Grundrecht des Patienten, die anderen für eine Utopie. Der Grund für diese Meinungsdivergenzen: die freie Arztwahl ist in keinem einzigen Gesetz positiv definiert oder verbrieft. Lediglich im ASVG sind gewisse Formulierungen enthalten, die für den Aufgabenbereich der gesetzlichen Krankenversicherung (die dem Bürger eine zweckmäßige Basisversorgung bieten soll) ausreicht. Viele Österreicher wollen sich aber durch zusätzliche Investitionen ein möglichst hohes Maß an Freizügigkeit bei der Arztwahl im stationären, semistationären und ambulanten Bereich sichern. Rund ein Drittel aller Österreicher betreibt deshalb Eigenvorsorge und besitzt eine private Krankenversicherung. Der Grund für diese Form der Eigenvorsorge ist das starke Bedürfnis nach Zuwendung.

Ärztliche Zuwendung nimmt den Patienten das Gefühl der Hilflosigkeit, des Ausgeliefertseins und der Abhängigkeit. Ein Arzt, der zuhören kann, seelische Bedürfnisse errät, Konflikte erahnt und dem Nächsten als Gesprächspartner gegenübersteht, schafft eine Atmosphäre von therapeutischer Wirkung. Da Krankheit immer alle Dimensionen der menschlichen Existenz erfaßt und immer mit Angst und Bedrohtheit gekoppelt ist, resultieren daraus unweigerlich Konflikte und seelische Not. Durch Zuwendung gelingt es oft, den Patienten aus seiner Resignation herauszuführen; das erspart Medikamente und ist heilsam. Der Pa-

tient gibt sich nicht so schnell auf, er macht von seinen Ressourcen Gebrauch und nimmt an der Therapie aktiv Anteil.

Wie verhält sich nun der Gesetzgeber zu den Wünschen der eigenvorsorgeorientierten Bürger und wie funktioniert die Umsetzung? Das Beispiel der 1,15 Millionen Sonderklasse-versicherten veranschaulicht die Situation am besten. Nach der österreichischen Gesetzeslage hat der Sonderklassepatient bzw. Privatpatient kein Recht, lediglich ein besser ausgestattetes Krankenzimmer ohne ärztliche Sonderleistungen zu wählen und zu bezahlen. Er ist verpflichtet, an die Spitalsärzte ein Behandlungsentgelt zu bezahlen.

Welches Recht erwächst dem Privatpatient aus dieser Verpflichtung? In den Sanatorien bzw. Privatspitälern, die mit dem Bundes-KAG 1988 der Sonderklasse gleichgestellt wurden, läßt sich das Recht des Privatpatienten noch relativ leicht umreißen. Wo das Belegarztprinzip vorherrscht, bringt der Patient den von ihm frei gewählten Arzt ins Spital mit und wird von diesem behandelt. Wofür aber werden heute in den allgemeinen öffentlichen Krankenhäusern von Sonderklassepatienten Behandlungsentgelte eingehoben? Der Gesetzgeber legt dem Patienten nur eine Zahlungspflicht auf, ohne ihn über seine ihm dafür rechtlich zustehenden Gegenleistungen der Ärzteschaft zu informieren. Mit dem Behandlungsentgelt wird in den allgemeinen öffentlichen Krankenhäusern dem Privatpatient — aus einer historisch bedingten Gepflogenheit — die Behandlung durch den Primararzt abgegolten.

Die Wahl und die damit verbundene Extrahonorierung eines tüchtigen Oberarztes ist hingegen nach dem Gesetz nicht zulässig. Gegen diese Einschränkung der freien Arztwahl kämpfen die Patientenrechtsorganisationen — allen voran die private Krankenversicherung — an. *Zahlreiche Experten plädieren für eine entsprechende Novellierung des Bundes-KAG 1988.* Denn so die Begründung: Man kann nicht einerseits Sanatorien und aö Krankenanstalten gleichsetzen, sie aber andererseits bei der ärztlichen Dienstleistung weiterhin als zwei getrennte Bereiche gelten lassen.

Arbeitskreis 3 „Möglichkeiten abgestufter Versorgungsintensität“ wurde vom Finanzreferent der Ärztekammer für Wien, Dr. Walter Ebm, geleitet; Berichterstatter im Plenum war Senatsrat Univ.-Doz. Dkfm. Dr. Eugen Hauke.

Das Hauptproblem, das in diesem Arbeitskreis diskutiert wurde, war, daß nicht alle Patienten in dem Versorgungsbereich behandelt werden, der eine optimale Kosten-Nutzen-Situation aufweist. Die Ursache liegt nicht in Fehlern oder Fehleinschätzungen, sondern an den unterschiedlichen Interessen, die Patienten, Versicherer, Leistungsanbieter, Politiker usw. haben. Wenn zB ein Leistungsanbieter Gewinne maximieren möchte, sind möglichst viele Patientenbehandlungen in seinem Versorgungsbereich notwendig. Für Versicherer kann eine solche Vorgangsweise nur verlustbringend sein. Will man eine Optimierung der Ressourcen für alle am Versorgungssystem Beteiligten erreichen, so gilt es, einzelne Patienten adäquat nach der jeweiligen Krankheit zu versorgen. Diesem wohlgemeinten theoretischen Ansinnen steht jedoch in der Praxis ein Hindernis gegenüber. Es ist die Frage nach der Kostenwahrheit. Wir wissen alle, daß in unserem Gesundheitssystem Kosten nicht immer gleich dem Entgelt sind, daß wir also zum Teil Leistungen haben, wofür das Entgelt wesentlich geringer ist als die Kosten, die auflaufen. Denken wir etwa an einen niedergelassenen praktischen Arzt, der in Wien pro Quartal für einen Krankenschein nur rund 300 Schilling bekommt, auch wenn der Patient zehn- bis fünfzehnmal seine Ordination aufsucht. Hier kann man keinesfalls von Kostendeckung sprechen. Auch der Anteil der sozialen Krankenversicherung an den Pflegegebühren der Krankenhäuser ist mit 1.100 Schilling bis 1.500 Schilling pro Pflage-tag alles andere als ausreichend. Für die Sozialversicherung ist daher das Ausufern der stationären Spitalsaufenthalte ein weit geringeres Problem als für „Voll-

zahler“, wie zB die private Krankenversicherung. Mit dem Pflegegebührenersatz ist nämlich in der sozialen Krankenversicherung alles abgegolten. „Sparen ohne Qualitätsverlust“ im volkswirtschaftlichen Sinn wird aber auch durch die Anspruchsinflation vieler Patienten verhindert. Kaum wird irgendwo über die Medien bekannt, daß ein neuartiger medizinischer Apparat besonders vorteilhaft zur Bekämpfung einer bestimmten Krankheit eingesetzt werden kann, kommen auch schon Patienten, die manchmal sogar noch eine Zusatztherapie mit diesem Gerät wünschen. Um Ärzte und Patienten zu einem vernünftigen Einsatz teurer Diagnose- bzw Therapiegeräte zu animieren, bedarf es bestimmter finanzieller Anreize (Bonus, Selbstbehalt usw).

Arbeitskreis 4 „Chancen und Risiken des LKF-Systems“ wurde von *Dipl.-Ing. Hans Spann* geleitet; Berichterstatter im Plenum war *DDR. Gerhard Moser* von der Steiermärkischen Krankenanstalten GmbH.

Bei der LKF gibt es eine in 1.700 Positionen gegliederte Preisliste. So soll beispielsweise die teuerste Leistung — eine Herztransplantation — mit einer Million Schilling abgegolten und für einen Schnupfenpatienten ein Pauschalhonorar von 5.000 Schilling bezahlt werden. Derzeit werden in Österreichs Gesundheitswesen alle Leistungen von der Krankenkasse gleich honoriert.

Die staatliche Krankenversicherung ist nur eine Teilkasko — verglich Moser. Durch die Bezahlung pro vollem Bett wird im Durchschnitt nur die Hälfte refundiert. Die ärztlichen Leistungen, Untersuchungen auf kostspieligen Geräten oder teure Therapien schlagen sich in den Defiziten der Spitäler nieder.

Das Minus wird von den Ländern und dem kompliziert dotierten Krankenanstalten-Zusammenarbeit-Fonds (KRAZAF) abgegolten. Beträchtliche Vollzahler sind auch die privaten Krankenversicherer.

Mit der leistungsbezogenen Abrechnung können laut dem Experten Hans Spann rund drei Prozent der jährlich 100 Milliarden Schilling teuren Spitalsfinanzierung eingespart werden. Der Sparwille der Spitäler soll mit betriebswirtschaftlichen Überlegungen herausgefordert werden:

- Weil nur mehr die tatsächliche Leistung — unabhängig von der Dauer — bezahlt wird, bemühen sich die Spitäler, ihre Patienten nur kurz zu behalten.
- Durch die kürzere Belegung erhöht sich die Frequenz — es sind weniger Betten nötig.
- Weniger Betten brauchen weniger Personal- und Sachaufwand — von der Küche bis zur Krankenpflege.

Resümee

Die Forderung gewisser Teilnehmer der Veranstaltung, daß es im künftigen Spitals- bzw Gesundheitswesen vor allem wichtig sei, wieder überall kostendeckende Finanzmittel zu erhalten, kann nicht unwidersprochen hingenommen werden. Vorerst gilt es, die Gesundheitsinstitutionen — allen voran die Spitäler — nach modernen Marketingkriterien zu strukturieren. Im Laufe der Zeit hat sich eine Fülle von sündteurem (Verwaltungs-)Ballast angesammelt, der einer modernen Gesundheitsversorgung weder in Preis noch in Leistung entspricht. Es ist oberstes Ziel der PKV, mehr Leistungsorientierung in die Patientenversorgung einfließen zu lassen. Das heißt, daß ungerechtfertigte Preise nicht mehr akzeptiert werden. Mit dem neuen Anforderungsprofil der Sonderklasse wurde ein Schritt in diese Richtung getan, es werden weitere Schritte folgen.

INFORMATION

Ehrung der jüngsten Versicherungskaufleute in Wien

Im Rahmen der Sektion Geld-, Kredit- und Versicherungswesen der Wirtschaftskammer Wien wurden am 28. September 1994 jene Absolventen der dritten Klassen der Wiener Versicherungsberufsschule, welche ihre Lehrabschlußprüfung mit ausgezeichnetem Erfolg abgelegt haben, geehrt.

Generaldirektor Dr. *Petrak* in seiner Eigenschaft als Sektionsobmann-Stellvertreter überreichte den 18 ausgezeichneten Absolventen Bildungsschecks und Goldmünzen der Wirtschaftskammer Wien. Dr. *Petrak* betonte den Stellenwert, den die Lehrlingsausbildung sowie die Aus- und Weiterbildung insgesamt für die Versicherungswirtschaft habe und daß gerade in der heutigen Zeit einer guten Berufsausbildung und entsprechenden Qualifikation für die jungen Mitarbeiter eine besondere Bedeutung zukomme. Sehr erfreulich sei auch, daß die Versicherungslehrlinge mit Versicherungsenglisch als Pflichtgegenstand eine zukunftsorientierte Sprachausbildung erhalten.

Durch eine umfangreiche Ausbildungskonzeption werde einer zeitgemäßen Aus- und Weiterbildung der Versicherungswirtschaft auf verschiedenen Ebenen durch das Bildungswerk der Österreichischen Versicherungswirtschaft (BÖV) Rechnung getragen.

Dr. *Skokan* als Geschäftsführer des BÖV verwies auf die überdurchschnittlichen Erfolge der Absolventen der drei Wiener Abschlußklassen. Von den 41 Absolventen, welche die Lehrabschlußprüfung erfolgreich bestanden haben, bilden die 18 Auszeichnungen rund 40 Prozent. Damit liegen die ausgezeichneten Ergebnisse im Lehrberuf „Versicherungskaufmann/-kauffrau“ um das Doppelte über dem Wiener Durchschnitt aller kaufmännischen Lehrabschlüsse.

Dr. *Skokan* betonte, daß auch die Lehrabschlußprüfungen in den Bundesländern überdurchschnittlich gute Ergebnisse aufweisen, sodaß die Versicherungswirtschaft mit den Erfolgen ihrer Versicherungslehrlinge sehr zufrieden sein könne.

Im Schuljahr 1994/95 werden in den vier Berufsschulstandorten für den Lehrberuf des Versicherungskaufmannes (Wien, Linz, Feldbach und St. Johann/Pongau) in 15 Klassen rund 300 Versicherungslehrlinge ausgebildet.

Im Gegensatz zu anderen Wirtschaftszweigen in Österreich, deren Lehrlingszahlen zum Teil stark zurückgegangen sind, zählt die Versicherungswirtschaft zu den wenigen Branchen, deren Lehrlingszahlen steigend sind.

Aus dem Lehrberuf Versicherungskaufmann/-kauffrau sind mittlerweile, nach positivem Abschluß der Berufsschule und erfolgreicher Lehrabschlußprüfung, im vergangenen und in diesem Jahr rund 200 Versicherungskaufleute hervorgegangen.

Über 800 Mitarbeiter in der Versicherungswirtschaft haben diese Qualifikation auf einer außerordentlichen Schiene erworben:

Absolventen eines verwandten kaufmännischen Lehrberufes (zB Bürokaufmann, Industriekaufmann ua) sowie Mitarbeiter in der Versicherungswirtschaft nach dem 21. Lebensjahr mit durchschnittlich 2jähriger Praxis können nach dem Besuch von Vorbereitungskursen des BÖV zur Lehrabschlußprüfung zugelassen werden.

In der österreichischen Versicherungswirtschaft gibt es demnach, vier Jahre nach Einführung des Lehrberufes, bereits über 1.000 Versicherungskaufleute.

Wie Dr. *Petrak* und Dr. *Skokan* abschließend feststellten, gelte der besondere Dank all jenen, die mitgeholfen haben, dieses erfreuliche Ergebnis zu erzielen.

Dr. Wolfgang Skokan



EU-SPIEGEL

CEA-Kodifizierung der europäischen Richtlinien über die Versicherung: Die Verwirklichung des Binnenmarktes der Versicherung hat sich in drei Stufen vollzogen, aus denen jeweils eine Generation von Richtlinien hervorging, die von den EWR-Vertragsstaaten anzunehmen waren. In diesem stufenweisen Liberalisierungsprozeß löste jedoch nicht eine Richtliniengeneration die vorhergehende ab; einzelne Bestimmungen wurden durch Bestimmungen der jeweils nachfolgenden Richtlinien nicht völlig ersetzt, sondern lediglich ergänzt und erweitert. So entstand eine Überlagerung und Verflechtung

der europäischen Richtlinien, die es im Umgang mit diesen äußerst schwierig macht, die jeweils geltenden Bestimmungen herauszufinden. Daher übernahm der in Paris ansässige Dachverband der nationalen, europäischen Versicherungsverbände, CEA, die mühsame Aufgabe, eine Zusammenstellung aller versicherungsrelevanten Richtlinien in fortlaufender Numerierung vorzunehmen. Damit steht nunmehr ein für die tägliche Geschäftspraxis grundlegendes, 443 Seiten umfassendes Handbuch für den Umgang mit den Rechtstexten der EU zur Verfügung, das in französisch-englischer oder fran-

zösisch-deutscher Fassung zum Preis von FRF 350,— beim *Comité Européen des Assurances, 3bis Rue de la Chaussée d'Antin, 75009 Paris* (Frau Regina O'Rourke) erhältlich ist.

Europa-Handbuch in 2 Bänden: Im Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs wurde aus Rechtstexten der EU ein zweibändiges Europa-Handbuch erstellt. Der erste Band, „Allgemeine Rechtsgrundlagen“, beinhaltet den Vertrag über die Europäische Union zusammen mit dem Wortlaut des Vertrages zur Gründung

der Europäischen Gemeinschaft. Der zweite Band, „Binnenmarkt für Versicherungen“, gibt einen Überblick über die europäischen Rechtsakte für Versicherungen (Richtlinien, Richtlinien-vorschläge, Stellungnahmen des CEA, Urteile des EuGH etc.). Um eine laufende Aktualisierung mittels Ergänzungslieferungen zu erleichtern, wurde für beide Bände des Handbuchs die Form der Loseblattsammlung gewählt. Für Mitglieder der Wirtschaftskammer Österreichs ist es zum Preis von öS 572,— über den Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs, Tel. 71 1 56 / DW 266 (Frau Hollmayer), erhältlich.

RECHTSPRECHUNG

352.

ABGB § 863, § 914; VersVG §§ 1 ff: Unterbleibt die unverzügliche Zurückweisung einer fehlerhaften Kündigung, so wird der Vertrag ungeachtet des Kündigungsmangels wirksam aufgelöst. Dies gilt auch dann, wenn dem Versicherungsnehmer das Fehlen von Kündigungsgründen offensichtlich bekannt war. Nur im Falle arglistiger Irreführung, also bei Vortäuschen eines Sachverhalts, der zur Kündigung berechtigt, zeitigt die mangelnde Zurückweisung keine Wirkungen.

Der Versicherungsnehmer kann davon ausgehen, daß ein Versicherer bei zeitgemäßer Büroorganisation auch während der Sommerurlaubszeit in der Lage ist, für die prompte Bearbeitung dringlicher Postsendungen zu sorgen.

JN § 55 Abs 1 Z 1: Mehrere in einer Klage geltend gemachte Prämienansprüche aus zahlreichen unabhängigen Versicherungsverträgen stehen nicht im von § 55 Abs 1 Z 1 JN geforderten tatsächlichen oder rechtlichen Zusammenhang und sind daher nicht zusammenzurechnen.

Sachverhalt: Die Streitparteien haben zahlreiche Versicherungsverträge abgeschlossen, unter anderem eine Eigenheim-Bündelversicherung, Haushalts-, Feuer-, Feuerbetriebsunterbrechungs-, Einbruchdiebstahls- und Haftpflichtversicherungen. Mit Schreiben vom 14. 8. 1994 kündigte der bekl. VN sämtliche Verträge auf, weil, wie er ausführte, ihn die Abwicklung der

Entschädigungszahlung für einen Feuerschaden nicht zufriedenstellte. Am 24. 9. 1994 reagierte die Kl. erstmals auf die Kündigung, die sie mangels Vorliegens von Kündigungsgründen ablehnte. Sie bekräftigte ihre Haltung in einem zweiten Schreiben vom 22. 10. 1994. Der Bekl. beruft sich gegen die nunmehr erhobenen Prämienklagen auf die verspätete Zurückweisung seiner Kündigung, die infolgedessen jedenfalls wirksam sei. Die Kl. führt aus, der Bekl. habe mit Vorbedacht in der Urlaubszeit gekündigt, wo erfahrungsgemäß mit Verschleppungen zu rechnen sei. Überdies sei ihm das Fehlen eines Kündigungsgrundes vollkommen bewußt gewesen.

Beide Unterinstanzen (LG St. Pölten 22. 7. 1993, GZ 2 Cg 312/92; OLG Wien 26. 1. 1994, GZ 16 R 249/93) folgten dem Rechtsstandpunkt des Bkl. Die Revision wurde zugelassen, weil zur Frage, ob die Zurückweisungspflicht des Versicherers davon abhängt, daß dem Versicherungsnehmer die Unwirksamkeit der Kündigung unbekannt sei, keine Judikatur vorliege. Der OGH wies die Mehrzahl der Prämienklagen wegen Nichterreichung der Revisions-Wertgrenze (§ 502 Abs 2 ZPO) zurück und gab im übrigen der Revision nicht Folge.

Aus den Entscheidungsgründen: Gemäß § 55 Abs 1 Z 1 JN sind mehrere von einer einzelnen Person gegen eine einzelne Person in einer Klage erhobene Ansprüche nur dann zusammenzurechnen, wenn sie in einem tatsächlichen oder rechtlichen Zusammenhang stehen. In rechtlichem Zusammenhang stehen Ansprüche dann, wenn sie aus einem einheitlichen Vertrag oder einer Gesetzesvorschrift abgeleitet wer-

den. Ein tatsächlicher Zusammenhang liegt vor, wenn die Ansprüche aus demselben Klags Sachverhalt abzuleiten sind. Dies ist dann der Fall, wenn das für einen Anspruch erforderliche Sachvorbringen ausreicht, auch über die anderen geltend gemachten Ansprüche entscheiden zu können, ohne daß noch ergänzendes Sachvorbringen erforderlich wäre. Mehrere in einer Klage geltend gemachte Prämienansprüche desselben Versicherers gegen den Versicherungsnehmer aus mehreren nicht zusammenhängenden Versicherungsverträgen stehen nicht in einem solchen Zusammenhang und sind daher nicht zusammenzurechnen. Die von der Kl geltend gemachten Versicherungsprämien sind somit bei der Berechnung der Revisionszulässigkeit nicht zusammenzurechnen, sondern müssen einzeln betrachtet werden (VersE 1432 mit weiteren Nachweisen). Sie überschreiten bei den genannten Versicherungen den gemäß § 502 Abs 2 ZPO maßgebenden Wert von S 50.000 nicht.

Lediglich bei der Feuerversicherung übersteigt bereits die Halbjahresprämie S 50.000, so daß insoweit die Revision nach § 502 Abs 1 ZPO zulässig ist. Die Revision ist jedoch nicht berechtigt.

Nach ständiger Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofes müssen unwirksame Kündigungen vom Versicherer alsbald zurückgewiesen werden. Die Nichtzurückweisung einer aus welchem Grund auch immer unwirksamen Kündigung ist als Zustimmung zur Auflösung des Versicherungsverhältnisses zu werten (VersR 1984, 1208; VersR 1985, 175; GesRZ 1990, 41; VersR 1991, 367 ua). Die Ansicht *Schauers* in RdW 1988, 316 (Warnpflichten bei unwirksamer Kündigung des Versicherungsnehmers), daß der Versicherungsnehmer, der eine unwirksame Kündigung ausgesprochen habe, nicht davon ausgehen dürfe, daß eine Zustimmung zu einer gar nicht abgegebenen Offerte zur vorzeitigen Vertragsauflösung erklärt werde, wurde vom erkennenden Senat bereits ausdrücklich abgelehnt. Dem Argument *Schauers* wurde entgegengehalten, daß der Absender einer — bloß empfangsbedürftigen — Kündigung damit rechnen darf, daß der Versicherer einen allenfalls bestehenden Grund für deren Unwirksamkeit alsbald geltend machen werde (VersR 1991, 367). Da die (ständige) österreichische Rechtsprechung — insoweit abweichend von einem Teil der deutschen Rechtsprechung (vgl. *Prölss — Martin*, VVG²⁵, 141) — das Schweigen des Versicherers als Einverständnis mit der Kündi-

gung bzw als Annahme eines in der Kündigung liegenden Angebotes auf Vertragsaufhebung deutet, kann es dem Versicherten, der den Versicherungsvertrag beenden will, nicht schaden, wenn er vom Mangel der gesetzlichen Voraussetzungen für eine Aufkündigung wußte. Im Gegenteil: Das Bewußtsein des Versicherten, daß die Aufkündigung ohne Einverständnis des Versicherers nicht wirksam wird, spricht umso mehr für das Vorliegen eines Angebotes zur (einvernehmlichen) vorzeitigen Vertragsauflösung. Der Hinweis der Revision auf einige deutsche Entscheidungen, wonach keine Ablehnungspflicht des Versicherers bestehe, wenn der Versicherte die Unwirksamkeit seiner Kündigung offensichtlich kenne, ist daher aufgrund der bereits im Ansatz unterschiedlichen Argumentation zur Zurückweisungspflicht des Versicherers nicht zielführend.

Anders zu beurteilen wäre nur der Fall der arglistigen Irreführung (VersR 1985, 175). Diese würde jedoch voraussetzen, daß der Versicherte dem Versicherer absichtlich das Vorliegen von Tatsachen vortäuscht, die einen gesetzlichen Kündigungsgrund darstellen. Davon kann hier aber keine Rede sein.

Der Bekl mußte auch nicht damit rechnen, daß unvermeidliche organisatorische Gründe die Beantwortung seines Kündigungsschreibens verhindern oder über das gebührlige Maß verzögern würden. Wie das Gericht zweiter Instanz zutreffend ausführte, ist bei einer Versicherungsgesellschaft vom Vorhandensein einer zeitgemäßen Büroorganisation auszugehen, die in der Lage ist, auch während der Sommerzeit auf als dringlich anzusehende Postsendungen prompt zu reagieren. Abgesehen davon wurde die vorliegende Kündigung erst gegen Ende der Haupturlaubszeit abgesandt. Die erste Reaktion darauf erfolgte Ende September, also erst Wochen nach dem Zeitpunkt, zu dem mit der Rückkehr der meisten Arbeitnehmer aus dem Urlaub zu rechnen ist. Die ausdrückliche Ablehnung der Kündigung betreffend die hier noch gegenständliche Versicherung erfolgte überhaupt erst in der zweiten Oktober-Hälfte.

Abgesehen davon, daß es an der Kl gelegen gewesen wäre, die Folge der Vertragsauflösung durch rechtzeitige Zurückweisung der Kündigung abzuwehren, kann dem Bekl schon deshalb nicht schikanöse Rechtsausübung vorgeworfen werden, weil ihm nicht unterstellt werden kann, es sei ihm nicht in erster Linie um die Beendigung der Versicherungsverträge, sondern darum gegangen, die Kl zu schädigen (vgl

Reischauer in *Rummel*, ABGB² II Rz 59 zu § 1295 ABGB mwN).

Auf § 1 UWG kann sich die Kl gegenüber dem Bekl nicht berufen, weil — wie die zweite Instanz ebenfalls bereits zutreffend ausgeführt hat — zwischen den Streitparteien kein Wettbewerbsverhältnis besteht. Daran vermag auch der Umstand nichts zu ändern, daß sich der Bekl allenfalls von einem Mitbewerber der Kl beraten und vertreten ließ.

OGH 8. 6. 1994, 7 Ob 17/94

353.

VersVG § 70: Zum Umfang der Nachforschungspflichten des Versicherers hinsichtlich der Zurückweisung einer „Besitzwechselkündigung“.

VersVG §§ 69 Abs 1, 73: Offenlassen der Frage nach dem Zeitpunkt des Vertragsübergangs nach § 69 Abs 1 iVm § 73 VersVG bei Zwangsversteigerung.

Sachverhalt: S. hatte für seine Landwirtschaft bei der Bekl ua eine Sturmschadenversicherung abgeschlossen. Am 27. 12. 1989 erhielt S. eine Prämienmahnung gem § 39 VersVG, die Zahlung der ausständigen Prämie unterblieb. In der Folge wurde das Anwesen versteigert und am 17. 1. 1990 dem nunmehrigen Kl zugeschlagen, der die Versicherung mit Schreiben vom 12. 2. 1990 mit sofortiger Wirkung nach § 70 VersVG kündigte. Am 13. 2. 1990 fragte die Bekl beim zuständigen Grundbuchgericht an, ob die bewußte Liegenschaft auf einen neuen Eigentümer übergegangen sei. In dem hiezu verwendeten Formular war eigens auch eine Frage nach dem Datum der Zuschlagserteilung im Fall der Versteigerung vorgesehen. Die Bekl erhielt die Antwort, daß nach wie vor S. einverleibt sei, worauf sie die Besitzwechselkündigung als verfrüht zurückwies. Die Kl fand sich damit zunächst ab, weil ihr die Rechtslage unklar erschien. Am 26. oder 27. 2. 1990 trat ein Sturmschaden ein, dessen Ersatz die Bekl verweigert, weil der Versicherungsvertrag infolge der am 12. 2. erfolgten, aufgrund der unvollständigen Auskunft des Gerichts zurückgewiesenen, tatsächlich aber berechtigten Kündigung aufgelöst worden sei und überdies Leistungsfreiheit nach § 39 VersVG bestehe. Die Kl bringt vor, daß die Bekl jedenfalls aus dem Titel des Schadenersatzes Ersatz zu leisten habe, da sie bei Einsichtnahme in das Grundbuch die wahren Verhält-

nisse hätte erkennen können; die fälschlich erfolgte Zurückweisung habe die Kl daran gehindert, eine neue Versicherung abzuschließen.

Das ErstG (LG Ried i. l. 26. 2. 1993, GZ 1 Cg 130/92) gab der Klage statt, in zweiter Instanz (OLG Linz 21. 10. 1993, GZ 13R 35/93) änderte dieses Urteil im Sinne einer Klagsabweisung ab. Der OGH gab der Revision des Kl nicht Folge.

Aus den Entscheidungsgründen: In den Revisionsvorschriften wird die Rechtsauffassung der Untergerichte, daß der Eigentumswechsel und damit der Wechsel des Versicherungsnehmers mit der Zuschlagserteilung am 17. 1. 1990 eintrat, nicht in Zweifel gezogen. Geht man von dieser Rechtsansicht aus, ist ein Deckungsanspruch des Kl aufgrund einer Vertragserfüllungspflicht der bekl Partei schon deshalb auszuschließen, weil die gemäß § 70 VersVG zulässige, als Kündigung mit sofortiger Wirkung aufzufassende Aufkündigung des Versicherungsverhältnisses durch den Kl als einseitige, empfangsbedürftige, aber nicht annahmepflichtige Willenserklärung mit dem Zugang der Erklärung an die bekl Partei am 13. 2. 1990, also vor dem Schadenseintritt, beendet war. Abgesehen davon besteht Leistungsfreiheit der bekl Partei auch mangels Zahlung der Folgeprämie trotz qualifizierter Mahnung und Ablauf der gesetzten Nachfrist (§ 39 VersVG), sodaß auch bei anderer Ansicht über den für die Folgen der §§ 69 und 70 VersVG maßgebenden Zeitpunkt (etwa: Genehmigung der Zuschlagserteilung durch die Grundverkehrsbehörde; Erfüllung der Versteigerungsbedingungen) keine Vertragspflicht der bekl Partei zur Schadensdeckung bestand.

Wie das Gericht zweiter Instanz zutreffend ausführte, bleibt daher zu prüfen, ob die Klagsforderung aus dem Titel des Schadenersatzes zu Recht besteht.

Die Revisionswerberin erblickt nach wie vor ein Verschulden der bekl Partei einerseits darin, daß diese die Kündigung des Kl ohne entsprechende Recherche zu Unrecht zurückgewiesen und dem Kl dadurch die Möglichkeit genommen habe, einen neuen Versicherungsvertrag abzuschließen, sowie andererseits darin, daß die bekl Partei den Kl nicht auf das „kranke“ Versicherungsverhältnis aufmerksam gemacht habe. Der erste Vorwurf wird damit begründet, daß sich die bekl Partei nicht mit der Anfrage an das Bezirksgericht R*****, die zudem irreführend formuliert gewesen sei, und mit der „kryptischen“ Ant-

wort des Bezirksgerichtes R*****, die die Möglichkeit des Eigentumswechsels durch Zuschlagserteilung offen gelassen habe, begnügen hätte dürfen, die bekl Partei hätte vielmehr insbesondere einen Grundbuchsauszug beschaffen müssen. Im übrigen hatte sie für die falsche Auskunft der Gerichtsbediensteten nach § 1313a ABGB. Der Kl sei nicht verpflichtet gewesen, im Kündigungsschreiben bzw in der Anzeige der Veräußerung die Erwerbsart darzulegen.

Diese Argumentation vermag die Ausführung des Gerichtes zweiter Instanz nicht zu entkräften. Die Zurückweisung der Kündigung durch die bekl Partei war zwar rechtswidrig, weil die Voraussetzung für die Aufkündigung — bei Unterstellung der seitens der bekl Partei nicht strittigen Rechtsansicht, daß der Wechsel der Versicherungsnehmer mit der Zuschlagserteilung eintrat — vorlag und diese wirksam erklärt wurde. Die Zurückweisung der Aufkündigung war jedoch nicht schuldhaft. Anlaß dafür und für die unrichtige Mitteilung an den Kl, daß die Kündigung verfrüht sei, weil der Kl noch nicht grundbücherlicher Eigentümer der Liegenschaft sei, war die Antwort des Bezirksgerichtes R***** auf die unverzügliche Anfrage der bekl Partei über die Eigentumsverhältnisse an der Liegenschaft. Da die Anfrage auch die Frage nach dem Datum der Zuschlagserteilung im Fall einer Versteigerung enthielt, auf dem zur Beantwortung dieser Frage vorgesehenen Platz aber nichts eingetragen wurde, sondern ungeachtet der Formulgestaltung mitgeteilt wurde, daß S. im Grundbuch eingetragen sei, durfte die bekl Partei erschließen, daß der Grundbuchsstand tatsächlich unverändert war und auch keine Zuschlagserteilung erfolgt war. Davon konnte die bekl Partei umso eher ausgehen, weil sie in ihrem Schreiben den Kl als vermutlichen Erwerber eingetragen hatte. Sie durfte erwarten, daß dem die Anfrage behandelnden Gerichtsbediensteten eine allfällige Anmerkung der Zuschlagserteilung bei Nachprüfung des Grundbuchsstandes anhand dieser Anfrage auffallen und die Antwort daher einen entsprechenden Hinweis enthalten werde. Die bekl Partei konnte darauf vertrauen, daß ihre Anfrage, die an eine einschlägige Abteilung eines Gerichtes — und nicht an irgendeine in derartigen Angelegenheiten völlig unerfahrene Person oder Institution — gerichtet war, von einer in Grundbuchsachen entsprechend bewanderten Person behandelt und der abgefragte Grundbuchsstand richtig

angegeben wird. Die Mitteilung des Bezirksgerichtes R***** war unzweideutig dahin zu verstehen, daß der Kl weder als neuer Eigentümer eingetragen war noch auf andere, das Intabulationsprinzip durchbrechende Weise wie insbesondere durch Zwangsversteigerung Eigentümer der Liegenschaft geworden war. Aus diesen Gründen war die bekl Partei auch nicht dazu verhalten, die Mitteilung durch Einholung eines Grundbuchsatzes auf ihre Richtigkeit zu überprüfen. Da nicht von vornherein davon auszugehen ist, daß derartige gerichtliche Auskünfte unrichtig erteilt werden, kann es der bekl Partei auch nicht zum Vorwurf gereichen, daß sie anstatt der kostspieligeren Beschaffung eines Grundbuchsatzes den Weg der entsprechenden Anfrage gewählt hat.

Warum die bekl Partei für die unrichtige Antwort des Bezirksgerichtes R***** nach § 1313a ABGB haften sollte, ist nicht verständlich, fehlt es doch an einer Leistungsbeziehung aufgrund eines Schuldverhältnisses.

Die Frage, ob der Kl verpflichtet gewesen wäre, in seinem Kündigungsschreiben auf die Art des Erwerbes hinzuweisen oder den Eigentümerwerb entscheidend zu dokumentieren, stellt sich hier nicht, weil die bekl Partei ohnehin grundsätzlich geeignete Nachforschungen zur Verifizierung der im Kündigungsschreiben sinngemäß enthaltenen Bekanntgabe des Eigentümerwechsels angestellt hat. Bei korrekter Beantwortung der an das Grundbuchgericht adressierten Anfrage hätte sich auch der Eigentümerwechsel durch Zuschlagserteilung herausgestellt.

Anders wäre der Sachverhalt wohl dann zu beurteilen, wenn der Kl auf den Erwerb durch Zuschlag bereits im Kündigungsschreiben oder zumindest aufgrund des Ersuchens der bekl Partei um Übersendung eines entsprechenden Grundbuchbeschlusses hingewiesen hätte. Dadurch hätte der Kl mithelfen können, Mißverständnisse auszuschließen. Überdies hätte er ehestmöglich Gewißheit darüber erreicht, ob seine Kündigung seitens der bekl Partei als wirksam angesehen werde oder nicht. Da der Kl aber auf die entsprechende Aufforderung nicht reagierte, mußte die bekl Partei aufgrund der Auskunft des Bezirksgerichtes R***** umso eher annehmen, daß ein zur Kündigung berechtigter Eigentümerwechsel noch nicht stattgefunden hatte.

Es kann der bekl Partei aber auch nicht als Verschulden angelastet werden, daß sie den Kl nicht auf die Nichtzahlung der Prämie durch S. hingewiesen hat. Ob die Rechtsprechung, daß

den Versicherer keine Verständigungspflicht des Erwerbs von der Nichtzahlung der Prämie trifft (SZ 26/304; SZ 27/294; ZVR 1961/16), im allgemeinen und insbesondere in dem hier vorliegenden Sonderfall des Erwerbes durch Zuschlagserteilung aufrecht zu erhalten ist, kann hier dahingestellt bleiben. Da die bekl Partei aus den dargestellten Erwägungen davon ausgehen konnte, daß kein Eigentumsübergang stattgefunden habe und weiterhin S. ihr Vertragspartner sei, bestand für sie weder Veranlassung noch überhaupt die Möglichkeit, den Kl als nach den Unterlagen außenstehenden Dritten auf den Zahlungsverzug des S. hinzuweisen, ohne die besondere Vertrauensstellung des Versicherers gegenüber dem Versicherungsnehmer, die mit gewissen Verschwiegenheitspflichten einhergeht (vgl. *Pröls — Martin, VVG²⁵, 27*), zu brechen. S. war aber ohnehin durch die qualifizierte Mahnung vom Prämienzahlungsverzug in Kenntnis gesetzt worden, sodaß sich eine weitere Verständigung seitens der bekl Partei in deren Augen erübrigen mußte. Die bekl Partei kann sich daher unabhängig davon, ob bereits die Zuschlagserteilung die Folgen der §§ 69 und 70 VersVG auslöste, auf die Haftungsfreiheit nach § 39 VersVG berufen.

Mangels eines Verschuldens der bekl Partei erübrigt sich die Erörterung der Frage, ob der Kl bis zum Schadenseintritt bei einem anderen Versicherungsunternehmen eine Sturmschadenversicherung abgeschlossen bzw eine vorläufige Deckungszusage erlangt hätte, wobei im übrigen im Fall der Verletzung von Schutz- und Sorgfaltspflichten entgegen der von der bekl Partei vertretenen Ansicht die bekl Partei beweisen hätte müssen, daß die Verletzung nicht kausal für die Entscheidung des Kl, vorläufig keine andere Versicherung abzuschließen, gewesen sei (*Pröls — Martin, VVG²⁵, 27 mwN*).

OGH 25. 5. 1994, 7 Ob 5/94

354.

ABGB § 1294; VersVG § 61: Stoppschilder zählen ebenso wie Ampelanlagen zu jenen Verkehrseinrichtungen, die jeder Kraftfahrer mit besonderer Sorgfalt zu beachten hat, weil sie herausragende Gefahrensituationen absichern. Ein ortskundiger Fahrer, der trotz Kenntnis der schlechten Einsichtsmöglichkeiten in eine Kreuzung mit relativ überhöhter Geschwindigkeit ein Stoppschild überfährt, handelt grob fahrlässig.

Sachverhalt: Der Kl überfuhr bei Dunkelheit mit einer Geschwindigkeit von etwa 50 km/h ein an einer Kreuzung in der Wiener Innenstadt befindliches Stoppschild, stieß mit einem querenden Fahrzeug zusammen und klagt nunmehr die Deckung seines dabei entstandenen Kaskoschadens ein. Der Kl kannte die örtlichen Verhältnisse am Unfallort, insbesondere waren ihm auch die schlechten Einsichtsmöglichkeiten in die fragliche Kreuzung bewußt. Die Sichtverhältnisse hätten ein behutsames „Vortasten“ in die Kreuzung erfordert.

Die Klage wurde in beiden Unterinstanzen abgewiesen (HG Wien 5. 6. 1993, GZ 34 Cg 5/93d; OLG Wien 4. 11. 1993, GZ 2 R 9/93). Der OGH verwarf die Revision des Kl.

Aus den Entscheidungsgründen: Zur Frage, ob die Mißachtung eines Stoppschildes als grobe Fahrlässigkeit im Sinne des § 61 VersVG anzusehen ist, hat das RevisionsG, soweit ersichtlich, bisher nicht Stellung genommen. Soweit überblickbar, liegt auch in der BRD dazu keine Judikatur des BGH, sondern nur von zweiten Instanzen vor (zuletzt VersR 1991, 804). Die vom Revisionswerber zitierten Entscheidungen können nicht mit dem vorliegenden Fall verglichen werden, da sie Verstöße gegen Verkehrszeichen behandeln, denen nicht der Stellenwert eines Stoppschildes zukommt.

Nach dem Gesetzeswortlaut des § 52 Z 24 StVO sind Stopptafeln vor Kreuzungen anzubringen, die besonders gefährlich sind und an denen die Lenker von Fahrzeugen in der Regel die Verkehrssituation nur dann richtig beurteilen können, wenn sie anhalten. Es handelt sich demnach durchwegs um Kreuzungen mit einem erhöhten Gefahrenpotential. Die Mißachtung eines Stoppschildes ist angesichts dieser besonderen Gefahrenlage in aller Regel bereits objektiv als grob verkehrswidrig und damit als grob fahrlässig zu qualifizieren, weil die Beachtung eines Stoppschildes zu den wichtigsten Grundregeln des Straßenverkehrs gehört. Da die erhebliche Gefahrenlage, die durch die Mißachtung eines Stoppschildes verursacht wird, mit der Gefahrenlage bei einem Rotlichtverstoß vergleichbar ist, sind Stoppschilder wie die Verkehrssignalanlagen zu jenen Verkehrseinrichtungen zu zählen, die jeder Kraftfahrer unter allen Umständen mit besonderer Sorgfalt zu beachten hat. Die Stoppschilder sind mit stark reflektierenden Reflexionsflächen versehen, deren Reflexion auch schon durch Streulicht ausgelöst wird. So ist es nicht erforderlich, daß die Stoppschilder

vom Lichtkegel des Abblendlichtes eines Autos erfaßt werden. Sie sind damit, ähnlich wie das Rotlicht von Lichtsignalanlagen, gut wahrnehmbar.

Grobe Fahrlässigkeit im Sinn des § 61 VersVG setzt ein Verhalten des Versicherungsnehmers voraus, von dem er wußte oder wissen mußte, daß es geeignet ist, den Eintritt des Versicherungsfalles oder die Vergrößerung des Schadens zu fördern. Die Sorgfaltspflichtverletzung muß sich erheblich und ungewöhnlich vom Regelfall abheben, sodaß der Schaden als wahrscheinlich vorhersehbar und der Sorgfaltsverstoß bei Würdigung der Umstände des Einzelfalles auch subjektiv schwer vorzuwerfen ist (zuletzt VR 1993, 139 mwN). Der Kl, der *ortskundig* war und *Kenntnis* von dem vor der G-Gasse angebrachten Stopzeichen und den dort herrschenden schlechten Sichtverhältnissen hatte, hatte bis auf ganz kurze Entfernung vor der Kreuzung keine Einsichtsmöglichkeit in die bevorragte G-Gasse. Dennoch fuhr er ungeachtet des vorhandenen Verkehrszeichens mit zumindest relativ überhöhter Geschwindigkeit — bei den schlechten Sichtverhältnissen und bei der herrschenden Dunkelheit war die Einhaltung der im Ortsgebiet grundsätzlich zulässigen 50 km/h nicht mehr angemessen — ungebremst in die Kreuzung ein. Dem Kl mußte klar sein, daß mit querenden Fahrzeugen jederzeit zu rechnen ist und daß sein späterer Unfallgegner, dem ebenfalls keine Sicht zur Verfügung stand, nicht mehr unfallverhindernd würde reagieren können.

Gerade die Kenntnis des Kl von dem von ihm zu beachtenden Stoppschild unterscheidet den vorliegenden Rechtsfall entscheidend von der zu ZVR 1978/220 veröffentlichten Entscheidung. Dort war die Stoptafelregelung „umgedreht“ worden, was dem dortigen Beschuldigten nicht bekannt war, der sich auf die ihm von früher in Erinnerung gebliebenen Verhältnisse verlassen hatte. Das Verhalten des Kl war daher im Zweifel, da er keine anderen Entschuldigungsgründe namhaft machen konnte, als grob fahrlässig im Sinn von § 61 VersVG zu qualifizieren.

OGH 11. 5. 1994, 7 Ob 21/94

355.

ERB 1965 Punkt V Art 2 lit e: Die Rechtsschutzversicherung deckt die Wahrnehmung rechtlicher Interessen des Versicherungsnehmers aus vor Eröffnung des Insolvenzverfahrens über dessen Vermögen be-

reits anhängigen Prozessen. Keine Leistungspflicht besteht hingegen für nach diesem Zeitpunkt eingeleitete Verfahren.

ABGB §§ 914f: AVB sind aus der Sicht eines durchschnittlich verständigen Versicherungsnehmers auszulegen, wobei stets der einem objektiven Betrachter erkennbare Zweck einer Bestimmung zu berücksichtigen ist. Objektive Unklarheiten gehen zu Lasten des Versicherers.

Sachverhalt: Die A-GesmbH ist bei der Bekl nach den ARB 1865/82, ERB 1965 rechtsschutzversichert. Nach Punkt V Art 1 ERB 1965 gewährt der Versicherer im Bereich des Privat- (ERB 1965 C/I) und Betriebsrechtsschutzes (ERB 1965 C/II) Deckung für die gerichtlichen und/oder außergerichtlichen Kosten aus der Verfolgung oder Abwehr von Ansprüchen aus schuldrechtlichen Verträgen des Versicherungsnehmers betreffend bewegliche Sachen. Gemäß Punkt V Art 2 lit e ERB 1965 bezieht sich der Versicherungsschutz gemäß Art 1 nicht auf die Wahrnehmung rechtlicher Interessen im Zusammenhang mit einem über das Vermögen des Versicherungsnehmers beantragten Konkurs- oder Ausgleichsverfahren.

Über das Vermögen der A-GesmbH wurde der Konkurs eröffnet. Zu diesem Zeitpunkt führte die A-GesmbH als klagende Partei vier Zivilrechtsstreitigkeiten, die durch die Konkurseröffnung gemäß § 7 Abs 1 KO unterbrochen wurden. Der Masseverwalter, der diese Verfahren fortsetzen will, begehrt die Feststellung der Deckungspflicht der Bekl.

Die Untergerichte wiesen die Klage ab (LG Eisenstadt 17. 3. 1993, GZ 2 Cg 216/92; OLG Wien 24. 9. 1993, GZ 11 R 103/93), sie erachteten den Risikoausschluß V Art 2 lit e ERB 1965 als auch auf laufende Verfahren des Versicherungsnehmers anwendbar. Der OGH gab der Revision des Kl Folge.

Aus den Entscheidungsgründen: Nach der nunmehr ständigen Rechtsprechung sind nach objektiven Gesichtspunkten als unklar aufzufassende Allgemeine Versicherungsbedingungen so auszulegen, wie dies der durchschnittlich verständige Versicherungsnehmer verstehen mußte, wobei Unklarheiten zu Lasten des Versicherers gehen. Zu berücksichtigen ist allerdings in allen Fällen der einem objektiven Betrachter erkennbare Zweck einer Bestimmung der Allgemeinen Geschäftsbedingungen (VR 1990, 57; SZ 62/29; Prölss — Martin, VVG²⁵, 28f).

Nach den Sonderbedingungen für die Rechtsschutz-Versicherung gewährt der Versicherer unter Punkt V, Allgemeiner Vertragsrechtsschutz, über den in Art 1 Abs 1 lit a der Allgemeinen Bedingungen für die Rechtsschutzversicherung (ARB 1965) festgelegten Versicherungsschutz hinaus im Bereich des Privat- und Betriebsschutzes weiteren Rechtsschutz für die Kosten aus der gerichtlichen und/oder außergerichtlichen Verfolgung oder Abwehr von Ansprüchen aus schuldrechtlichen Verträgen des Versicherungsnehmers betreffend bewegliche Sachen. Dieser Versicherungsschutz bezieht sich aber nach Art 2 lit e des Punktes V nicht auf die Wahrnehmung rechtlicher Interessen im Zusammenhang mit einem über das Vermögen des Versicherungsnehmers beantragten Konkurs- oder Ausgleichsverfahren.

Nach dem Wortlaut dieser Bestimmung wird daher für die Verfolgung von Ansprüchen aus schuldrechtlichen Verträgen des Versicherungsnehmers betreffend bewegliche Sachen im Zusammenhang mit einem über das Vermögen des Versicherungsnehmers beantragten Konkurs- oder Ausgleichsverfahrens Versicherungsschutz nicht gewährt. Dies bedeutet, daß ab der Stellung des Konkurs- oder Ausgleichsantrages über das Vermögen des Versicherungsnehmers Rechtsschutz für die Kosten zur Durchsetzung von Ansprüchen aus schuldrechtlichen Verträgen nicht besteht, daß jedenfalls eine Verpflichtung zur Deckung von Kosten für Verfahren, die nach diesem Zeitpunkt anhängig gemacht werden, abgelehnt wird.

Den Vorinstanzen ist zuzustimmen, daß daraus zur Lösung der Frage, was mit den Kosten der bei Stellung des Konkursantrages bereits anhängigen Verfahren zu geschehen habe, nichts zu gewinnen ist.

Nach den oben angeführten Auslegungskriterien ist daher auf den objektiven Zweck der Bestimmung zurückzugreifen. Dabei ist zu berücksichtigen, daß nach Stellung eines Antrages auf Konkurseröffnung über das Vermögen des Versicherungsnehmers wegen dessen bevorstehender oder schon eingetretener Insolvenz die Gefahr besteht, daß er in erheblich gesteigertem Umfang rechtliche Interessen wahrnehmen und damit Rechtskosten aufwenden muß. Dieses stark gehäufte Risiko soll durch die Ausschlußbestimmung von der Risikogemeinschaft ferngehalten werden (*Harbauer*, Rechtsschutzversicherung, Kommentar⁵ Rz 132 zur gleichlautenden Bestimmung des § 4 Abs 1 q der deutschen

ARB); die Prozeßhäufung im Fall der Insolvenz soll nicht zu Lasten des Versicherers gehen (*Prölss — Martin*, VVG²⁵, 1709). Ausgeschlossen soll daher jede Interessenwahrnehmung sein, die durch einen Antrag auf Konkurs oder Ausgleichseröffnung ausgelöst wurde oder zumindest in sachlichem und zeitlichem Zusammenhang mit einem solchen bei Beginn der Interessenwahrnehmung bereits gestellten Antrag steht (*Harbauer* aaO, Rz 133). Der Ausschluß gilt aus Gründen der Rechtssicherheit nur für Streitigkeiten, die nach Stellung des Konkursantrages liegen, nicht aber auch für solche, die durch künftigen Konkurs ausgelöst worden sind (*Prölss — Martin*, aaO).

Nach dem objektiven Zweck der Bestimmung soll daher das Risiko der Prozeßhäufung im Zusammenhang mit einem bereits beantragten Konkursverfahren ausgeschlossen werden. Eine derartige Risikoerhöhung tritt bei Fortsetzung bereits anhängiger Verfahren durch den Masseverwalter nicht ein. Soll aber nach dem objektiven Zweck lediglich das Risiko der Prozeßhäufung im Zusammenhang mit einem beantragten Konkursverfahren über das Vermögen des Versicherungsnehmers ausgeschlossen werden und wird dieses Risiko durch die Fortsetzung eines bereits anhängigen Aktivprozesses des Versicherungsnehmers nicht erhöht, dann ist die Bestimmung des Punkt V Art 2 lit e der Sonderbedingungen dahin auszulegen, daß der für bereits anhängige Verfahren gewährte Rechtsschutz auch nach Konkurseröffnung weiterzugesichert ist. Der Masseverwalter ist ein auf Grund des Gesetzes bestellter und im Vertretungsumfang durch das Gesetz genau umschriebener Vertreter der Gesamtschuldners (Vertretertheorie) bzw einer Sondermasse (Organtheorie), wobei seine ganze Tätigkeit auf die Erhaltung und Vermehrung der Konkursmasse gerichtet ist, und ist legitimiert, alle ganz oder teilweise die Masse betreffenden Rechtsstreitigkeiten zu führen. Die Weiterführung bereits anhängiger Verfahren geschieht daher im Interesse der Erhaltung und Vermehrung der Konkursmasse, aber auch im Interesse des Gesamtschuldners. Durch die auch im Interesse des Gesamtschuldners gelegene Fortsetzung von Verfahren ist daher die von der Ausschlußbestimmung des Punkt V art 2 lit e der Sonderbedingungen für die Rechtsschutzversicherung verpönte Risikoerhöhung nicht eingetreten, weil diese Verfahren bereits vor der Stellung eines Konkurseröffnungsantrages anhängig gemacht wurden.

OGH 23. 3. 1994, 7 Ob 34/93

ZEITSCHRIFTENSPIEGEL

Attila Fenyves, **Die allgemeinen Regeln der VersVG-Novelle 1994**, *ecolex* 1994, 597: Die „große VersVG-Novelle“ 1994 hat auf mehreren Sektoren Neues gebracht. Zum einen wurden erstmals gesetzliche Bestimmungen für die bislang bloß in AVB geregelte private Krankenversicherung geschaffen; zum zweiten wurden die 1993 in das VersVG eingefügten Vorschriften über die Rechtsschutzversicherung teils abgeändert, teils ergänzt (dazu *Kronsteiner*, *ecolex* 1994, 525, vgl. *Zeitschriftenspiegel* VR 1994, 321); zum dritten hat man im Bereich der Lebensversicherung diverse Maßnahmen zum Schutz des VN verwirklicht. Den Löwenanteil der Novelle machen jedoch die Änderungen in den „allgemeinen Bestimmungen“ aus, also jene Neuerungen, die — grob gesagt — für sämtliche Versicherungszweige und alle Arten von Versicherungsverträgen von Bedeutung sind. Diesen *letzten* Vorschriften, die grundsätzlich mit 1. 1. 1995 in Kraft treten und zum Teil auch auf vor diesem Zeitpunkt abgeschlossene Altverträge anwendbar sind, widmet Fenyves seinen ausführlichen Überblick. Vergleicht man die Endfassung der Novelle mit ihren diversen „Verpuppungsstadien“, so zeigt sich, daß so manche noch in der Regierungsvorlage vorgesehene Bestimmung letztlich entfallen ist, oder erweitert, oder umformuliert, oder zumindest verdeutlicht wurde. So hat man etwa, um nur ein Beispiel zu nennen, die zunächst bei mehreren Vorschriften geplante Beschränkung auf „Verbraucher-VN“ auf einen einzigen Anwendungsfall reduziert (§ 8 Abs 3, Kündigungsrecht).

Walter Leonhartsberger, **Lebens- und Krankenversicherung in der VersVG-Novelle 1994**, *ecolex* 1994, 605: Der Beitrag befaßt sich mit den durch die VersVG-Novelle 1994 eingeführten Neuerungen im Bereich der Personenversicherung. So wurde für die Lebensversicherung vor allem das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen Verstoßes gegen die vorvertraglichen Anzeigepflichten auf drei Jahre (statt vorher zehn Jahren) verkürzt, ferner wurden Prämienanpassungsvorschriften analog zu jenen in der Krankenversicherung vorgesehen und der Rückkaufswert der Lebensversicherung nach dem Zeitwert bestimmt (in Kraft ab 1. 1. 1995). Die Regelungen über die Krankenversicherung

(überwiegend bereits seit 1. 9. 1994 in Kraft!) sind völlig neu und entsprechen teils den bisher verwendeten AVB, teils gehen sie darüber hinaus. Tenor sämtlicher durch die Novelle eingeführter Neuerungen ist eine Verstärkung des Kundenschutzes, was (auch) im Lichte des künftigen Entfalls der Präventivgenehmigungspflicht von AVB durch die Aufsichtsbehörde als notwendig erschien.

Utz Martin Meyer-Reim, Regina Testorf, **Wissenszurechnung im Versicherungsunternehmen**, *VersR* 1994, 1137: Die Erlangung diverser Informationen durch den VN, etwa über das versicherte Risiko oder über Eintritt und Umstände des Schadensfalls, ist für den Versicherer von höchster Wichtigkeit. Da Versicherer aber zwangsläufig juristische Personen sind, stellt sich die Frage, welche der in verschiedenster Weise für ihn tätigen Personen seine „Augen und Ohren“ (um mit dem BGH zu sprechen) darstellen. Praktische Schwierigkeiten bereitet dabei vor allem auch die Kenntniserlangung durch Mitarbeiter des Innendienstes. Der Interessenkonflikt liegt auf der Hand: Der VN ist meist nicht in der Lage, die internen Organisationsstrukturen des Versicherers zu durchschauen, er muß sich also darauf verlassen können, daß seine Anzeige beim Zuständigen landet bzw. ordnungsgemäß weitergeleitet wird; die Versicherer wiederum verweisen darauf, daß selbst die beste Organisation ein gelegentliches Versickern von Informationen in einem Großunternehmen nicht verhindern kann. Der Artikel listet anhand deutscher Judikatur alle in Frage kommenden „Augen und Ohren“ des Versicherers und die jeweils ausschlaggebenden Zurechnungsgrundlagen auf; hinsichtlich der Zurechnung von Kenntnissen des Innendienstes schlagen die Autoren vor, als entscheidendes Kriterium auf ein Organisationsverschulden des Versicherers abzustellen.

Maximilian Teichler, **Die Rolle des Industrie- und Versicherungsmaklers im Binnenmarkt nach der 3. Schadensrichtlinie**, *VR* 1994, 446: „Deregulierung“ und Öffnung des Versicherungsmarktes werden dazu beitragen, daß die angebotene Produktpalette wesentlich breiter und vielfältiger, gleichzeitig aber auch unübersichtlicher wird. Der Makler in seiner

Eigenschaft als unabhängiger Kundenberater wird von dieser Entwicklung zweifellos profitieren, sich andererseits jedoch selbst weitaus

größeren Anforderungen gegenübersehen. Der Beitrag malt das Zukunftsbild des Maklers unter den veränderten Marktbedingungen.

BÜCHERSPIEGEL

Aktuelle Rechtsprechung zur Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung von Christoph *Müller-Frank*, Schriftenreihe Versicherungsforum Heft 11, Verlag Versicherungswirtschaft e.V., Karlsruhe 1993, 110 Seiten, DM 18,—.

In der vorliegenden Schrift wird die Rechtsprechung des BGH zu allen Fragen der Leistungsprüfung dargestellt. Aufbau und systematischer Zusammenhang des Bedingungswerkes werden in kurzer Form erläutert. Der Begriff und die Feststellung der Berufsunfähigkeit, der Verweisungsberuf, das Anerkenntnis- und Nachprüfungsverfahren bilden Schwerpunkte der Publikation.

Auswirkungen des EG-Diskriminierungsverbots von Mann und Frau auf die private und betriebliche Krankheits- und Altersvorsorge in Europa von Dr. Peter K. *Meyer*, Münsteraner Reihe, Heft 21, Verlag Versicherungswirtschaft e.V., Karlsruhe 1994, XC und 448 Seiten, DM 54,—.

Das Werk befaßt sich mit dem Spannungsfeld von privatrechtlich organisierter Krankheits- und Altersvorsorge und dem europarechtlichen Diskriminierungsverbot von Mann und Frau, einem angesichts mehrerer Entscheidungen des EuGH sowie noch anhängiger Rechtssachen äußerst aktuellen Problemkreis. Es wird gezeigt, daß die Praxis privater und betrieblicher Krankheits- und Altersvorsorge in den Mitgliedstaaten der EU die Geschlechter verschieden behandelt. Dieser Befund wird vor dem Hintergrund der EU-

Diskriminierungsverbote bewertet. Insbesondere wird die allgemeine Frage der Drittwirkung der EU-Grundrechte erörtert.

Die Geschäftspolitik der Industriellen Feuerversicherung aus der Sicht eines Erstversicherers von Helmut *Kühl*, Verlag Versicherungswirtschaft eV, Karlsruhe 1994, 235 Seiten.

Kühl bietet eine vielschichtige und profunde Betrachtung der bundesdeutschen Industriellen Feuer-, Betriebsunterbrechungs- und Extended Coverage-Versicherungen.

Das wesentliche Anliegen des Buches ist es, die starke Umsatzorientierung der Branche zugunsten einer fundierten Gewinnorientierung bzw. wie es *Kühl* formuliert, Verlustminimierung zurückzudrängen. Der Schwerpunkt liegt bei der Bewertung von Brandschutzanlagen und der PLM-Schätzung einzelner Gebäudekomplexe. Darauf aufbauende geschäftspolitische Implikationen, wie Fragen der Zeichnungspolitik und der Kapazitätsbestimmung, werden mit einfachen betriebswirtschaftlichen Kalkulationsschemen, häufig schaubildartig aufbereitet, diskutiert. Wenngleich *Kühl* vor allem auf Techniken individueller Risikobewertung eingeht, versäumt er es nicht, vorweg einen Überblick über vorhandene Statistiken und Informationen des Verbandes (VdS) und der Aufsichtsbehörde (BAV) zu geben.

GESCHÄFTSNACHRICHTEN

Die Oberösterreichische Wechselseitige Versicherungsanstalt als Aktiengesellschaft

Rückwirkend mit 1. Jänner 1994 wurde der Versicherungsbetrieb der Oberösterreichischen Wechselseitigen Versicherungsanstalt in eine Aktiengesellschaft ausgelagert. Der Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit ist nun alleiniger Eigentümer der Aktiengesellschaft. Diese Maßnahme ermöglicht der „Oberösterreichischen“ die Ausnutzung des Par. 61a VAG zum Ausgleich rechtlicher Nachteile des VVaG.

Das Unternehmen betreibt alle wesentlichen Sparten der Schaden- und Unfallversicherung sowie die Lebensversicherung. Geschäftsgebiete sind Oberösterreich, die Obersteiermark und Salzburg.

Die verrechnete Prämie aus direktem und indirektem Geschäft erhöhte sich 1993 um 6,6 Prozent auf 2.016,7 Mio. S. Das direkte Geschäft erzielte ein Prämienaufkommen von 1.851,2 Mio. S, wovon nach einer Steigerung um 5,3 Prozent 1.568,1 Mio. S auf die Schaden- und Unfallsparten entfielen. Die Lebensversicherungsprämien beliefen sich auf 283,1 Mio. S, womit der Vergleichswert des Vorjahres um 26,0 Prozent übertroffen wurde. Der Bereich der aktiven Rückversicherung wies eine Prämie von 165,5 Mio. S aus.

Ende 1993 betreute die Unternehmung im direkten Geschäft 679.532 Verträge mit einer Bestandsprämie von 1.844,3 Mio. S, davon 45.772 Policen in der Lebensversicherung.

Die Leistungen in der Schaden- und Unfallversicherung stiegen unter Einschluß der übernommenen Rückversicherungen um 6,9 Prozent auf 1.192,8 Mio. S. Für die abgegrenzten Versicherungsleistungen wurden 69,2 Prozent der abgegrenzten Prämie aufgewendet. 1992 hatte die Schadenquote 67,6 und 1991 73,7 Prozent betragen. Die Leistungen in der Lebensversicherung beliefen sich einschließlich der Gewinnbeteiligung nach einer Steigerung um 60,8 Prozent auf 115,6 Mio. S. In beiden Abteilungen wurden insgesamt 72.781 Schadenfälle bearbeitet. 1992 waren es 66.358.

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

Gewährleistungsmittel:	2.351
Eigenmit. (inkl. unverst. Rückl.)	312
Techn. Rückstellungen	1.650
Nichtversicherungstechn. Rückstlg.	389
Kapitalanlagen:	1.975
Kenndaten:	
Prämien im Selbstbehalt (in % der Bruttoprämie)	71
Kapitalanlagen: Bruttoleistungen in %	174
Kapitalanlagen: Gewährleistungsmittel in %	84

Die Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb betragen 1993 555,1

Oberösterreichische Wechselseitige Versicherungsanstalt

Schaden- und Unfallversicherung	1992	1993
Erfolgsdaten:		
Abgegrenzte Prämien	1.648	1.723
Versicherungsleistungen	1.103	1.136
— Zahlungen für Versicherungsleistungen	968	990
— Dot. d. Rückst. f. schwebende Fälle	136	146
Versicherungsbetrieb	497	502
Sonstige Aufwendungen (abzgl. sonst. Erträge)	39	35
Aufwand	1.639	1.673
Abrg. mit Rückversicherern	-89	-107
— Prämien an Rückv. (abgegr.)	488	492
— Leistungen	360	349
— Provisionen, Gewinnanteile	39	35
Vermögenserträge (abzgl. Aufwand)	137	136
Verändg. d. techn. Rückst.	2	9
Verändg. d. Schwankungsrückstl.	38	58
Prämienrückerstattung	7	4
Ergebnis der gew. Geschäftstätigkeit	10	32
Prämien im Selbstbehalt	1.160	1.231
Leistungen im Selbstbehalt	743	787
(Beträge in Mio. S)		

Mio. S, womit der Vergleichswert 1992 nur um 11,4 Mio. S übertroffen wurde. Der Kostensatz — in Relation zur abgegrenzten Prämie — sank von 29,1 auf 27,7 Prozent.

Die Kapitalanlagen der „Oberösterreichischen“ stiegen 1993 um 20,0 Prozent auf 3.855,8 Mio. S. Die Erträge blieben im Gefolge der allgemeinen Zinssenkungsbewegung mit 314,5 Mio. S um 6,3 Mio. S unter dem Vergleichswert 1992.

Die gemäß VAG anrechenbaren Eigenmittel erhöhten sich 1993 von 356,7 Mio. S auf 395,0 Mio. S, womit das gesetzliche Erfordernis um 105,8 Mio. S übertroffen wurde. Das Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit belief sich in der Schaden- und Unfallversicherung auf 31,59 Mio. S gegenüber 9,81 Mio. S im Vorjahr. In der Lebensversicherung wurden 9,22 Mio. S gegenüber 7,78 Mio. S erwirtschaftet. Nach Steuern verblieb ein Jahresüberschuß von insgesamt 37,23 Mio. S. Somit konnte gegenüber dem Vergleichswert 1992 von 17,59 Mio. S mehr als eine Verdoppelung erreicht werden.

Die Insolvenzwelle prägt die Entwicklung der Österreichischen Kreditversicherungs-AG

Die Kreditversicherung verzeichnete 1993 weltweit einen beträchtlichen Anstieg der Schäden im Gefolge eines dramatischen Anstiegs der Insolvenzen. Diese Entwicklung war auch in Österreich bestimmend: Die Zahl der Insolvenzen erhöhte sich um 38 Prozent auf 5.082, die Summe der insolvenz betroffenen Forderungen erhöhte sich um 36 Prozent von 23,6 auf 32,3 Mrd. S. In den achtziger Jahren hatten sich die vergleichbaren Werte zwischen 10 und 13 Mrd. S im Jahr bewegt.

Das Jahr 1993 bot zudem ein Schulbeispiel für das Risiko des Lieferantenkredits. In den ersten Monaten waren die Zinssätze sowohl im Inland wie auch in vielen Handelspartnerländern auf hohem Niveau. Zudem verteuerten die 1992 in einigen Ländern vorgenommenen Währungsabwertungen die österreichischen Waren für ausländische Kunden. Dies alles führte zu einer verstärkten Inanspruchnahme des Lieferantenkredits durch Hinausschieben der Zahlungen.

Angesichts dieser Rahmenbedingungen ist die Kreditversicherung für Unternehmen besonders wichtig. Die Österreichische Kreditversicherungs-AG bietet dabei nicht nur den Versicherungsschutz, sondern auch den in Jahrzehnten aufgebauten Zugang zu den verschiedensten Informationsquellen im In- und Ausland.

1993 konnte die ÖKV das Gesamtprämienaufkommen um 14,6 Mio. S auf 395,3 Mio. S steigern. Die Zunahme des Volumens um 3,8 Prozent wird aber der Geschäftsentwicklung nicht gerecht: In der Warenkreditversicherung, der größten Sparte des Unternehmens, konnte eine Steigerung um 12,4 Prozent von 194,0 auf 218,0 Mio. S erreicht werden. In der von der ÖKV selbst abgewickelten Exportkreditversicherung erzielte die Gesellschaft eine Ausweitung der Prämie um 12,3 Prozent von 91,0 Mio. S auf 102,2 Mio. S. Und auch in der Garantiever sicherung wurde eine Steigerung erzielt — um 7,1 Prozent von 22,8 auf 24,5 Mio. S. Insgesamt konnte somit das direkte Geschäft um 12,0 Prozent von 307,8 auf 344,6 Mio. S Prämie gesteigert werden.

Stark zurückgegangen ist die Exportkreditversicherung mit 100prozentiger Rückgarantie der Oesterreichischen Kontrollbank — von 22,1 um 31,8 Prozent auf 15,1 Mio. S. Auch ergaben sich größere Veränderungen bei der Prämienabgrenzung.

Die eingangs geschilderten Faktoren führten zu einem starken Anstieg der Versicherungsleistungen. Die Zahlungen für Versicherungsfälle erhöhten sich um 96,0 Mio. S auf 328,2 Mio. S. Eine ausgewogene Rückversicherungspolitik sorgte allerdings dafür, daß die Zahlungen im Eigenbehalt nur um 11,3 Mio. S auf 54,0 Mio. S angestiegen sind.

Das Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit ging von 13,6 auf 7,2 Mio. S, der Jahresüberschuß von 7,6 auf 4,1 Mio. S zurück. Das Grundkapital von 30 Mio. S wurde mit einer Dividende von 10 Prozent bedient, obwohl nur das halbe Kapital eingezahlt ist.

Die ÖKV verzeichnete 1993 einen kleinen Rückgang der Kapitalanlagen von 279 auf 274 Mio. S. Die Erträge bewegten sich mit 23,3 Mio. S auf Vorjahresniveau. Die Gewährleistungsmittel erhöhten sich von 255 auf 277 Mio. S.

Österreichische Kreditversicherungs-AG

	1992	1993
Erfolgsdaten:		
Abgegrenzte Prämien	381	395
Versicherungsleistungen	251	342
— Zahlungen für Versicherungsleistungen	232	328
— Dot. d. Rückst. f. schwebende Fälle	19	14
Versicherungsbetrieb	120	124
Sonstige Aufwendungen (abzgl. sonst. Erträge)	9	4
Aufwand	380	471
Abrg. mit Rückversicherern	-10	66
— Prämien an Rückv. (abgegr.)	287	296
— Leistungen	190	274
— Provisionen, Gewinnanteile	87	88
Vermögenserträge (abzgl. Aufwand)	22	22
Verändg. d. techn. Rückstl.	1	4
Verändg. d. Schwankungsrückstl.	11	4
Prämienrückerstattung	8	5
Ergebnis der gew. Geschäftstätigkeit	14	7
Prämien im Selbstbehalt	94	100
Leistungen im Selbstbehalt	62	68
Gewährleistungsmittel:	255	277
Eigenmit. (inkl. unverst. Rückl.)	98	99
Techn. Rückstellungen	80	92
Nichtversicherungstechn. Rückstl.	77	86
Kapitalanlagen:	279	274
Kenndaten:		
Prämien im Selbstbehalt (in % der Bruttoprämie)	25	25
Kapitalanlagen: Bruttoleistungen in %	111	80
Kapitalanlagen: Gewährleistungsmittel in %	109	99

(Beträge in Mio. S, Rundungen ergeben Differenzen)

Austria-Collegialität Versicherungen mit 6,9 Mrd. S Prämienaufkommen

Die gesamten Prämieinnahmen der Austria-Collegialität Versicherungen beliefen sich 1993 auf 6.908 Mio. S, womit der vergleichbare Vorjahreswert um 418 Mio. S, somit um 6,4 Prozent, übertroffen wurde. Das Geschäftsjahr konnte mit zufriedenstellenden Ergebnissen abgeschlossen werden.

Die Struktur des Konzerns sei vor der Darstellung der Geschäftsentwicklung in Erinnerung gerufen: Die Austria-Collegialität Österreichische Versicherung AG betreibt die Krankenversicherung, die Hauptsparte des Konzerns, sowie die Lebensversicherung und das Schaden-Unfall-Geschäft. Das Neugeschäft der Lebensversicherung wird allerdings von der Austria Lebensversicherung AG betrieben, das Neugeschäft der Schaden-Unfallsparte von der Austria Schaden- und Unfallversicherung AG. Das abgegrenzte Prämienaufkommen der Krankensparte betrug 1993 4.812 Mio. S. Die Austria-Collegialität erzielte in der Lebenssparte 215,4 Mio. S, die Austria-Leben 913,5 Mio. S, sodaß sich ein abgegrenztes Volumen von 1.128,9 Mio. S ergab. Die Austria-Collegialität verzeichnete in Schaden-Unfall 55,7 Mio. S, die Austria Schaden-Unfall 888,3 Mio. S, insgesamt also 944,0 Mio. S.

Die abgegrenzten Prämien erreichten insgesamt 6.884,9 Mio. S. Im folgenden wird der Entwicklung der Krankenversicherung besonderes Augenmerk gewidmet. In der Lebensversicherung werden die Ergebnisse der Austria-Leben in den Vordergrund gerückt, im Bereich der Schaden-Unfallversicherung die Austria-Schaden-Unfall näher beleuchtet.

Die gesamten Prämieinnahmen in der Krankenversicherung beliefen sich 1993 nach einer Steigerung um 6,5 Prozent auf 4.820 Mio. S ohne Abgrenzung. Demgegenüber erhöhten sich die Betriebsleistungen um 7,8 Prozent auf 4.647 Mio. S. Zum Jahresende 1993 waren 596.388 Personen versichert.

Die Entwicklung der Krankenversicherung wurde auch 1993 durch die seit Jahren zu beobachtenden Fehlsteuerungen im Gesundheitswesen belastet. Die immer wieder angekündigte Reform wurde bislang nicht durchgeführt. Auch 1993 war der Großteil der Prämiensteigerung in der Gesamthöhe von 293 Mio. S auf die infolge der gestiegenen Aufwendungen für Spitalsaufenthalte notwendigen Anpassungen zurückzuführen.

Drei Phänomene sind bestimmend: Immer mehr Versicherte nehmen das Spital in Anspruch. Die Kosten der Spitalsaufenthalte steigen kontinuierlich an. Somit kommt eine ständige Ausweitung der Belastungen zustande. Die Verweildauer geht zurück, doch bedeutet dieser Umstand keine besondere Entlastung, da sich nur im Durchschnittswert die in letzter Zeit stark gestiegene Zahl der Kurzaufenthalte niederschlägt. Von je 1000 krankenhauszusatzversicherten Kunden der Austria-Collegialität unterzogen sich 1988 238 einer Spitalsbehandlung, 1993 waren es 270. Die durchschnittlichen Spitalskosten pro Tag sind von 2.827 S im Jahr 1988 auf 4.422 S 1993 angestiegen.

Die Austria-Collegialität konnte 1993 in der Krankenversicherung das Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit von 130 auf 157 Mio. S steigern. Allerdings ist diese erfreuliche Steigerung in erster Linie dem Anstieg der Vermögenserträge von 649 auf 733 Mio. S zu danken.

Krankenversicherung — 1992/1993:

Erfolgsdaten (in Mio. S):	1992	1993
Abgegrenzte Prämien	4.525	4.812
Versicherungsleistungen	3.479	3.876
— Zahlungen für Versicherungsleistungen	3.339	3.799
— Dot. d. Rückst. f. schweb. Fälle (nto)	140	77
Versicherungsbetrieb	698	698
Sonst. Aufw. (abzgl. sonst. Erträge)	37	48
Aufwand	4.213	4.622
Abrg. mit Rückversicherern	1	0
— Prämien an Rückv. (abgegr.)	12	12
— Leistungen	12	12
— Provisionen, Gewinnanteile	0	1
Vermögenserträge (abzgl. Aufwand)	649	733
Verändg. d. techn. Rückstl.	590	603
Verändg. d. Schwankungsrückstl.		
Prämienrückerstattung (nto)	241	163
Ergebnis der gew. Geschäftstätigkeit	130	157
Prämien im Selbstbehalt	4.513	4.800
Leistungen im Selbstbehalt	3.466	3.863

Krankenversicherte erwarten heute nicht nur finanzielle Leistungen im Schadensfall, sondern auch Hilfestellung und Beratung zur Vermeidung von gesundheitlichen Schäden, betont man in der Austria-Collegialität und hat sich daher dem Motto „Von der Krankenversicherung zur Gesundheitssicherung“ verschrieben. 1990 wurde in diesem Sinn der Vital-Club gegründet. Der Kunde ist automatisch mit dem Abschluß einer Krankenversicherung Mitglied des Clubs, der eine breite Palette von Dienstleistungen und Informationen bietet. Unter anderem wurden 1993 150 Veranstaltungen durchgeführt und Vergünstigungen für Club-Mitglieder in Gesundheitshotels, Restaurants und Fitneßzentren geboten. Die Austria-Collegialität und der Vital-Club haben im Rudolfinerhaus in Wien, im Diakonissen-Krankenhaus in Linz, im Ambulatorium Primarius Dr. Gabmeyer in Eisenstadt und im Sanatorium Villach Gesundheitszentren installiert, die den Versicherten als Anlaufstellen für medizinische Fragen „rund um die Uhr“ dienen.

Die Erfolgsrechnung der Austria-Collegialität Österreichische Versicherung AG schloß 1993 unter Berücksichtigung aller drei Sparten — Kranken, Leben, Schaden-Unfall — mit einem Jahresüberschuß von 171,2 Mio. S, womit der Vergleichswert 1992 von 119,4

Mio. S deutlich übertroffen wurde. Nach Dotierung der Rücklagen wurde unter Einschluß des Gewinnvortrags ein Bilanzgewinn von 20,6 Mio. S ausgewiesen. Das Grundkapital von 400 Mio. S, das zu 90 Prozent vom Austria Versicherungsverein a. G. und zu 10 Prozent von der Collegialität Versicherung a. G. gehalten wird, wurde mit einer Dividende von 5 Prozent bedient.

Die Kapitalanlagen der Gesellschaft beliefen sich zum Jahresende 1993 auf 12,3 Mrd. S. Die Gewährleistungsmittel betragen 12,8 Mrd. S, wovon 2,0 Mrd. S auf Eigenmittel einschließlich der nicht versteuerten Rücklagen entfielen, 9,8 Mrd. S auf die versicherungstechnischen und 1,1 Mrd. S auf die nichtversicherungstechnischen Rückstellungen.

Austria Lebensversicherung AG mit 916,8 Mio. S Prämien

Die Austria Lebensversicherung AG erzielte 1993 ein gutes Geschäftsergebnis. Die Prämieinnahmen konnten um 10,1 Prozent von 832,8 Mio. S auf 916,8 Mio. S gesteigert werden. Nach relativ geringen Zuwachsraten in den beiden Vorjahren nahm das Interesse an Lebensversicherungen 1993 wieder deutlich zu. In der zweiten Hälfte des Jahres machte sich insbesondere die Nachfrage nach Verträgen gegen Einmalprämie bemerkbar.

Die Zahlungen für Versicherungsfälle einschließlich der Veränderung der Rückstellung für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle stiegen um 6,7 Prozent von 486,2 Mio. S auf 518,6 Mio. S. Die Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb erhöhten sich im Eigenbehalt um 7,5 Prozent von 158,0 Mio. S auf 169,9 Mio. S. Die Erträge aus Kapitalanlagen stiegen von 548,8 Mio. S um 6,7 Prozent auf 585,8 Mio. S.

Nach der Dotation der Rückstellung für Gewinnbeteiligung der Versicherungsnehmer im Ausmaß von 429 Mio. S war ein Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit von 74,7 Mio. S auszuweisen. 1992 wurde die Gewinnrückstellung mit 408 Mio. S dotiert, das EGT belief sich auf 53,9 Mio. S.

Der Jahresüberschuß 1993 erreichte 51,1 Mio. S, womit der Vergleichswert 1992 von 33,7 Mio. S deutlich übertroffen wurde. Nach Dotierung der Rücklagen ermöglichte der Jahresgewinn von 20,4 Mio. S die Ausschüttung einer 10prozentigen Dividende auf das Grundkapital von 200 Mio. S, das zur Gänze von der Austria-Collegialität Österreichische Versicherung AG gehalten wird.

Zum Jahresende 1993 verfügte die Austria-Leben über Kapitalanlagen von 7,6 Mrd. S. Die Gewährleistungsmittel betragen 7,6 Mrd. S, wovon 489,6 Mio. S auf Eigenmittel einschließlich der un versteuerten Rücklagen entfielen, 7,1 Mrd. S auf die versicherungstechnischen und 25,8 Mio. S auf die nichtversicherungstechnischen Rückstellungen.

Austria Schaden-Unfall AG mit 898,1 Mio. S Prämien

Die Austria Schaden- und Unfallversicherung AG steigerte 1993 die Prämieinnahmen um 7,1 Prozent von 836,9 Mio. S auf 896,1 Mio. S. Die Zahlungen für Versicherungsfälle einschließlich der Veränderung der Rückstellung für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle erhöhten sich um 6,5 Prozent von 531,9 Mio. S auf 566,6 Mio. S.

Die Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb erhöhten sich um 9,7 Prozent auf

Schaden-Unfallversicherung — 1992/1993:

236,7 Mio. S.

Erfolgsdaten:			
Abgegrenzte Prämien	828	888	
Versicherungsleistungen	478	512	
— Zahlungen für Vers.-Leistg.	426	475	
— Rückst. f. schweb. Fälle (nto)	53	37	
Versicherungsbetrieb	280	307	
Sonst. Aufw. (abzgl. sonst. Erträge)	8	8	
Aufwand	767	827	
Abrg. mit Rückversicherern	-50	-46	
— Prämien an Rückv. (abgegr.)	340	367	
— Leistungen	225	251	
— Provisionen, Gewinnanteile	64	70	
Vermögenserträge (abzgl. Aufwand)	79	87	
Verändg. d. techn. Rückstl.	0	0	
Verändg. d. Schwankungsrückstl.	16	12	
Prämienrückerstattung (nto)	3	3	
Ergebnis der gew. Geschäftstätigkeit	70	89	
Prämien im Selbstbehalt	488	522	
Leistungen im Selbstbehalt	253	261	
Beträge in Mio. S.			

Die Erträge aus Kapitalanlagen konnten von 85,8 Mio. S um 29,7 Prozent auf 111,3 Mio. S angehoben werden.

Das Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit fiel somit deutlich besser aus und erreichte 88,6 Mio. S, gegenüber 70,2 Mio. S 1992. Der Jahresüberschuß betrug 67,8 Mio. S nach 44,2 Mio. S 1992.

Der Bilanzgewinn von 22,6 Mio. S erlaubte die Ausschüttung einer Dividende von 15 Prozent auf das von der Austria-Collegialität gehaltene Grundkapital von 150 Mio. S.

Die Kapitalanlagen der Austria-Schaden-Unfall erreichten 1993 1,1 Mrd. S. Die Gewährleistungsmittel beliefen sich auf 1,1 Mrd. S, wovon 419,79 Mio. S auf Eigenmittel einschließlich der nicht versteuerten Rücklagen entfielen, 599,6 Mio. S auf die versicherungstechnischen Rückstellungen im Selbstbehalt und 29,6 Mio. S auf die nichtversicherungstechnischen Rückstellungen.

Korrektur zum Bericht über die Interunfall

Der Bericht über die Interunfall Versicherung AG im Heft 10 der Versicherungsrundschau enthielt leider mehrere Fehler. In der Schaden- und Unfallversicherung betragen die Gewährleistungsmittel Ende 1993 nicht 7.973 Mio. S, sondern 7.614 Mio. S, die Rückstellungen für Abfertigungen und Pensionen nicht 1.019 Mio. S, sondern 659 Mio. S. In der Lebensversicherung beliefen sich die Gewährleistungsmittel nicht auf 9.863 Mio. S, sondern auf 9.893 Mio. S, die Rückstellungen für Abfertigungen und Pensionen nicht auf 33, sondern auf 63 Mio. S. Die direkte Prämie in der Lebensversicherung betrug nicht 1,37 Mrd. S, sondern 1,35 Mrd. S.

Wir bitten höflichst um Entschuldigung.