DIE VERSICHERUNGS RUNDSCHAU

Zeitschrift der Österreichischen Gesellschaft für Versicherungsfachwissen

49. JAHRGANG APRIL 1994 NR. 4

Das „Anwaltsmodell" als Organisationsprinzip der Schadenregulierung in der Rechtsschutzversicherung

VON O. UNIV.-PROF. DR. ATTILA FENYVES, GRAZ

I. Einleitung

A. Die Rechtsschutzversicherungsrichtlinie[1] wurde durch die VAG-Novelle 1992[2] in das österreichische Recht umgesetzt. Die einschlägigen Regelungen dieser Novelle sind aufgrund des Inkrafttretens des EWR-Vertrages mit 1. 1. 1994 mit dem selben Datum in Österreich in Kraft getreten.[3]

Die erwähnte Richtlinie sieht neben Änderungen des Vertragsversicherungsrechts insbesondere auch die Einführung von bestimmten Organisationsstrukturen für Unternehmen vor, die die Rechtsschutzversicherung betreiben. Während in Österreich bis jetzt die Problematik der Interessenkollision in der Rechtsschutzversicherung lediglich auf vertragsrechtlicher Basis geregelt war[4], enthält die Rechtsschutzversicherungsrichtlinie (in der Folge: RS-Rl) Vorkehrungen organisationsrechtlicher Art, die das Entstehen einer Interessenkollision bereits in abstracto verhindern sollen. Diese Vorkehrungen treten an die Stelle des Spartentrennungsprinzips, das vor Umsetzung der RS-Rl nur in Deutschland zwingend vorgeschrieben war, und sollen einander grundsätzlich gleichwertig sein.[5]

Im einzelnen eröffnet die RS-Rl den Vertragsstaaten die Wahl zwischen drei Möglichkeiten, nämlich einer getrennten Schadenverwaltung, einer Auslagerung auf ein selbständiges Schadenregulierungsunternehmen und der sogenannten „Anwaltslösung", bei der die Schadenregulierung durch einen Anwalt vorgenommen wird. An sich hätte zwar jeder Staat das Recht, auch nur eine dieser Lösungen als verpflichtend vorzuschreiben[6]; so hat

---

[1] Richtlinie des Rates zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften für die Rechtsschutzversicherung vom 22. Juni 1987, 87/344/EWG.

[2] BGBl 1992/769.

[3] Vgl § 119 Abs 7 VAG idF VAG-Novelle 1992.

[4] Vgl Art 10.4. ARB 1988.

[5] Erwägungsgrund 10; Art 3 Abs 3 RS-Rl.

[6] Art 3 Abs 2 RS-Rl (das sogenannte „Mitgliedstaatenwahlrecht"). Vgl dazu *Müller*, Die EWG-Rechtsschutzversicherungsrichtlinie und ihre Auswirkungen, VW 1988, 1354 (1354) = Rechtsschutz in Europa (in der Folge: RSiE) 1988/4, 25 (25). Zur Ausübung dieses Wahlrechts durch die EU-Staaten insgesamt vgl die Studie des ständigen Sekretariats der RIAD „Die Richtlinie 87/344/EG ‚Rechtsschutzversicherung' und ihre Überleitung in die nationalen Gesetzgebungen", RSiE 1992/4, 19 (21 ff).

Deutschland zB die zweitgenannte Lösung 2 verbindlich vorgeschrieben[7]. Österreich hat in der VAG-Novelle 1992 seinen Unternehmen jedoch alle drei Lösungen freigestellt.[8]

B. Im Zusammenhang mit diesen drei Organisationsmodellen stellt sich eine Vielzahl von Rechtsfragen, die zum Teil schon von *Kronsteiner* behandelt wurden[9]. Als besonders problematisch erweist sich dabei das sogenannte „Anwaltsmodell" des Art 3 Abs 2 lit c der RS-Rl bzw des Art 12 Abs 1 Z 3 VAG, weil die in diesen beiden Bestimmungen getroffenen Regelungen im Verhältnis zur Regelung der beiden anderen Modelle auffallend knapp und inhaltlich wenig aussagekräftig sind. Bei den österreichischen Versicherungsunternehmungen, die Rechtsschutzversicherung als Kompositversicherer betreiben und die Übernahme des Anwaltsmodells ins Auge gefaßt haben, hat sich daher ein reges Interesse daran gebildet, die mit diesem Organisationsmodell verbundenen Rechtsfragen einer Klärung zuzuführen.[10]

Im Vordergrund des Interesses stand das Verhältnis des Anwaltsmodells als Organisationsprinzip der Schadenregulierung zum Grundsatz der freien Anwaltswahl.[11] Näherhin geht es vor allem darum, inwieweit der Versicherer bei der Wahl des Anwaltsmodells noch die Prüfung der Deckungsfrage und der Erfolgsaussichten „im Haus" behalten kann oder ob er sie in toto dem Anwalt überlassen muß; inwieweit er dem Anwalt bei der Schadenregulierung Weisungen erteilen und von diesem informiert werden muß; ob der Versicherer trotz Entscheidung für das Anwaltsmodell Eigenregulierung betreiben kann, wenn der Versicherungsnehmer von seiner Möglichkeit der Anwaltsbeauftragung keinen Gebrauch macht; ob der Versicherer den Versicherungsnehmer mit einem Selbstbehalt belasten kann, wenn dieser den Anwalt frei wählt und nicht den vom Versicherer vorgeschlagenen Anwalt beauftragt; ob der vom Versicherungsnehmer beauftragte Anwalt dem Versicherer für Fehler bei der Schadenregulierung haftet etc.

All diesen Fragen soll im folgenden nachgegangen werden. Anderes muß hier jedoch ausgeklammert und einer späteren Erörterung vorbehalten werden. Es wird insbesondere nicht auf die Frage eingegangen, ob der Wahl des Anwaltsmodelles in Österreich Schwierigkeiten entgegenstehen, die sich aus dem Standesrecht der Rechtsanwälte ergeben, und ob der Anwalt, der im Zuge des Anwaltsmodelles — wie zu zeigen sein wird — funktionell auch für den Versicherer tätig wird, für diese Tätigkeit ein gesondertes Entgelt verrechnen kann, das nicht mit jenem identisch ist, welches er von seinem Klienten (dem Versicherungsnehmer) zu verlangen berechtigt ist.

II. Grundlegung

A. Ausgangspunkt der folgenden Betrachtungen ist Art 3 Abs 3 der RS-Rl, nach dem unabhängig davon, welches der drei Organisationsmodelle gewählt wird, die Interessen der Rechtsschutzversichertern im Rahmen dieser Richtlinie als gleichwertig geschützt gelten. Nach dem Wortlaut dieser Bestimmung stellt sie eine bloße Gleichwertigkeitsfiktion dar.[12] Demgegenüber läßt der Erwägungsgrund 10 der Richtlinie annehmen, daß der Europa-

[7] Vgl § 8a dVAG.
[8] § 12 VAG neu.
[9] Die Interessenkollision in der Rechtsschutzversicherung, VR 1994, 1 ff.
[10] Die vorliegende Arbeit basiert auf einem Rechtsgutachten, das im Auftrag eines österreichischen Versicherungsunternehmens erstattet wurde.
[11] Zu diesem Grundsatz vgl nun § 158 k VersVG.
[12] So auch *Müller*, VW 1988, 1358.

gesetzgeber von einer tatsächlichen Gleichwertigkeit der drei Organisationsmodelle ausgeht, da dort festgehalten wird: „Jede Lösung, die gewählt wird, bietet hinsichtlich der Wahrung der Interessen der Versicherten gleichwertige Garantien."

Art 3 Abs 3 der RS-RI wurde in Österreich nicht umgesetzt, findet sich also in der entsprechenden Regelung des § 12 VAG neu nicht. Die Erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage der VAG-Novelle 1992 sprechen jedoch davon, daß Art 3 Abs 3 der Richtlinie ausdrücklich *postuliere,* daß alle diese Vorkehrungen gleichwertig sind.[13]

In der Tat ist davon auszugehen, daß sich aus Art 3 Abs 3 der Richtlinie im Zusammenhang mit dem Erwägungsgrund 10 nicht nur eine bloße Gleichwertigkeitsfiktion, sondern ein *Gleichwertigkeitsgebot* ableiten läßt. Es ist zwar klar, daß die drei angebotenen Optionen schon von ihrer Konzeption her Interessenkollisionen nur verschieden effizient verhindern können. Die stärkste Lösung ist sicherlich die des ausgegliederten Schadenbearbeitungsunternehmens. Die innerbetrieblich getrennte Regulierungsorganisation und die Anwaltslösung sind zur Vermeidung von Interessenkollisionen schon von ihrer Natur her weniger geeignet.[14] Das allgemeine Ziel der Richtlinie, Interessenkollisionen „möglichst" bzw „weitestmöglich" zu vermeiden,[15] gebietet es aber in Verbindung mit der „Gleichwertigkeitsfiktion", daß alle drei Varianten der Organisation so ausgestaltet werden, daß sie diesem Ziel möglichst nahe kommen. Die Ausgestaltung der drei Organisationsformen ist also nicht ins Belieben des jeweiligen Staates oder auch der jeweiligen Unternehmen gestellt, sondern hat auf eine solche Art zu erfolgen, daß sie einander in der Eignung, Interessenkollisionen hintanzustellen, soweit wie möglich gleichwertig sind. Es ist also — ganz im Sinne der EB zur VAG-Novelle 1992 — von einem „Gleichwertigkeitsgebot" auszugehen.

B. Aus dieser Prämisse ergibt sich, daß Aussagen über die Anforderungen an die Ausgestaltung der „Anwaltslösung" nicht nur aus dem Text des Art 3 Abs 2 lit c der RS-RI abgeleitet werden können, zumal dieser dafür wenig hergibt. Es ist vielmehr nötig, zuerst die beiden anderen alternativen Organisationsmodelle darzustellen, die in der Richtlinie wesentlich klarer geregelt sind, und daraus Schlüsse auf die Anwaltslösung abzuleiten: Die Anwaltslösung muß ja den „Rechtsschutzgarantien" der beiden anderen Lösungen im Hinblick auf die Vermeidung einer Interessenkollision möglichst weitgehend entsprechen.

Im folgenden werden daher zuerst die beiden anderen Organisationsmodelle dargestellt. Dabei wird weitestgehend den Ausführungen von *Müller*[16] und *Kronsteiner*[17] gefolgt, freilich nur in der gebotenen Kürze und nur insoweit, als der Autor keine abweichende Auffassung vertritt. Erst im Anschluß an diese Darstellung werden die Konsequenzen für die Anwaltslösung erarbeitet.

Abschließend sei noch ein letzter Hinweis erlaubt. Zur Anwaltslösung gibt es — außer den beiden erwähnten Arbeiten von *Müller* und *Kronsteiner* — überhaupt keine deutschsprachige Literatur. Das hängt damit zusammen, daß in Deutschland die ausgegliederte Schadenverwaltung als einzige Lösung verbindlich vorgeschrieben wurde (§ 8a VAG), so-

[13] 649 Blg StenProt NR XVIII. GP, 26. So nun auch die EB zum MinE der VAG-Novelle 1994 (Stand 22. 2. 1994) zur Neufassung des § 12 Abs 1 Z 3 VAG, in der dem bisherigen Wortlaut der Bestimmung der neue Nebensatz angefügt werden soll: „der selbständig über die Maßnahmen zur Rechtsverfolgung und ihre Erfolgsaussichten entscheidet" (EB 12).

[14] Vgl nur *Müller,* VW 1988, 1358 ff; *Prölss — Schmidt — Frey — Kollhosser,* Versicherungsaufsichtsgesetz, Nachtrag zur 10. Auflage (1992) § 8a RdNr 3.

[15] Erwägungsgrund 4, Art 1 der RI.

[16] VW 1988, 1354 ff.

[17] VR 1994, 1 ff.

daß sich das deutsche Schrifttum mit der Anwaltslösung naturgemäß nicht beschäftigt hat. In der Schweiz ist die Anwaltslösung als Option zwar eröffnet, es gibt jedoch — soweit ersichtlich — auch keine einschlägige Literatur.[18] In den Mitgliedstaaten der EG ist die Anwaltslösung durchaus oft zugelassen.[19] Auch hier konnte jedoch keine weiterführende Literatur aufgefunden werden. Die vorliegende Arbeit betritt also juristisches Neuland, was ihre Aufgabe nicht gerade erleichtert.

III. Die „Schadenverwaltung" als Ansatzpunkt der drei Organisationsmodelle

Die RS-RI geht davon aus, daß die organisatorischen Vorkehrungen zur Vermeidung von Interessenkollisionen auf der Ebene der Schadenverwaltung ansetzen müssen.[20] Im einzelnen verwendet die RI jedoch verschiedene Termini. Im Erwägungsgrund 9 spricht sie von der „Verwaltung der Schadensfälle". In Art 3 Abs 2 lit a verwendet sie den Begriff „Schadensverwaltung oder Rechtsberatung für diese Verwaltung". Art 3 Abs 2 lit b, Satz 1 spricht schlicht von „Schadensverwaltung". In Art 3 Abs 2 lit b, Satz 2 ist von der „Bearbeitung der Versicherungsfälle oder der diese Bearbeitung betreffenden Rechtsberatung" die Rede. § 12 VAG neu verwendet schließlich den Begriff der „Schadenregulierung".

Kronsteiner zieht aus diesen Vorgaben im Zusammenhang mit den Art 1, 6, 8, 9 und 10 der ARB 1988 den Schluß, daß die Stellungnahme zur Deckung und zur Aussicht auf Erfolg, das Führen von Verhandlungen mit der Gegenseite, die Beauftragung eines Rechtsanwaltes und die Beratung des Versicherten in all diesen Belangen ebenso unter den Begriff der „Schadenverwaltung" falle wie die Kontrolle und Übernahme von Kostenzahlungen. Die bloße Entgegennahme einer Schadenmeldung, die Unterstützung des Versicherten beim Ausfüllen derselben, die Weiterleitung der Schadenmeldung oder anderer Informationen und Unterlagen an die zuständige Rechtsschutz-Abteilung stellen seiner Meinung nach dagegen keine „Schadenverwaltung" bzw „Schadenregulierung" dar, sondern einfache Serviceleistungen.[21]

Dieser Auffassung *Kronsteiners* ist zuzustimmen. Sie wird vor allem auch durch die Formulierung in Art 3 Abs 3 lit c der RI unterstützt, nach der der Versicherungsnehmer das Recht auf freie Anwaltswahl hat, „sobald er das Tätigwerden des Versicherers aufgrund der Polizze verlangen kann". Mit dieser Formulierung kann — jedenfalls nach österreichischem Recht — nichts anderes gemeint sein als die Tätigkeit des Versicherers ab jenem Zeitpunkt, in dem der Versicherungsnehmer seinen Deckungsanspruch geltend machen kann. Daraus folgt, daß die Prüfung der Deckung und der Erfolgsaussichten grundsätzlich dem Begriff der Schadenverwaltung (Schadenregulierung) zuzuordnen ist. Es wird allerdings zu zeigen sein, daß das gerade bei der Anwaltslösung noch nicht unbedingt bedeuten muß, daß auch der Anwalt als Schadenregulierer über die Deckungsfrage bzw über die Erfolgsaussichten entscheiden muß, sodaß der Versicherer zum bloßen Kostenversicherer würde. Es

---

[18] Es gibt zwar einige Aufsätze, die sich mit den durch den EWR-Vertrag bzw die RS-RI einhergehenden Veränderungen im Recht der Rechtsschutzversicherung beschäftigen. Vgl *Viret,* Einige Aspekte der Rechtsschutzversicherung, RSiE 1990/1, 14 (18); *Schneiter,* EWR-bedingte Anpassungen des schweizerischen Rechts im Bereich der Privatversicherung, SVZ 1992, 96 (99) und *Pfund,* Aufsichtsrechtliche Rahmenbedingungen im Versicherungsbinnenmarkt, SVZ 1992, 236 (238). All diese Aufsätze gehen auf das Problem der Anwaltslösung jedoch nicht ein.

[19] Vgl die Nachweise in RSiE, 4/92 19 ff (20 f).

[20] *Müller,* VW 1988, 1354.

[21] VR 1994, 5 f.

wird freilich einer besonderen Begründung bedürfen, warum gerade bei der Anwaltslösung ein engerer Begriff der Schadenregulierung zur Anwendung kommt; darauf wird noch zurückzukommen sein.[22]

IV. Die getrennte Schadenregulierung

A. Nach Art 3 Abs 2 lit a der RS-Rl muß das Unternehmen bei der Wahl dieser Organisationsform sicherstellen, daß ein Mitglied des Personals, das sich mit der Schadensverwaltung des Zweiges Rechtsschutz oder der Rechtsberatung für diese Verwaltung befaßt, nicht gleichzeitig eine ähnliche Tätigkeit ausübt, und zwar

— weder für einen anderen Zweig desselben Unternehmens, wenn es sich um ein Mehrspartenunternehmen handelt,

— noch — unabhängig davon, ob es sich um ein Mehrspartenunternehmen oder ein spezialisiertes Unternehmen handelt — in einem anderen Unternehmen, das in finanzieller, geschäftlicher oder verwaltungsmäßiger Hinsicht mit dem ersten Unternehmen verbunden ist und einen oder mehrere Versicherungszweige der Richtlinie 73/239/EWG betreibt.

Der österreichische Gesetzgeber hat diese Anordnung in § 12 Abs 1 Z 1 VAG neu umgesetzt. Die Umsetzung entspricht dem Vorbild der Richtlinie nicht wörtlich. Es kann für die Zwecke dieser Arbeit jedoch offen bleiben, ob der österreichische Gesetzgeber dadurch allenfalls — insbesondere durch die Gleichsetzung der „Unternehmen, die mit dem Rechtsschutzversicherer in finanzieller, geschäftlicher oder verwaltungsmäßiger Hinsicht verbunden sind" mit den „verbundenen Unternehmen" gemäß § 228 Abs 3 HGB — richtlinienwidrig gehandelt hat. Wesentlich ist nämlich im gegebenen Zusammenhang vor allem, welche Anforderungen bei der getrennten Schadenregulierung an das Ausmaß der organisatorischen Trennung gestellt werden müssen.

B. Hier kann wieder an die zutreffenden Ausführungen von *Kronsteiner* angeknüpft werden. *Kronsteiner* weist aaO aufgrund eines argumentum a minori ad maius aus den Regelungen über die ausgelagerte Schadenregulierung (Art 3 Abs 3 lit b letzter Satz der Rl) nach, daß die Schadenregulierung im Rechtsschutz selbständig und unabhängig von den Interessen aller anderen Versicherungszweige erfolgen können und dazu zur Gänze und in allen Instanzen von den anderen Versicherungszweigen getrennt sein muß. Das bedeute insbesondere, daß sie direkt der Geschäftsleitung unterstellt sein müsse. Im einzelnen wird der Größenschluß folgendermaßen begründet: Art 3 Abs 2 lit b der RS-Rl läßt den Staaten das Wahlrecht, ob sie bei der ausgelagerten Schadenregulierung das Verbot der gleichen oder ähnlichen Tätigkeit für ein verbundenes Mehrspartenunternehmen auch auf die Vorstandsebene des Schadenregulierungsunternehmens ausdehnen wollen. Daraus ergebe sich klar, daß dieses Verbot jedenfalls für alle Mitarbeiter des Regulierungsunternehmens unterhalb der Vorstandsebene gilt. Wenn schon für Mitarbeiter des Regulierungsunternehmens eine derartige Einschränkung in bezug auf eine Tätigkeit für verbundene Unternehmen gelte, müsse sie umsomehr für Mitarbeiter im eigenen Unternehmen in bezug auf die anderen Versicherungszweige gelten, wenn die Unabhängigkeit der selbständigen Rechtsschutz-Abteilung gesichert sein solle.[23]

Ebenso überzeugend wie dieser Größenschluß ist die Auffassung *Kronsteiners*, daß sich die organisatorische Trennung nicht nur auf den fachlichen Bereich beziehen müsse, son-

[22] Vgl unten VII. B.
[23] VR 1994, 6.

dern daß auch auf die personelle Einordnung und Unterstellung Rücksicht genommen werden müsse.[24] Die Ausführungen *Kronsteiners* bedürfen lediglich einer — allerdings nicht unwichtigen — Ergänzung. Bei der bloß organisatorischen Trennung „im Haus" des Mehrspartenunternehmens ist es offenbar zulässig, daß es kein Vorstandsmitglied geben muß, das nur für Rechtsschutz zuständig ist. Aus dieser Konstellation ergibt sich natürlich die eminente Gefahr, daß ein „Mischvorstandsmitglied" in die Gefahr einer Interessenkollision geraten und in Versuchung kommen könnte, in die Schadenregulierung einzugreifen. Geht man wieder vom Gleichwertigkeitsgebot aus, dann darf ein solcher „Mischvorstand" in die Schadenregulierung jedenfalls nicht durch individuelle, auf den Einzelfall bezogene Weisungen eingreifen. Zulässig sind aber — ebenso wie zB beim deutschen Modell des ausgelagerten Schadenregulierungsbüros (§ 8a Abs 4 dVAG) — generelle Weisungen über die Abwicklung von Rechtsschutz-Versicherungsfällen, sofern es sich nicht gerade um die Weisung handelt, daß alle Fälle, in denen eine Interessenkollision möglich ist, dem Vorstand vorgelegt werden müssen. Auch hier ergeben sich also aufgrund des Gleichwertigkeitsgebotes aus dem Vergleich mit der Organisationsform des ausgegliederten Schadenregulierungsunternehmens Rückschlüsse auf die Notwendigkeit der Organisation der bloß intern getrennten Schadenregulierung.

V. Die ausgelagerte Schadenregulierung

A. Die ausgelagerte Schadenregulierung wird allgemein unter den drei vom Europagesetzgeber zur Wahl gestellten Lösungen als jene Organisationsform angesehen, die von ihrer Konzeption her am besten dazu geeignet ist, Interessenkollisionen zu vermeiden. Nach Art 3 Abs 2 lit b der RI muß das Unternehmen bei dieser Option die Schadenverwaltung des Zweiges Rechtsschutz einem rechtlich selbständigen Unternehmen übertragen. Dieses Unternehmen wird in dem in Art 3 Abs 1 genannten gesonderten Vertrag oder Kapitel bezeichnet. Ist dieses rechtlich selbständige Unternehmen mit einem Unternehmen verbunden, das einen oder mehrere Versicherungszweige gemäß Buchstabe A des Anhangs der Richtlinie 73/239/EWG betreibt, dürfen die Mitglieder dieses Unternehmens, die sich mit der Bearbeitung der Versicherungsfälle oder der diese Bearbeitung betreffenden Rechtsberatung befassen, nicht gleichzeitig in dem anderen Unternehmen die gleiche oder eine ähnliche Tätigkeit ausüben. Darüber hinaus können die Mitgliedstaaten die gleichen Auflagen für die Mitglieder des Vorstandes vorschreiben.

Nach hM ist der Text der Richtlinie zum Teil ungenau und ergänzungsbedürftig. Zum einen muß es statt „in" besser „für" heißen, da es nicht auf den Ort der Tätigkeit, sondern auf die Funktion der Tätigkeit ankommt.[25] Zum anderen bedarf die Regelung insofern der teleologischen Reduktion, als nicht schlechthin die Tätigkeit in einem verbundenen Unternehmen bzw für ein verbundenes Unternehmen unzulässig sein kann, sondern nur in einem anderen Versicherungszweig eines verbundenen Unternehmens. Es spricht also nichts dagegen, daß ein Mitarbeiter in einem verbundenen Unternehmen im Zweig der Rechtsschutzversicherung tätig ist, da in diesem Fall ja keine Gefahr der Interessenkollision besteht.[26]

B. Auf diese Fragen braucht hier jedoch nicht näher eingegangen zu werden. Die Organisationsform der ausgelagerten Schadenregulierung wurde jedenfalls in Österreich durch

[24] VR 1994, 6 f.
[25] Vgl *Müller*, VW 1988, 1363 FN 26.
[26] Vgl *Müller*, VW 1988, 1363 FN 26, und *Kronsteiner*, VR 1994, 8 f.

§ 12 Abs 1 Z 2 im Zusammenhang mit § 12 Abs 2 VAG neu umgesetzt. Von der Option, die gleichen Auflagen auch für die Mitglieder des Vorstandes vorzuschreiben, wurde kein Gebrauch gemacht.

Auch hier stellt sich wieder die Frage, ob die „verbundenen Unternehmen" gemäß § 228 Abs 3 HGB mit den von der Richtlinie genannten Unternehmen identisch sind, die mit dem Versicherer in finanzieller, geschäftlicher oder verwaltungsmäßiger Hinsicht verbunden sind. Und schließlich fällt auf, daß der österreichische Gesetzgeber eine Festlegung darüber unterlassen hat, in welcher Rechtsform das ausgelagerte Schadenunternehmen organisiert werden muß. § 12 Abs 2 VAG neu verweist nämlich über § 4 Abs 6 Z 1 auf § 3 Abs 1 VAG, sodaß sich der — sicherlich nicht gewollte — Schluß aufdrängt, daß die ausgegliederten Schadenbearbeitungsunternehmen nur in Form von Versicherungsaktiengesellschaften oder Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit organisiert sein könnten. Das widerspricht jedoch offenkundig § 17a VAG und dem Zweck der Regelung.

C. Auch das braucht hier jedoch nicht näher verfolgt zu werden. Wesentlich ist jedoch ein Hinweis auf die deutsche Regelung. § 8a VAG legt zum einen fest, daß Schadenabwicklungsunternehmen nur in der Form von Aktiengesellschaften, Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit, Körperschaften und Anstalten des öffentlichen Rechts oder einer sonstigen Kapitalgesellschaft betrieben werden dürfen. Zum anderen ist für unsere Zwecke bedeutsam, daß nach § 8a Abs 4 VAG die Mitglieder des Vorstands und die Beschäftigten eines Versicherungsunternehmens, das die Rechtsschutzversicherung zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt, dem Schadenabwicklungsunternehmen keine Weisungen für die Bearbeitung einzelner Versicherungsfälle erteilen dürfen.[27] Umgekehrt dürfen die Geschäftsleiter und die Beschäftigten des Schadenabwicklungsunternehmens dem Kompositversicherer keine Angaben machen, die zu Interessenkollisionen zum Nachteil der Versicherten führen können.

Diese beiden Vorkehrungen des § 8a VAG, die man als „Weisungssperre" einerseits und als „Informationssperre" andererseits bezeichnen könnte, sind mE auch für die Rechtslage in Österreich bedeutsam, da sich ja aus der Richtlinie die eindeutige Absicht des Europagesetzgebers ergibt, daß Interessenkollisionen „weitestmöglich" zu verhindern sind.[28] Will man daher verhindern, daß von seiten des Rechtsschutzversicherers auf das Schadenregulierungsunternehmen Einfluß genommen wird oder umgekehrt der Rechtsschutzversicherer über das Schadenregulierungsunternehmen Informationen erhält, die dem Versicherungsnehmer zum Schaden gereichen können, so muß man auch ohne ausdrückliche Regelung von der Notwendigkeit einer „Weisungssperre" einerseits und einer „Informationssperre" andererseits ausgehen. Die Tatsache, daß die Trennung auf der Vorstandsebene nicht durchgeführt wurde, stellt ja ohnedies noch eine gewisse Gefahr für die Möglichkeit der Entstehung von Interessenkollisionen dar, die der Europagesetzgeber aber offenbar in Kauf genommen hat.[29] Insofern hat man bei der Organisationsform des ausgegliederten Schadenregulierungsunternehmens ohnehin schon Abstriche vom erreichbaren Optimum gemacht.

---

[27] Generelle Weisungen sind also zulässig; vgl *Prölss — Schmidt — Frey — Kollhosser,* VAG, Nachtrag zur 10. Auflage § 8a RdNr 5.

[28] Erwägungsgrund 4, Art 1 der RI.

[29] Vgl *Müller,* VW 1988, 1359.

VI. Die Anwaltslösung

A. Gemäß Art 3 Abs 2 lit c der RS-Rl muß ein Unternehmen, das sich für die Anwaltslösung entscheidet, in dem Vertrag vorsehen, daß der Versicherte das Recht hat, die Vertretung seiner Interessen, sobald er das Tätigwerden des Versicherers aufgrund der Polizze verlangen kann, einem Rechtsanwalt seiner Wahl oder, soweit das nationale Recht dies zuläßt, jeder anderen entsprechend qualifizierten Person zu übertragen.

Österreich hat die Anwaltslösung in § 12 Abs 1 Z 3 VAG neu umgesetzt. Die im Zuge der Umsetzung vorgenommenen sprachlichen Abweichungen von der Richtlinie sind wohl zu vernachlässigen. Hervorzuheben ist lediglich, daß § 12 Abs 1 Z 3 VAG neu nur die Wahl eines Rechtsanwaltes zuläßt.

B. Die besonders dürftige Regelung der Anwaltslösung in der Richtlinie und im österreichischen VAG hat eine große Unsicherheit über die organisatorischen Konsequenzen der Entscheidung für diese Lösung bewirkt. Es wurden in der Praxis verschiedene Meinungen vertreten, die von *Kronsteiner* übersichtlich dargestellt werden. Die nachfolgende Schilderung orientiert sich daher auch an den Ausführungen *Kronsteiners*.[30]

Nach einer strengen Auffassung soll die Schadenregulierung praktisch an den frei gewählten Anwalt ausgelagert werden. Der Anwalt soll als unabhängiger Schadenregulierer den Eintritt einer Interessenkollision vermeiden. Der Zweck der dritten Alternativlösung ist nach dieser Lesart nur erfüllt, wenn der frei gewählte Anwalt anstelle der selbständigen Rechtsschutz-Abteilung bzw anstelle eines selbständigen Regulierungsunternehmens tätig wird. *Kronsteiner* meint dazu, daß also der Anwalt darüber entscheiden müsse, welche Maßnahmen ergriffen werden und welche Vorgangsweise eingeschlagen werde. Dem Versicherer verbleibe nur die Prüfung des Deckungsanspruches und — wenn Versicherungsschutz bestehe — die Tragung der Kosten.[31]

Diese Meinung *Kronsteiners* bedarf insofern einer Korrektur, als eine wirklich strenge Auffassung von der Anwaltslösung dem Anwalt die gesamte Schadenregulierung überlassen müßte. Da, wie oben ausgeführt, die „Schadenverwaltung" bzw „Schadenregulierung" im Sinne der RS-Rl auch die Prüfung der Deckungsfrage und der Erfolgsaussichten umfaßt[32], müßte daher der Anwalt auch die Prüfung der Deckungsfrage und der Erfolgsaussichten vornehmen, sodaß der Versicherer lediglich auf die Funktion des Kostenzahlers zurückgedrängt würde. Diese Konsequenz wird in der Literatur zum Teil auch gezogen.[33]

Nach der Gegenposition soll dagegen die Anwaltslösung nichts anderes darstellen als eine Ausdehnung des Rechtes der freien Anwaltswahl. Das Recht des Versicherten beziehe sich in diesem Fall eben nicht nur auf die Vertretung vor Gerichten und Verwaltungsbehörden oder im Falle einer Interessenkollision, sondern in jedem Fall auch auf die außergerichtliche Beratung und Vertretung. Der Versicherer soll daher berechtigt bleiben, auf die Schadenregulierung Einfluß zu nehmen und über die Zweckmäßigkeit bzw Erfolgsaussicht vorgeschlagener Maßnahmen zu entscheiden.

C. *Kronsteiner* selbst vertritt eine vermittelnde Lösung.[34] Seiner Meinung nach befriedigen beide Auffassungen nicht. Die strenge finde im Wortlaut der RS-Rl bzw des VAG keine aus-

---

[30] VR 1994, 9 ff.
[31] VR 1994, 9 f.
[32] Vgl oben III.
[33] *Isola*, Kommentar, RSiE 3/87, 54. Dagegen *Müller*, VW 1988, 1359 (mit Hinweis auf die Entstehungsgeschichte der Richtlinie), und nun — wie erwähnt — *Kronsteiner* aaO.
[34] VR 1994, 11 f.

reichende Deckung; die milde verschlechtere die Position des Versicherten im Vergleich zur getrennten Schadenregulierung oder ausgelagerten Schadenregulierung ganz offenkundig.

Kronsteiner schlägt daher eine Lösung vor, die den legitimen Interessen beider Seiten Rechnung trage. Dazu müsse das in der Richtlinie und im VAG beschriebene Recht des Versicherten, „einen Rechtsanwalt mit der Vertretung seiner Interessen zu betrauen, sobald er den Versicherer in Anspruch nehmen kann", umfassend interpretiert werden. Aufgrund seiner Überlegungen kommt *Kronsteiner* zu dem Schluß, daß der Versicherer berechtigt bleibe, die Zweckmäßigkeit von Maßnahmen, die Vorgangsweise, die Aussicht auf Erfolg zu prüfen. Er müsse aber die zusätzlichen Kosten tragen, die dadurch entstehen, daß der Anwalt für den Versicherten den Deckungsanspruch geltend macht, die Entscheidungen des Versicherers prüft, den Versicherten berät und mit dem Versicherer korrespondiert. Diese Konsequenz sei angemessen, da sich der Versicherer doch die Kosten erspare, die mit der Organisation der getrennten Schadenregulierung oder der ausgelagerten Schadenregulierung verbunden wären.

Kronsteiner betont im weiteren, daß der Versicherer auf sein Recht verzichten müsse, selbst außergerichtliche Verhandlungen mit der Gegenseite zu führen, sobald der Versicherte von seinem Recht Gebrauch macht, einen Rechtsanwalt seiner Wahl mit der Vertretung seiner Interessen zu betrauen. Insofern hebe das Anwaltsmodell einzelne Obliegenheiten auf, die üblicherweise in den ARB geregelt sind.

Schließlich unterstreicht *Kronsteiner*, daß für den Versicherten eine Gefahr darin liege, daß er den Anwalt beauftragt und sich dann herausstellt, daß kein Versicherungsschutz besteht. Für diesen Fall schlägt er vor, daß die Kosten für die Geltendmachung des Deckungsanspruches als Schadenbearbeitungskosten vom Versicherer zu tragen seien. Die Kosten für die Vertretung dem Gegner gegenüber seien dagegen vom Versicherungsnehmer zu tragen und könnten dem Versicherer nur angelastet werden, wenn er mit der Klärung der Deckungsfrage schuldhaft in Verzug geraten sei. Ansonsten müsse auch im Anwaltsmodell gelten, daß die Leistungspflicht des Versicherers grundsätzlich erst mit der Geltendmachung des Deckungsanspruches beginnt und aufrechte Deckung voraussetzt.

VII. Eigene Auffassung

A. Die Entwicklung der eigenen Auffassung, die — wie vorausgeschickt werden kann — in vielen Punkten mit den Ausführungen von *Kronsteiner* konform geht, setzt am Gleichwertigkeitsgebot an, das oben näher entwickelt wurde:[35] Aus der Richtlinie und damit mittelbar auch aus der sie umsetzenden Regelung des § 12 VAG neu ergibt sich, daß bei allen drei Organisationsformen Interessenkollisionen nach Möglichkeit vermieden werden sollen und daß es zwischen ihnen in bezug auf ihre Eignung, dieses Ziel zu erreichen, keine allzu großen Unterschiede geben darf. „Quantensprünge" zwischen den einzelnen Organisationsformen sind also zu vermeiden. Aus diesem Postulat ergibt sich ohne weiteres, daß die erwähnte „milde" Variante der Auslegung der Anwaltslösung von vornherein ausscheiden muß, da sie eine beträchtlich größere Gefahr der Interessenkollision bewirken würde als die anderen beiden Optionen.

Der Gedanke einer möglichsten Vermeidung einer Interessenkollision scheint daher für die Richtigkeit der strengen Auslegungsvariante zu sprechen, nach der — wenn man sie

[35] Vgl II.

ganz konsequent verwirklicht — dem Anwalt die Schadenregulierung zu Gänze übertragen wird, also auch im Hinblick auf die Beurteilung der Deckungsfrage und der Erfolgsaussichten.

B. Diese Auslegung würde nun zwar das Optimum hinsichtlich der Vermeidung einer Interessenkollision bei der Anwaltslösung darstellen. Es darf jedoch nicht übersehen werden, daß die RS-RI nicht nur die Vermeidung von Interessenkollisionen bezweckt, sondern auch die Erleichterung der tatsächlichen Ausübung der Niederlassungsfreiheit.[36] Das bedeutet, daß die drei Organisationsmodelle auch daraufhin geprüft werden müssen, ob sie Wettbewerbsverzerrungen mit sich bringen. Sie müssen daher auch im Hinblick auf die Position des Versicherers möglichst ergebnisneutral sein. Solange es das Ziel der Vermeidung einer Interessenkollision nicht gebietet, dürfen die drei Organisationsmodelle also keine unnötigen Differenzierungen bezüglich der Rechtsposition des Versicherers bewirken.

In dieser Hinsicht ist nun zu beachten, daß die gänzliche Übertragung der Schadenregulierung auf den Rechtsanwalt eine wesentliche Schlechterstellung des Versicherers bei der Entscheidung für die Anwaltslösung gegenüber den beiden anderen Optionen bedeuten würde, da bei diesen die natürliche (synallagmatische) „Gegnerschaft" Versicherer — Versicherungsnehmer gewahrt bleibt: Die Interessen des Versicherers werden (bei der getrennten Schadenregulierung) durch seine interne selbständige Organisation bzw (bei der Regulierung durch ein unabhängiges Schadenabwicklungsunternehmen) durch das Schadenregulierungsunternehmen wahrgenommen, die über die Deckung und Erfolgsaussichten entscheiden, außergerichtliche Konfliktbeilegungsversuche unternehmen etc.

Diese „Interessenwahrungsverteilung" muß grundsätzlich auch bei der Anwaltslösung bestehen bleiben, und zwar nicht nur aufgrund der schon erwähnten Gleichbehandlungsüberlegungen, sondern auch deshalb, weil der Anwalt bei der Anwaltslösung — wie sogleich zu zeigen sein wird — für den Versicherer quasi als ausgelagerter Organisationsträger fungiert und in einen unlösbaren Interessenkonflikt kommen würde, wenn er während des gesamten Zeitraumes der Schadenregulierung (aufgrund der Betrauung durch den Versicherungsnehmer) einerseits dessen Interessen und andererseits (aufgrund seiner Funktionswahrnehmungspflicht) auch die Interessen des Versicherers vertreten sollte.

Will man die Gefahr von Interessenkollisionen möglichst minimieren und gleichzeitig eine möglichst gleiche Ausgangsposition des Versicherers bei den verschiedenen Organisationsmodellen erreichen, ist daher das Einziehen einer Grenze notwendig, bis zu welcher der Versicherer auch bei der Anwaltslösung seine Interessen eigenständig artikulieren kann. Nach der hier vertretenen Auffassung muß der Versicherer die Deckungsfrage und die Frage der Erfolgsaussichten selbst beurteilen können; die entsprechenden Entscheidungen des Versicherers können ja in der Folge durch Deckungsklage oder Einleitung eines Schiedsverfahrens bekämpft werden. Das Eigenregulierungsrecht muß dem Versicherer jedoch — ebenso wie im Falle der Schadenregulierung durch ein ausgelagertes Schadenabwicklungsunternehmen — genommen werden, weil ansonsten die Gefahr einer Interessenkollision zu groß wäre und durch die organisatorische Schranke des Anwalts nicht mehr verhindert werden könnte.

C. Der Anwalt hat, wie bereits erwähnt, bei der Anwaltslösung — im Gegensatz zu seiner Stellung im Zusammenhang mit der normalen freien Anwaltswahl — auch eine organi-

[36] Nach Art 1 der Richtlinie bezweckt sie die Erleichterung der tatsächlichen Ausübung der Niederlassungsfreiheit und die weitestmögliche Ausschaltung einer Interessenkollision. Beide Zwecke werden offenbar als gleich gewichtig angesehen.

satorische Funktion für den Versicherer. Auch wenn ihn also der Versicherungsnehmer betraut[37], hat er daher doch auch die Interessen des Versicherers zu beachten. Wenn also die Deckungsfrage bzw die Erfolgsaussichten durch den Versicherer (allenfalls auch nach Schiedsverfahren oder Klage) geklärt sind, hat er bei der weiteren Regulierung des Versicherungsfalles, die nun ausschließlich ihm obliegt und bei der er keine (individuellen) Weisungen des Versicherers mehr erhalten („Weisungssperre") bzw diesem auch (bis zur Beendigung des Verfahrens) keine Informationen geben darf („Informationssperre")[38], zwar vorrangig die Interessen seines Mandanten (des Versicherungsnehmers) zu berücksichtigen. Er ist aber andererseits auch dem Versicherer für eine korrekte Abwicklung des Versicherungsfalles verantwortlich und darf zB nicht mutwillig Kosten verursachen oder den Fall bei mittlerweile erkennbarer Aussichtslosigkeit weiter betreiben.

Der Anwalt steht also in einem „Doppelrechtsverhältnis", bei dem er zwar vor allem — ähnlich wie der Makler — „Bundesgenosse" des Versicherungsnehmers ist, aber auch Interessenwahrungspflichten gegenüber dem Versicherer hat, die zu einer Haftung gegenüber dem Versicherer führen können. Auch insofern besteht also eine Parallele zu den anderen beiden Organisationsformen, bei denen ja die regulierenden Personen (eigenes Personal des Versicherers, Schadenregulierungsunternehmen) zur Haftung herangezogen werden können. An die Haftung des regulierenden Anwalts werden aber keine überzogenen Anforderungen gestellt werden dürfen. Es wird — wie ganz allgemein in der Anwaltshaftung — zB bei der Problematik der Auslegung von Rechtsnormen nicht darauf ankommen können, ob er objektiv richtig gehandelt, sondern ob er eine vertretbare Rechtsansicht verfolgt hat. Geht es jedoch nicht um Auslegungsfehler, sondern um andere Fehlleistungen des Anwalts (wie zB um Säumigkeit, schlampige Gestion etc), so werden die allgemeinen Haftungsgrundsätze zur Anwendung kommen, die aufgrund der Anwendbarkeit des § 1299 ABGB relativ leicht zu einer Haftung des Rechtsanwalts führen können. Auch in dieser Hinsicht besteht aber zwischen seiner Position und jener des ausgelagerten Schadenregulierungsunternehmens bzw des intern organisatorisch getrennten Personals kein Unterschied.

D. Nach der Richtlinie (Art 3 Abs 2 lit b) bzw dem VersVG (§ 158j) muß im Versicherungsschein das Schadenregulierungsunternehmen bezeichnet werden, wenn sich der Versicherer für diese Organisationsform entscheidet. Eine ähnliche Deklarationspflicht ist mE auch im Falle der Anwaltslösung anzunehmen. Hier kann in der Polizze natürlich nicht der Name des Anwalts aufscheinen, der die Schadenregulierung durchführt, weil die Auswahl des Anwalts ja dem Versicherungsnehmer zusteht. Der Versicherungsnehmer muß aber darauf hingewiesen werden, daß sich der Versicherer für die Anwaltslösung als organisatorisches Modell zur Vermeidung von Interessenkollisionen entschieden und nicht nur eine Erweiterung der freien Anwaltswahl zugestanden hat, weil die Position des Versicherungsnehmers in dem einen bzw dem anderen Fall ja ganz unterschiedlich ist.[39]

Die österreichischen Versicherer, die sich nun für die Anwaltslösung entscheiden, müssen also bei Neuverträgen, die sie nach ihrer Entscheidung für diese Lösung abschließen, entsprechende Hinweise in die Polizze aufnehmen. Bei Altverträgen muß der Versicherungsnehmer gesondert auf den „Funktionswandel" der Anwaltswahl hingewiesen werden, und zwar vorzugsweise durch eine eigenständige Information, spätestens jedoch aber, wenn er vom Versicherer Deckung begehrt, sei es persönlich, sei es durch einen Anwalt, der im Namen seines Klienten um Deckung ersucht.

[37] Art 3 Abs 2 lit c der Rl; § 12 Abs 1 Z 3 VAG neu.
[38] Vgl zu beidem noch unten E.
[39] Vgl genauer dazu unten I.

Wie *Kronsteiner* zu Recht nachgewiesen hat, kann der Versicherer seine ursprünglich getroffene Organisationsentscheidung später auch wieder ändern, also auf eine andere Option „umsteigen".[40] Dazu bedarf es grundsätzlich keiner Zustimmung des VN, sondern nur einer einseitigen Erklärung des Versicherers, da durch eine solche Änderung in der Regel ja kein schutzwürdiges Vertrauen des Versicherungsnehmers verletzt wird. Das gilt im Prinzip auch, wenn der Versicherer vom Anwaltsmodell auf ein anderes wechselt, weil es sich beim Hinweis in der Polizze auf das Anwaltsmodell eben nicht um das vertragliche Zugeständnis der (erweiterten) freien Anwaltswahl handelt, sondern um eine offengelegte Organisationsentscheidung des Versicherers, die einseitig getroffen wurde und daher auch ebenso einseitig wieder geändert werden kann. Anderes könnte nur dann gelten, wenn die Organisationsentscheidung des Versicherers ausdrücklich oder stillschweigend zur Bedingung oder Geschäftsgrundlage des Rechtsschutzversicherungsvertrages gemacht worden sein sollte. Diese Konstellation wird aber wohl hauptsächlich in jenen Fällen auftauchen, in denen der Versicherer vom System des ausgelagerten Schadenregulierungsunternehmens auf ein anderes Modell wechseln möchte, das in bezug auf die Möglichkeit der Interessenkollision geringere Rechtsschutzgarantien bietet.

E. Der Versicherungsnehmer, der vom Versicherer über seine organisatorische Entscheidung zugunsten der Anwaltslösung informiert wurde, hat nun die Möglichkeit, einen Rechtsanwalt seiner Wahl mit der Vertretung seiner Interessen zu betrauen, sobald er den Versicherer in Anspruch nehmen kann.[41] Der Rechtsanwalt hat dann gemäß Art 9 ARB 1988 die Stellungnahme des Versicherers zum Deckungsanspruch und zu den Erfolgsaussichten einzuholen. Bejaht der Versicherer die Deckung und die Erfolgsaussichten, so darf nun mE der Versicherer dem Rechtsanwalt keinerlei individuelle weitere Weisungen mehr erteilen, sondern muß ihm die (bedingungskonforme) Regulierung des Versicherungsfalles überlassen („Weisungssperre"). Der Versicherer darf mE auch keine beschränkte Deckungszusage (also zB nur für die Kosten der ersten Instanz) erteilen, da das einer verpönten individuellen, auf den Einzelfall abstellenden Weisung gleichkäme. Generelle Weisungen des Versicherers sind allerdings zu beachten. Als solche sind insbesondere die Vorschriften der ARB zu betrachten, die der Versicherer anwenden könnte, wenn er zur Eigenregulierung berechtigt wäre. Daher muß der Rechtsanwalt zB eigenständig die Erfolgsaussichten während der verschiedenen Instanzen eines Verfahrens überprüfen.

Umgekehrt darf der Rechtsanwalt dem Versicherer von nun an keine Informationen über die weitere Entwicklung der Regulierung mehr geben („Informationssperre"). Eine Informationspflicht des Rechtsanwalts besteht erst wieder nach der völligen Beendigung der Regulierung, da dem Versicherer ja die Möglichkeit eingeräumt werden muß, sich von der Korrektheit der Abwicklung zu überzeugen und den Anwalt allenfalls zur Haftung heranzuziehen.

Lehnt der Versicherer wegen mangelnder Deckung und/oder wegen mangelnder Erfolgsaussichten ab, so muß der Rechtsanwalt aufgrund seiner Interessenwahrungspflicht gegenüber dem Versicherungsnehmer Deckungsklage einbringen bzw ein Schiedsverfahren einleiten, sofern er gute Gründe dafür hat, einen Erfolg dieser Verfahrensschritte zu erwarten. Gewinnt er diese Verfahren, so ist nach dem Obigen weiterzuverfahren. Verliert er, so entsteht die Frage, wer die Kosten des bisherigen Einschreitens des Rechtsanwaltes zu tragen hat.

[40] VR 1994, 12.
[41] § 12 Abs 1 Z 3 VAG idF VAG-Novelle 1992.

Kronsteiner vertritt dazu, wie bereits erwähnt, die Auffassung, daß die Kosten der Geltendmachung des Deckungsanspruches als Schadenbearbeitungskosten vom Versicherer zu tragen seien, jene der Vertretung dem Gegner gegenüber hingegen grundsätzlich vom Versicherungsnehmer, es sei denn, der Versicherer wäre mit der Klärung der Deckungsfrage schuldhaft in Verzug geraten.[42]

ME ist diese Auffassung *Kronsteiners* großzügig, aber nicht zwingend aus den Grundsätzen der Anwaltslösung abzuleiten. Klar ist mE, daß der Versicherer jene Kosten tragen muß, die mit der Anwaltslösung konstruktionsbedingt verbunden sind. Als solche Kosten können aber wohl nur jene begriffen werden, die durch das Einschreiten des Rechtsanwalts bis zu jenem Zeitpunkt entstehen, in dem der Versicherer die Deckung bzw die Erfolgsaussichten endgültig beurteilt hat und nach dem es (allenfalls) zum Deckungsprozeß oder zum Schiedsverfahren kommt. Im übrigen muß es aber bei dem für alle drei Organisationsmodelle geltenden Prinzip bleiben, daß der VN die Kosten der Geltendmachung seines Deckungsanspruches bzw von Vertretungsakten gegenüber einem Gegner auf eigenes Risiko aufwendet. Ab dem angesprochenen Zeitpunkt kann nämlich mE nicht mehr davon gesprochen werden, daß sich der Versicherer bei der Anwaltslösung Kosten erspare, die mit der Organisation der getrennten Schadenverwaltung oder der ausgelagerten Schadenregulierung verbunden wären.

F. Sobald der Versicherungsnehmer den Anwalt seiner Wahl betraut, hat sich — wie auch *Kronsteiner* zu Recht ausführt — der Versicherer bei der Anwaltslösung nur noch auf die Prüfung der Deckung und der Erfolgsaussicht zu beschränken und aus der Schadenregulierung herauszuhalten. Er muß insbesondere darauf verzichten, selbst — durch eigene Mitarbeiter — außergerichtliche Verhandlungen mit der Gegenseite zu führen.[43]

Ein Problem, auf das *Kronsteiner* in seiner Arbeit nicht eingegangen ist, ergibt sich nun dadurch, daß die RI und auch das VAG nur von der „Einräumung der Möglichkeit" sprechen, die freie Anwaltswahl auszuüben, und damit anscheinend dem Versicherungsnehmer nur ein Recht gewähren, auf das er auch verzichten kann. Das würde bedeuten, daß der Versicherer im Falle des Verzichts des Versicherungsnehmers auf sein Recht auf freie Anwaltswahl den Anwalt für den Versicherungsnehmer wählen kann, ja wählen muß (vgl Art 10.1.2 ARB 1988). Insbesondere würde dem Versicherer dadurch aber möglicherweise auch die Chance der Eigenregulierung des Versicherungsfalles eröffnet.

An diesem Gedankengang ist mE nur richtig, daß der Versicherer in einem solchen Fall die Anwaltswahl für den wahlunwilligen Versicherungsnehmer zu treffen hat. Die Eigenregulierung ist ihm aber jedenfalls verwehrt, da damit die Gleichwertigkeit der Anwaltslösung mit den beiden anderen Organisationsformen nicht mehr gegeben wäre: Es würde ganz offensichtlich zu einer beträchtlichen Steigerung der Gefahr der Entstehung von Interessenkollisionen kommen, wenn die organisatorische Schranke des unabhängigen Anwalts beseitigt wird. Es ist daher eine notwendige Konsequenz der Entscheidung für das Anwaltsmodell, daß sich der Versicherer in jedem Fall aus der Schadenregulierung heraushält. Wenn der Versicherungsnehmer trotz entsprechenden Hinweises keinen Anwalt wählt, muß der Versicherer für ihn die Anwaltswahl treffen, hat aber keine Möglichkeit der Selbstregulierung. Oder anders ausgedrückt: Der Schutz des Versicherungsnehmers durch die Einschaltung eines unabhängigen Anwaltes ist beim Anwaltsmodell notwendiges Element der Organisationsstruktur, das — da es bereits der abstrakten Möglichkeit der Entstehung

[42] VR 1994, 11 f.
[43] VR 1994, 11.

von Interessenkollisionen entgegenwirken soll — nicht disponibel ist, also auch durch eine Vereinbarung der Parteien nicht ausgeschaltet werden kann.

G. In den vorangegangenen Unterabschnitten wurden schon einige Konsequenzen der Anwaltslösung aufgezeigt, die man als „Systemkosten" bezeichnen könnte. Diese Aufzählung kann noch durch eine weitere Konsequenz ergänzt werden: Da die freie Anwaltswahl bei der Anwaltslösung Ausfluß des organisatorischen Prinzips zur Vermeidung von Interessenkollisionen und keine freiwillig zugestandene Erweiterung des Rechts auf freie Anwaltswahl ist, kann beim Anwaltsmodell auch kein Selbstbehalt verlangt werden, wenn der Versicherungsnehmer von seinem Recht auf freie Anwaltswahl Gebrauch macht. Die Geltendmachung eines Selbstbehaltes würde vielmehr gegen Art 3 Abs 2 lit c der Richtlinie bzw gegen § 12 Abs 1 Z 3 VAG neu verstoßen.[44]

H. Was die Möglichkeit betrifft, eine örtliche Beschränkung hinsichtlich der Wahlmöglichkeit des Anwalts einzuführen, so steht dem nach hM der Text der Richtlinie nicht entgegen.[45] Dem entsprechend hat ja auch der österreichische Gesetzgeber in § 158k Abs 2 VersVG örtliche Einschränkungen vorgesehen, die als richtlinienkonform angesehen werden. Die Anwaltslösung muß sich bei der (organisationsformbedingten) Einräumung des Rechts der freien Anwaltswahl an diesen Vorgaben orientieren. Insofern wirken also die allgemeinen Rahmenbedingungen der freien Anwaltswahl auch auf jenen Teil der Anwaltswahl ein, der Ausfluß des Organisationsprinzipes des Anwaltsmodells ist.

I. Abschließend ist noch kurz darauf einzugehen, welche vertragsrechtlichen Auswirkungen die Entscheidung für das Anwaltsmodell hat. Grundsätzlich ist zwar davon auszugehen, daß die drei Organisationsmodelle als solche das Vertragsrecht nicht berühren. Gerade beim Anwaltsmodell ist es jedoch unverkennbar, daß das Recht des Versicherungsnehmers, einen Anwalt seiner Wahl zu betrauen, sobald er den Versicherer in Anspruch nehmen kann, zu einer Modifikation diverser Vorschriften der ARB 1988 bzw der Vorgängerbedingungen (ARB 1965/82) führen muß. Sicher nicht anwendbar sind zB die Obliegenheiten nach Art 8.1.2 (Beauftragung des Rechtsanwalts durch den Versicherer), 8.1.5.1 (außergerichtliche Regulierung durch den Versicherer) und Art 9.2 ARB 1988 (jederzeitige Möglichkeit, Erhebungen über den mutmaßlichen Erfolg der Rechtsverfolgung oder Rechtsverteidigung anzustellen). Andererseits wird die Obliegenheit nach Art 8.1.1 ARB 1988 (unverzügliche, vollständige und wahrheitsgemäße Aufklärung des Versicherers über die Sachlage etc) wohl aufrecht bleiben, da der Versicherer ja ansonsten die Deckungsfrage bzw die Erfolgsaussichten nicht beurteilen kann. Daß hier ein Manko der Anwaltslösung gegenüber den anderen Organisationsmodellen besteht, läßt sich nicht leugnen und wird daher vom (aufgeklärten) Versicherungsnehmer bei seiner Entscheidung darüber zu berücksichtigen sein, bei welchem Versicherer er einen Rechtsschutzversicherungsvertrag schließt.[46]

---

[44] Generelle Selbstbehalte, die mit der Anwaltswahl nichts zu tun haben, können aber natürlich vereinbart werden.

[45] Vgl *NN*, RSiE 1992/4, 21.

[46] Vgl zu diesem Wettbewerbsaspekt zwischen den einzelnen Organisationsmodellen *Müller*, VW 1988, 1360.

Die Versicherungswirtschaft im Jahr 1993

VON MAG. WOLFGANG FELS*

I. Die Prämienentwicklung

Im vorangegangenen Jahr schrumpfte das BIP (Bruttoinlandsprodukt) gut um 0,6 Prozentpunkte (IHS-Prognose, Dezember 1993). Damit war 1993 nach 1975 und 1981 das dritte Rezessionsjahr der Zweiten Republik. Primär durch verlangsamte Exportdynamik ausgelöst, war bereits 1992 das reale Niveau der Ausrüstungsinvestitionen rückläufig. 1993 gingen nicht nur Ex- und Importe, sondern die gesamten Brutto-Anlageinvestitionen und der dauerhafte reale Konsum zurück.

Nach den vorliegenden Prämienhochrechnungen des Verbandes vom Februar 1994 erzielte die Versicherungswirtschaft im selben Jahr — trotz der schlechten konjunkturellen Lage — ein beschleunigtes Prämienwachstum von +13,8%.

Damit dürfte das Prämienwachstum 1993 höher ausfallen, als dies vor der allgemeinen Rücknahme der gesamtwirtschaftlichen Prognosen der Wirtschaftsforschungsinstitute erwartet wurde: Die aufgrund einer Marktbefragung und einer ökonometrischen Prognose erstellte Vorschau des Verbands prognostizierte noch im Herbst 1992 ein 6,9%iges Wachstum.

Wesentliche Wachstumsbeiträge gehen dabei auf die gerade 1993 durch Sondereinflüsse bestimmten Personenversicherungen zurück, insbesondere auf die um etwa 30% gestiegenen Lebensversicherungsprämieneinnahmen.[1] Die Prämieneinnahmen der Schaden-Unfallversicherung — von welcher ein stärkerer konjunkturabhängiger Verlauf erwartet werden könnte — wuchsen zwar etwas moderater als in den Vorjahren, stiegen jedoch mit +6,4% beinahe doppelt so stark wie das nominelle BIP (+3,5%) an.

Diese Ergebnisse lassen vermuten, daß das Wachstum der Assekuranz weitgehend von der konjunkturellen Situation entkoppelt wird, ja möglicherweise sogar antizyklisch verläuft. Aufgrund der legistischen Sondereinflüsse läßt sich die konjunkturelle Abhängigkeit nur für die Schaden-Unfallversicherung (SU) — exklusive der bis 1987 regulierten KH-Sparte — sinnvoll überprüfen.

II. Konjunkturelle Einflüsse auf die Prämieneinnahmen

Krisenjahre sind häufig auch schlechte Jahre für die Versicherungswirtschaft. Dies zeigt sich daran, daß das BIP-Wachstum und das SU-Prämienwachstum stark positiv korrelieren: Steigt das BIP-Wachstum um 1 Prozentpunkt höher als erwartet, so erhöht sich bereits im selben Jahr das Wachstum der realen SU-Prämien[2] um 0,5 Prozentpunkte über den erwarteten Trendwert[3]. Tritt ein solcher Wachstumsschock auf, zeigt sich, daß durch solche BIP-

* Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs, Volkswirtschaftliches Referat

[1] Nach einer, 90% des LV-Marktes umfassenden Hochrechnung vom Jänner 1994, stieg das Prämienaufkommen 1992 um 30,2%. Eine jüngere, auf einer Totalerhebung basierende, nicht veröffentlichte Statistik der Sektion Leben läßt eine Zuwachsrate von 28,5% erwarten.

[2] Prämienaufkommen der gesamten SU-Versicherung exklusive KH-Prämien, um Inflationsrate bereinigt.

[3] Die erwarteten Trendwerte wurden aufgrund eines vektorautoregressiven Prozesses jeweils unter Heranziehung des realen BIP-Wachstums, der Inflationsrate und der realen SU-Prämien und Leistungen der letzten beiden Vorjahre bestimmt. Grundlagen der Schätzung sind jährliche Daten zwischen 1964 und 1992.

Wachstumsschocks die BIP-Dynamik auch im darauffolgenden Jahr nur mehr zu einem Viertel beeinflußt wird, während sich der Schock im Prämienaufkommen fast zur Gänze (etwa 90%) des ursprünglichen Effekts in das Folgejahr fortpflanzt. Noch vier Jahre nach dem Auftreten eines positiven 1%igen realen BIP-Schocks wird das Prämienaufkommen real um 0,1 Prozentpunkte stärker wachsen, als ursprünglich erwartet worden wäre.

Diese Ergebnisse lassen sich auch grafisch veranschaulichen: Abbildung 1 zeigt die Wirkung eines — hier im Jahr 0 auf der waagrechten Zeitachse aufgetragen — primär auf das BIP-Wachstum wirkenden positiven Schocks. Die in diesem und in den Folgejahren zu erwartenden Abweichungen der realen Wachstumsraten von BIP, SU-Prämien und Leistungen sind senkrecht aufgetragen.

Konjunkturelle Wachstumseinbrüche führen — klarerweise —zu den gleichen negativen Effekten: Reale Wachstums-(BIP-)Einbrüche drosseln in den Folgejahren das Wachstum der Prämien wesentlich stärker als das BIP selbst. Der Konjunkturzyklus wirkt sich daher auf die Veränderung des Prämienwachstums verzögert aus und wird dabei oft von anderen Effekten überlagert. Die Rechtsnatur, insbesondere die mehrjährige Laufzeit von Versicherungsverträgen, führt dazu, daß die Erstjahreseffekte schwächer als die Summe der Folgejahreseffekte ausfallen.

Die Effekte von BIP-Schocks auf die Wachstumsraten der realen SU-Leistungen sind aufgrund der hohen Volatilität der Leistungen nur unscharf einzuschätzen. Die Analyse zeigt jedoch, daß unmittelbar im Jahr des Schocks die Leistungsentwicklung eher in Richtung des gesamtwirtschaftlichen Schocks abgelenkt wird und somit tendenziell prozyklisch verläuft.

Effekte eines realen BIP-Schocks

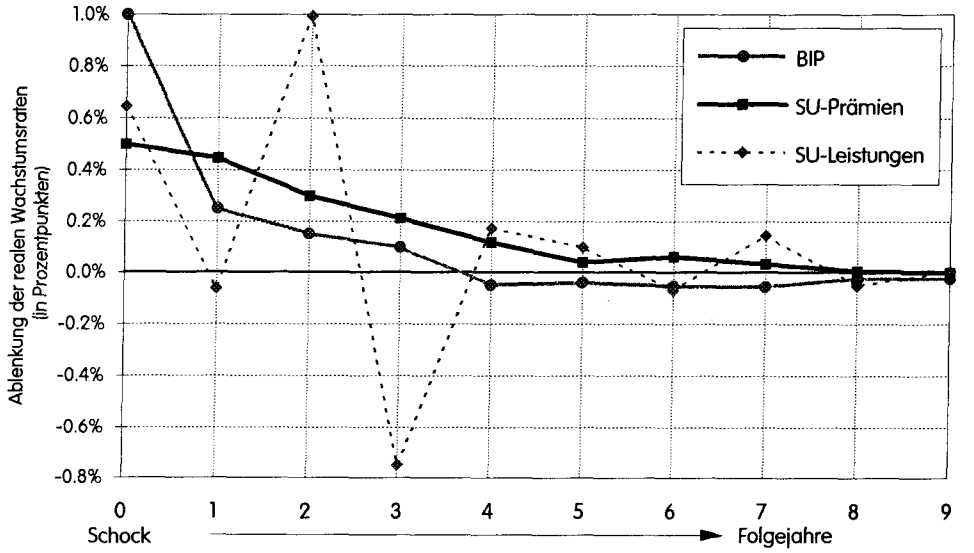


Abb. 1

III. Schaden-Unfall-Versicherungen

In der Schaden-Unfall-Abteilung wurden 1993 bei einem leichten Anstieg des Schadensatzes von 69,9% auf 70,6% verrechnete Prämien im Ausmaß von 61,2 Mrd öS vereinnahmt. Mit +6,4% ist das Prämienwachstum deutlich hinter der Entwicklung der letzten Jahre zurückgeblieben.

Der Wachstumsrückgang um 1,6 Prozentpunkte kann nur zu einem Viertel auf die sinkende Inflationsrate (1992: +4,0%, 1993: +3,6%) zurückgeführt werden. Die um die VPI-Steigerungen bereinigte, reale Wachstumsrate ist von +3,9% (1992) auf +2,7% (1993) gesunken.

Die Kfz-Haftpflichtprämien, auf die fast ein Drittel des gesamten SU-Prämienaufkommens entfiel, ist unterdurchschnittlich mit nur 4,1% gewachsen.

Jährliche Prämiensteigerung nominell

Periode:	1970–80	1980–85	1985–90	1991	1992	1993
Schaden-Unfall	12,1%	8,1%	7,3%	8,2%	8,0%	6,4%
Feuer inkl BU	11,9%	6,4%	3,5%	3,5%	2,5%	4,1%
Kfz-Haftpflicht	10,2%	6,0%	7,9%	6,9%	6,7%	4,1%
Übrige SU	13,8%	10,3%	7,9%	10,3%	10,2%	8,3%
real, um VPI bereinigt:						
Schaden-Unfall (real)	5,4%	3,1%	5,0%	4,7%	3,9%	2,7%
Kfz-Haftpflicht (real)	3,7%	1,0%	5,6%	3,4%	2,6%	0,4%

Veränderung des Schadensatzes

Periode:	1970–80	1980–85	1985–90	1991	1992	1993
Schaden-Unfall	–0,4%	0,4%	0,8%	2,6%	–4,3%	1,1%
Feuer inkl BU	–1,2%	3,7%	5,5%	–3,8%	10,7%	15,1%
Kfz-Haftpflicht	–1,0%	0,6%	–1,9%	1,6%	–3,8%	–3,0%
Übrige SU	1,2%	–0,2%	1,7%	4,5%	–7,4%	1,3%

Prämiensteigerung: *(mittlere) jährliche Veränderungsrate der verrechneten Prämien*
Schadensatz: Leistungen im Verhältnis zur verrechneten Prämie
Veränderung des Schadensatzes: (mittlere) jährliche prozentuelle Veränderungsrate des Schadensatzes

In der Feuerversicherung mußte bei einer 19,8%igen Leistungssteigerung erneut eine deutliche Verschlechterung des Schadensatzes hingenommen werden: Er stieg von 63,8% (1992) auf 72,3%.

Besonders ungünstig stellt sich dabei die industrielle Feuerversicherung dar, deren Schadensatz mittelfristig mit 84,9% (Mittel 1983–1992) deutlich über jenem der zivilen Feuerversicherung (43,2%) liegt.[4] Die inzwischen eingeleiteten Sanierungsbemühungen konnten das Prämienwachstum zwar bereits etwas beschleunigen, eine dem Schadensverlauf adäquatere Prämiensteigerung wird jedoch erst für 1994 erwartet.

[4] Mittlerer Schadensatz zwischen 1983 und 1992; zur Vergleichbarkeit mit den Werten 1993 durch Leistungen im Verhältnis zur verrechneten Prämie gemessen.

IV. Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung

Nach relativ unbedeutenden *Tarifanpassungen* im September 1992 wurden 1993 die Tarifprämien kräftiger angehoben. Die Ursachen dafür liegen zum einen in der verzögerten Nachholung der 8,6%igen Leistungssteigerung 1991, zum anderen in der Erhöhung der Durchschnittsschäden 1992 um +4,9%. Auch 1993 war der Preisindex der KH-Versicherungsleistungen deutlich überinflationär um +6,2% gestiegen. Dies ist in erster Linie auf die hohe Personalintensität der Leistungen zurückzuführen: Die Reparaturkosten stiegen beispielsweise 1993 um +8,2% (ÖSTAT, s unten).

Die in den letzten Jahren tendenziell fallende Schadenhäufigkeit war 1992, nach einem vorübergehenden Anstieg auf 14,12% (1991), wieder auf 13,67% zurückgegangen.

Die Tarifprämien für Pkw und Kombi wurden — im Schnitt der fünf größten KH-Versicherer — im Herbst 1993 um +4,6% angehoben (1992: +2,7%). Einzelne bislang zT als Billiganbieter aufgetretene Unternehmen mußten bis zu 20%ige Anpassungen vornehmen. Aufgrund der mäßigen Anpassung im Herbst 1992 ist das Prämienvolumen 1993 nur um +4,1%[5] gestiegen. Im Vergleich zum Bestandswachstum nur eine relativ schwache Erhöhung.[6]

Preisindizes zur Kfz-Versicherung, Steigerungen 1993

Preisindex KH-Versicherungsleistungen°)	6,2%
Preisindex Teilindex Sachschaden	5,9%
Preisindex Teilindex Personenschaden	7,4%
VPI*)	3,6%
VPI Teilindex Verkehr**)	3,8%
darunter: Arbeiten am Pkw	8,2%
Haftpflichtversicherung	5,3%
sonstige Autoversicherungen[7]	8,9%

°) Quelle: VVB (vorläufige Werte, 1993)
*) Quelle: ÖSTAT (vorläufige Werte, März 1993)
**) Quelle: ÖSTAT, Veränderung Jänner 1994 gegenüber Vorjahresmonat

Der ÖSTAT-Prämienindex zur KH-Versicherung stieg zwischen Jänner 1993 und Jänner 1994 um 5,3% und damit um etwa einen Prozentpunkt schwächer als der Preisindex KH-Versicherungsleistungen (1993: +6,2%) an.

Kfz-Steuer und Versicherungssteuer 2 bei Pkw mit Ottomotoren

Mit 1. Mai 1993 wurde die Kraftfahrzeugsteuer für Pkw, Kombi und Krafträder auf eine von den Versicherungsunternehmen einzuhebende, *motorbezogene Versicherungssteuer* (Versicherungssteuer 2) umgestellt.[8] Die ursprünglich unter dem Gesichtspunkt einer umweltpolitischen Lenkungsmaßnahme diskutierte Abgabe verkümmerte zu einer für das Ministerium leichter einzubringenden Steuer. War die alte Kfz-Steuer in Abhängigkeit des Hub-

[5] Quelle: Hochrechnungen des VVB, Jänner 1994.
[6] Steigerungsraten der verrechneten Prämien. Die abgegrenzten Prämieneinnahmen wuchsen 1992 um 7,4%.
[7] Die starke Steigerung ergibt sich vor allem aufgrund der leistungsbedingt hohen Anpassungen der Kaskotarife.
[8] § 6 Versicherungssteuergesetz, BGBl 449/1992.

raums stufenförmig progressiv gestaltet, so sieht die Versicherungssteuer 2 einen linearen Verlauf vor. Insgesamt wirkte diese Steuerreform somit degressiv in Abhängigkeit von Hubraum und Leistung und dem dazu proportional verlaufenden Bezinverbrauch. W. *Puwein* (1994) zeigte, daß unter Berücksichtigung durchschnittlicher Hubraum-Leistungs-Relationen die steuerliche Umstellung lediglich Kleinstwägen (unter 1000 ccm) begünstigte. Bei Pkws mit Ottomotoren bis zu einer Leistung von 1500 ccm bzw 61 kW wurde — ohne Berücksichtigung der Unterjährigkeitszuschläge — das Steueraufkommen um 70% erhöht. Bei leistungsstärkeren Fahrzeugen sinkt die Mehrbelastung auf unter 20%. Bei Dieselmotoren kam

	Pkw-Besteuerung		Steigerung
ccm	bis 1. 5. 93	ab 1. 5. 93	
1000	60,—	69,—	15%
1500	120,—	205,—	71%
2000	225,—	356,—	58%
2500	360,—	517,—	44%
3000	450,—	687,—	53%
3500	600,—	865,—	44%
4000	750,—	1.051,—	40%
4500	1.050,—	1.243,—	18%

Umrechnung zwischen alter (ccm) und neuer (kW) Bemessungsgrundlage lt. Schätzung W. *Puwein*, Wifo Monatsberichte, 1/94. S 38

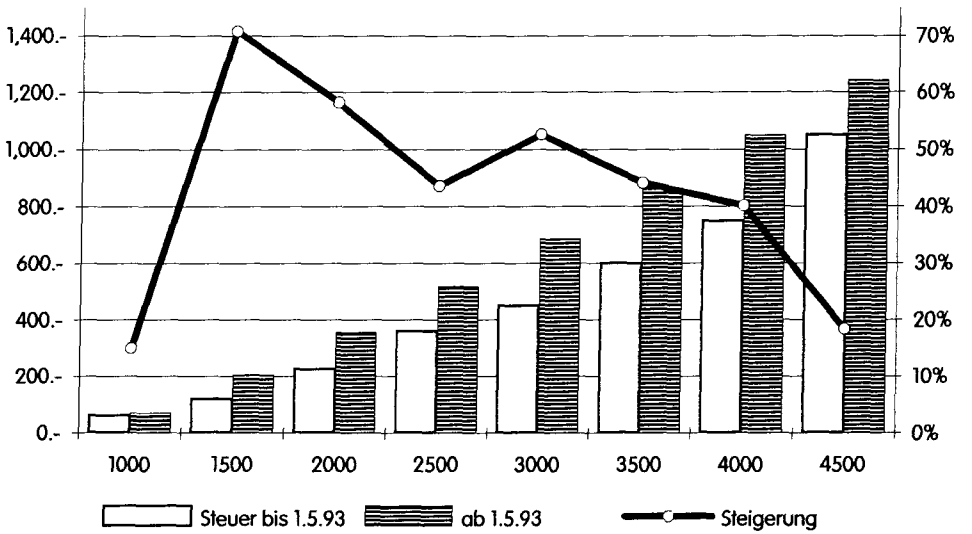


Abb. 2

es nur zu relativ geringen Steuererhöhungen. Bei annähernd aufkommensneutraler Umgestaltung profitieren Halter von Diesel-Pkw ab 4000 ccm nicht nur relativ, sondern auch absolut.

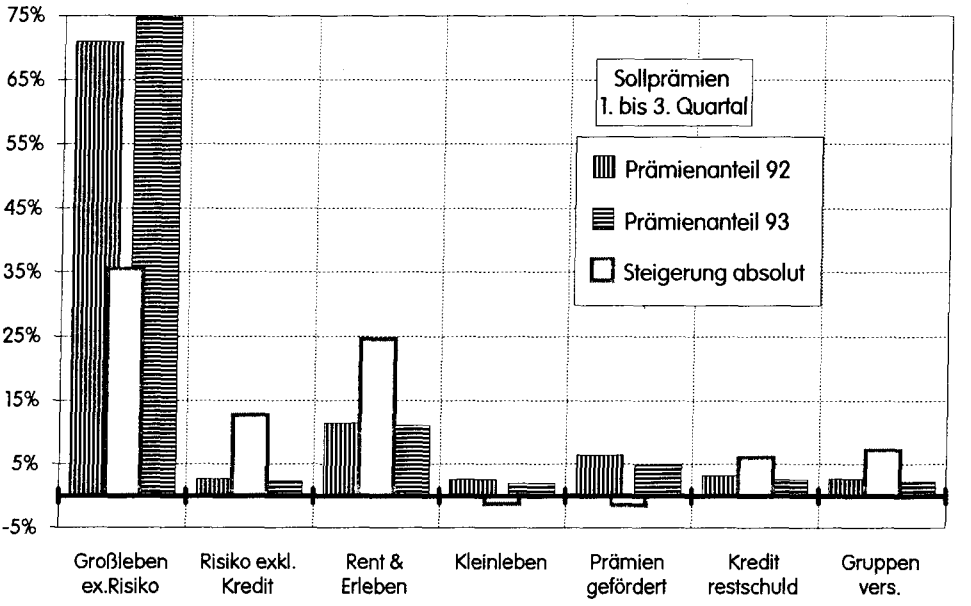
Die Versicherungsunternehmen haben sich vehement gegen das Einheben der Steuer ausgesprochen. Sie befürchten Imageverluste, da sich die einzuhebenden Beträge zT verdoppelt haben. Der Verwaltungsaufwand der Steuereinhebung wird ihnen — sieht man von den möglichen Zinserträgen, die sich aufgrund der quartalsweisen Steuerabführung ergeben können, ab — im Gegensatz zu den Trafikanten nicht abgegolten.

V. Lebensversicherung

Die Prämieneinnahmen in den Zweigen der Lebensversicherung stiegen 1993 um +30,2% auf knapp über 40 Mrd öS.[9] Damit ist der auf diese Zweige entfallende Anteil am gesamten Prämienaufkommen von knapp über 30% in den Jahren 1991 und 1992 auf 35% gestiegen.

A. Entwicklung der einzelnen Versicherungszweige

Das starke Prämienwachstum 1993 resultiert in erster Linie aus den beiden tragenden Versicherungsformen der Einzelversicherung: Die Großlebensversicherung (exkl. Risikoversicherung), auf welche nunmehr 3/4 der gesamten LV-Prämien entfallen, wuchs um 35%; die Prämieneinnahmen der Renten- und Erlebensversicherung (11% des gesamten LV-Prämienaufkommens) um 25%.[10] Innerhalb der anderen Versicherungsformen verlief die Prämienentwicklung bei rückläufigen Vertragszahlen im Neugeschäft (Abb 3) relativ moderat.



[9] Datenquelle: Hochrechnung des VVB vom Jänner 1994. Siehe auch Fußnote 1.

[10] Diese und folgende Angaben basieren auf der Lebensversicherungs-Quartalsstatistik, aus dem Vergleich der ersten drei Quartale 1992 mit den ersten drei Quartalen 1993.

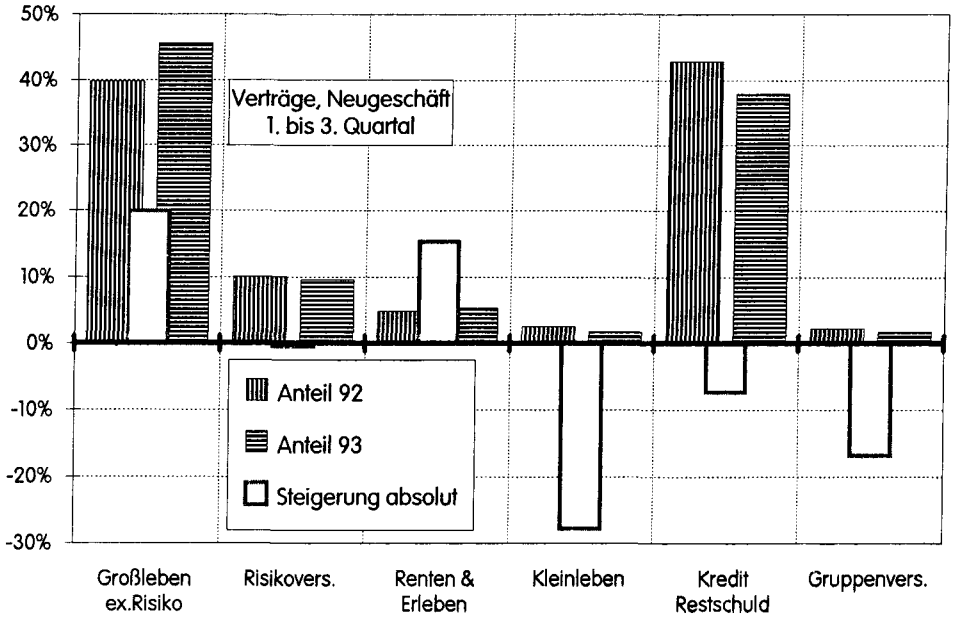


Abb.3

Zuwächse Neugeschäft	Vertrags-anzahl	Versicherungs-summen	mittlere Vers.-Summe
Gesamt	4%	10%	6%
Großleben (exkl. Risiko)	20%	21%	1%
Renten & Erleben	15%	25%	8%

Die mittlere Versicherungssumme stieg im Neugeschäft um 6%. Während dieser Trend zu höheren Summen die Aufkommensdynamik der Renten- und Erlebensversicherung im Neugeschäft unterstützt, geht das Wachstum der Großlebensversicherung bei fast stagnierenden mittleren Versicherungssummen vor allem auf ein starkes Vertragswachstum (+20%) zurück. Deutlich rückläufige Vertragszahlen im Neugeschäft mußten dagegen die Gruppenversicherung (−17%) und Kleinlebensversicherung (−30%) hinnehmen.

B. Ursachen des starken Wachstums der Lebensversicherung

Die Ursachen der starken Prämiensteigerungen dürften weniger in einer dramatisch gestiegenen Nachfrage nach Er- und Ablebensschutz als in einer erhöhten Nutzung der LV als Anlageform zu suchen sein. Als Gründe dafür könnten das 1993 stark gesunkene Zinsniveau bei garantierter Mindestverzinsung in der LV und die relative Schlechterstellung anderer Sparformen aufgrund der Vergebührung von Bankdienstleistungen sowie der Änderung der Kapitalertragsteuer sein.

1. Der Fall der Zinssätze

Die Wachstumsrate der Lebensversicherung reagiert nicht nur auf das Zinsniveau, sondern auch auf die Veränderung der Sekundärmarktrendite relativ stark. Bei konstanten Gewinnzusagen beschleunigt sich das Prämienwachstum, wenn die Differenz zwischen Sekundärmarktrendite und Rechnungszins sinkt.

Die Sekundärmarktrendite erreichte 1993 mit 6,75% etwa wieder das Niveau von 1988 (6,6%), gegenüber 1992 sank sie jedoch um 20%, was 1,64 Prozentpunkten entspricht.

Da in Österreich die Ersparnisbildung der privaten Haushalte nur wenig vom Zinssatz abhängt[11], können die negativen Auswirkungen der Kapitalbesteuerung und des sinkenden Zinssatzes auf das Sparaufkommen 1993 weder getrennt noch von anderen ökonomischen Einflüssen isoliert bewertet werden.[12]

2. Vermeintliche Auswirkungen der Kapitalertragssteuer

Mit 1. 1. 1993 wurde der für einen Großteil der Kapitalerträge faktisch geltende Steuersatz von 10% (seit 1. 1. 1989) auf 22% angehoben. Unter Wegfall einer Reihe von Ausnahmen (Spareinlagen zum Eckzinssatz) und unter begleitenden Maßnahmen konnte mit diesem neuen Endbesteuerungsmodell, bei gleichzeitiger Gewährleistung der Anonymität, die Steuerbelastung aus Kapitalerträgen an jenes aus anderen Einkommensarten angenähert werden.

Innerhalb der Lebensversicherung sind Erträge der Rentenversicherung als wiederkehrende Bezüge nach wie vor einkommenssteuerpflichtig (§ 29 Z 1 EStG). Ihre Diskriminierung gegenüber anonymen Einkommen aus Kapitalerträgen konnte durch die neue Endbesteuerung reduziert werden.

Zugleich hat mit der Steuerreform die Kapitallebensversicherung, deren Versicherungsleistungen, von einigen Ausnahmen abgesehen[13], nicht als Einkünfte aus Kapitalleistungen zu versteuern sind, als Sparform an Attraktivität gewonnen.

Im Gegensatz zur Kapitalbildung bei Nichtversicherern unterliegen jedoch die Beitragszahlungen ab 1994 der sogar von 3% auf 4% erhöhten Versicherungssteuer. Diese führt bei kurzen Versicherungszeiten dazu, daß die LV gegenüber anderen Anlageformen diskriminiert ist: Unter Ausklammerung der seit 1988 beschränkten steuerlichen Absetzbarkeit von Verträgen mit hohen Laufzeiten und Risikokomponenten ermöglicht eine LV bei a%igem Versicherungssteuersatz und r%iger tatsächlicher Verzinsung (inkl. Gewinnbeteiligung) nach einem Jahr eine Rendite von 100 * [(1+r/100)/(1+a/100)−1] Prozent. Bei gleicher Verzinsung kann diese effektive Rendite durch andere Anlagen erzielt werden, wenn folgende Kapitalertragsteuersätze gelten:

Kapitalertragsteuersätze, die eine steuerliche Gleichbehandlung mit der LV gewährleisten (1jährige Veranlagung):

bei Marktzinssatz:	3%	6%	7%	8%	15,3%	21,2%
und Versicherungssteuer						
3%:	100%	51%	45%	39%	22%	
4%:	132%	68%	59%	52%		22%

Bei 6%iger Verzinsung und 3%iger Versicherungssteuer ist eine LV als reine Anlageform steuerlich gegenüber anderen Veranlagungen diskriminiert, sofern der Kapitalertragsteuersatz niedriger ist als 51%. Bei dem seit 1993 geltenden 22%igen Kapitalertragsteuersatz

[11] Siehe *Inderst* G., *Mooslechner* P., *Unger* B. (1990).
[12] Siehe *Mooslechner* P. (1994).
[13] Beispielsweise entsteht bei vorzeitigen Rückkäufen eine Nachbesteuerungspflicht, wenn die Prämien bei 20jähriger Mindestlaufzeit als Sonderausgaben geltend gemacht wurden.

müßte für eine Gleichbehandlung die Versicherungssteuer auf 1,26% gesenkt werden.

Bei mehrjähriger Veranlagung können in der LV jedoch trotz der gegebenen Versicherungssteuer höhere Renditen erwartet werden. Bei Einmalerlägen und 5%iger technischer Verzinsung erreichen bereits nach drei Jahren die realisierten Renditen der mit 3% versteuerten LV-Prämien das Niveau von anderen Vermögensanlagen, die mit 22%iger KESt belastet sind.

Unterstellt man gleiche Verzinsung (zu Periodenende), so ergeben sich für die LV im Vergleich zu KESt-pflichtigen Anlageformen nach Steuern folgende Nettorenditen:

Nettoertrag der LV bei 3%iger Versicherungssteuer

bei Marktzinssatz	3,0%	5,0%	6,0%	7,0%	8,0%
Einmalerlag, 1 Jahr Bindung	−2,3%	−1,9%	−1,7%	−1,5%	−1,3%
Einmalerlag, 5 Jahre Bindung	0,1%	1,9%	2,8%	3,6%	4,4%
Einmalerlag, 10 Jahre Bindung	2,9%	6,1%	7,5%	8,9%	10,1%
Laufende Einzahlung, 1 Jahr	−2,3%	−1,9%	−1,7%	−1,5%	−1,3%
Laufende Einzahlung, 5 Jahre	−1,0%	0,1%	0,7%	1,3%	1,8%
Laufende Einzahlung, 10 Jahre	0,5%	2,6%	3,6%	4,5%	5,5%

Nettoertrag der LV bei 4%iger Versicherungssteuer

bei Marktzinssatz	3,0%	5,0%	6,0%	7,0%	8,0%
Einmalerlag, 1 Jahr Bindung	−3,2%	−2,8%	−2,6%	−2,4%	−2,3%
Einmalerlag, 5 Jahre Bindung	−0,8%	1,0%	1,8%	2,6%	3,4%
Einmalerlag, 10 Jahre Bindung	1,9%	5,1%	6,5%	7,8%	9,0%
Laufende Einzahlung, 1 Jahr	−3,2%	−2,8%	−2,6%	−2,4%	−2,3%
Laufende Einzahlung, 5 Jahre	−2,0%	−0,8%	−0,3%	0,3%	0,8%
Laufende Einzahlung, 10 Jahre	−0,5%	1,6%	2,6%	3,5%	4,4%

Nettoertrag: Verhältnis zwischen Auszahlung der LV zu Auszahlungen vom mit 22%iger KEST belasteten Alternativanlagen, bei jeweils gleichen Einzahlungsströmen.

Grundsätzlich gilt, daß die relative Attraktivität der LV bei steigendem Marktzins und steigender Veranlagungsdauer zunimmt. Die Nettoerträge der LV sind bei Einmalerlägen höher als bei laufender Prämie, da bei gleicher Laufzeit die mittlere Veranlagungsdauer bei Einmalerlägen höher als bei Anlageformen mit laufender Einzahlung ist.

Die Gegenüberstellung zeigt deutlich, daß, obwohl die Renditen von Alternativanlagen durch die 22%ige KESt geschmälert wurden, die LV bei realistischen Zinssätzen als kurzfristige Veranlagungsform unattraktiv ist. Durch die ab 1994 auf 4% erhöhte Versicherungssteuer wurde sie steuerlich weiter diskriminiert. Sofern der Marktzins unter 6,5% sinkt, sind selbst fünfjährige Verträge mit laufender Prämienzahlung als Sparform nicht mehr zu empfehlen. Bei langfristig fix zu veranlagenden Beträgen können in der LV dagegen wesentlich höhere Erträge erwartet werden.

In diesen Modellberechnungen mußte von für den Einzelnen relevanten Faktoren abstrahiert werden. Dies sind insbesondere die Abweichungen zwischen den tatsächlichen internen Renditen der Anlageformen, und die Valorisierung des Nutzens des für die LV typischen Risikoschutzes. Von beiden Faktoren unabhängig ist jedoch, daß Einmalprämien relativ höhere Nettoerträge versprechen als Verträge mit laufender Prämienzahlung.

C. Strukturverschiebungen im Prämienaufkommen

Wie aufgrund der vorangegangenen Ausführungen zu erwarten, stützte sich das 30%ige Prämienwachstum wesentlich auf ein beschleunigtes Wachstum der Einmalerläge. Die Einmalerläge waren bereits 1992 um mehr als 50% von 5,6% auf knapp über 8% des gesamten Prämienaufkommens gestiegen. Im vergangenen Jahr hatte sich ihr Aufkommen mehr als verfünffacht und konnte damit auf 23% des gesamten LV-Prämienaufkommens anwachsen.

Prämienwachstum in der Lebensversicherung

1993[14]	laufende Prämien	Einmalerläge	Total
bei Bankenversicherungen	11,4%	387,9%	64,3%
andere Versicherungen	6,2%	155,6%	15,2%
GESAMTWACHSTUM	7,5%	263,1%	28,4%

Anteil der Einmalerläge am gesamten Prämienaufkommen

	1991	1992	1993
bei Bankenversicherungen	11%	14%	43%
andere Versicherungen	4%	6%	13%
GESAMT	6%	8%	23%

Zugleich konnte aber auch bei den Einnahmen aus Verträgen mit laufender Prämienzahlung ein beschleunigtes Wachstum beobachtet werden: Die Steigerungsrate bei laufenden Prämieneinnahmen stieg von +4,2% (1992) auf +7,5%.

Parallel zum beschleunigten Prämienwachstum verschob sich die Nachfrage auf Versicherungen mit Bankenvertrieb. Auf die neun Unternehmen, welche ihre Produkte (fast) ausschließlich über Banken anbieten (im folgenden: Bankenversicherer), entfielen 1991 rund 1/4 der gesamten Prämieneinnahmen. Innerhalb von zwei Jahren konnten sie bei mehr als drei- (1992) und vierfach (1993: +64%) so hohen Zuwachsraten ihren Marktanteil auf 35% (1993) erhöhen.

Die Bankenversicherer, welche sich durch überdurchschnittlich hohe Anteile an Einmalerlägen auszeichnen, konnten in den letzten beiden Jahren auch bei Verträgen mit laufender Prämienzahlung überdurchschnittlich hohe Zuwächse von 11% pa realisieren (Marktdurchschnitt +5,8%).

Die Aufkommenszuwächse bei Einmalerlägen fielen bei Bankenversicherern 1992 sogar leicht unterdurchschnittlich aus. 1993, als die Einmalerläge bei Nicht-Bankenversicherern um 150% anstiegen, konnten Bankenversicherer ihr Prämienaufkommen aus Einmalerlägen jedoch fast vervierfachen. Ihr Anteil am Gesamtprämienaufkommen der Bankenversicherer stieg damit auf über 40%.

VI. Krankenversicherung

Die Prämieneinnahmen der Krankenversicherungen schienen langjährigen Zyklen zu folgen. Die lange Aufschwungphase mit steigenden Prämienzuwachsraten zwischen Mitte

[14] Datenbasis: Sondererhebung des VVB. Bezüglich der Abweichungen zur Hochrechnung sei auf Fußnote 1 verwiesen.

der sechziger und der siebziger Jahre gipfelte 1975 in einem über 20%igen Zuwachs. Bis Mitte der achtziger Jahre gingen — abgesehen von dem Zwischenhoch 1980/81 — die Prämiensteigerungen kontinuierlich bis auf unter +4% (1985/86) zurück, um in den Folgejahren wieder beharrlich zu steigen. 1992 erreichte die Steigerungsrate der Prämieneinnahmen der Krankenversicherung +9,8%, den höchsten Wert seit 1982 (+11,1%). Dieser günstige Trend konnte 1993 nicht mehr fortgesetzt werden. Dennoch lag die erreichte +7,7%ige Zuwachsrate nach wie vor über dem langfristigen Mittel.

Bei den in den letzten Jahren stagnierenden Bestandszahlen[15] gehen die Prämiensteigerungen fast zur Gänze auf Tariferhöhungen zurück. Zwischen 1988 und 1992 war die durchschnittliche Prämie um +7,6%, zuletzt sogar um +9,3% gestiegen. Die Ursachen dafür sind teils kosten-, teils strukturbedingt:

Im Aggregat ist die *durchschnittliche Leistung pro Fall* in den letzten Jahren 1990 und 1991 um mehr als +6% gestiegen. Trotz gestiegener Inflation sank 1992 die Steigerung der mittleren Leistung auf +3,5% unter ihren langjährigen Durchschnitt.

mittlere jährliche Veränderung	Prämie pro Risiko	Leistung pro Fall	Fälle je Risiko	Prämie im Verhältnis zur Leistung
92/78	7,1%	4,7%	2,7%	—0,4%
92/85	6,0%	3,7%	2,2%	0,0%
85/78	8,2%	5,7%	3,2%	—0,8%

Quelle: Eigene Berechnung basierend auf VVB-Geschäftsberichten

Die wesentliche Ursache liegt in der *Erhöhung der Kosten*: 1992 wurden die durchschnittlichen Verrechnungspreise für Arzt- und Spitalsleistungen — je nach Bundesland unterschiedlich — zwischen +5,5% (Bgld) und +9,9% (Sbg) angehoben. 1993 traten Erhöhungen zwischen +4,0% (Vrlbg) und +8,2% (OÖ) auf. Unter den drei Bundesländern mit der stärksten Erhöhung waren in beiden Jahren Salzburg und Steiermark zu finden, wo zwischen 1991 und 1993 die Preise um insgesamt 18,5% bzw 16% angehoben wurden.

Bei zwischen 1987 und 1992 um 7,9% pa gestiegenen Leistungen der Privatversicherer für Spitalsaufenthalte erhöhten sich die ärztlichen Leistungen durchschnittlich um +9,3% pa. Die reinen Aufenthaltskosten sind um 6,3% pa gestiegen.

Diese Steigerungsrate gibt jedoch ein nach unten verzerrtes Bild der tatsächlichen Kostensteigerung: Dank sinkender durchschnittlicher Aufenthaltsdauer (1987 bis 1992: —2,9% pa) ist trotz steigender Spitalseinweisungen (1987 bis 1992: +2,1% pa) die Anzahl der Spitalstage um 0,9% pa gesunken[16]. Während die Kosten pro Aufenthalt zwischen 1987 und 1992 um 5,3% pa stiegen, sind die tatsächlichen Spitalskosten pro Tag um +8,5% pa deutlich überinflationär gestiegen. 1993 verteuerten sich die Kosten pro Spitalstag um weitere 11,6%[17].

---

[15] Seit 1988 ist die Anzahl der Verträge in der Einzelversicherung um nur 1,3% pa gestiegen, während jene der Gruppenversicherungen sogar um 2,2% pa gefallen ist. Bei den im Schnitt um 42% höheren Tarifen entfallen auf die Gruppenversicherung — mit nur 21% aller Verträge — noch 28% des gesamten Prämienaufkommens der Krankenversicherung.

[16] Eigene Berechnungen basierend auf Austria-Collegialität, Geschäftsbericht 1992.

[17] Eigene Berechnungen basierend auf Austria-Collegialität, Geschäftsbericht 1992. Zum Vergleich: Zwischen 1985 und 1992 traten pa 7,4%ige Kostensteigerungen je Spitalstag bei 5%igen Kostensteigerungen je Aufenthalt auf.

Bei geringem Bestandswachstum und steigender Lebenserwartung dürfte das Durchschnittsalter der Versicherten gestiegen sein[18]. Dies führt bei im Alter steigender Behandlungsfrequenz zu überproportionalen Kostensteigerungen.

Tatsächlich ist in der Krankenversicherung die Leistungsfrequenz (Leistungsfälle in Prozent der Risken) seit 1977 von 25% auf 36,5% (1992) mit gut kalkulierbaren, beinahe konstanten Zuwächsen von 0,7 Prozentpunkten pa gestiegen (siehe Abb 4).

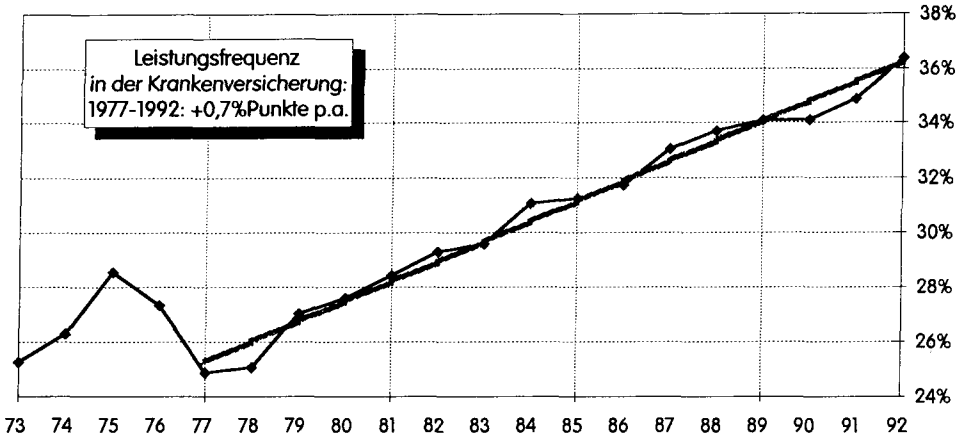


Abb. 4

Ob auch innerhalb der Gruppe der Senioren Mengeneffekte zum Tragen kommen, kann angesichts des Fehlens aggregierter, nach Altersgruppen differenzierter Verbandsstatistiken nicht bewertet werden. Laut Brancheninsidern sind gegenwärtig die Leistungen für Senioren — die ein Drittel der Krankenversicherten ausmachen dürften — pro Kopf nur etwa doppelt so hoch wie bei jüngeren Versicherungsnehmern[19].

Unerwartet starke Erhöhungen der Behandlungsintensität bei Senioren führen — wie Privatversicherer in der Öffentlichkeit hervorgestrichen haben — selbst bei ursprünglich ausreichend dotierter Altersrückstellung — zu notwendigen, Senioren überproportional belastenden Profiländerungen. Die Alterungsrückstellungen werden bei Kostengarantietarifen unter Annahme a priori fixer Preise und konstanter Zinssätze ermittelt (siehe auch *Metzger* K. [1993]). Der Anpassungsdruck wird umso stärker sein, je weniger die akkumulierten Alterungsrückstellungen aufgrund hoher Kostensteigerungen und unerwartet niedriger Zinssätze in der Lage sind, erwartete zukünftige Leistungen abzudecken. Gerade im letzten Jahr haben sich beide Faktoren zu Ungunsten der privaten KV entwickelt.

Nach zähen Verhandlungen konnten für 1994 in Wien, Kärnten und zT in der Steiermark, Ober- und Niederösterreich spezielle Seniorenregelungen mit den Spitalserhaltern vereinbart werden, die den Kostendruck speziell bei älteren Versicherten reduzieren sollen.

[18] Daten zur Entwicklung des Altersprofils der Bestände sind nicht verfügbar. Bei erhöhter Stornobereitschaft älterer Kunden könnte das Durchschnittsalter auch sinken.

[19] Zitiert nach H. *Dopplinger,* Vorstandsdirektor der Austria Collegialität, in: Der Standard, 26. 1. 1994.

Angesichts der kritischen Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens werden — auch in Hinblick auf mögliche Angebote aus dem liberalisierten Binnenmarkt — neue Modelle für die KV diskutiert[20].

VII. Vermögensanlagen

Von den gesamten Aktiva der Versicherungswirtschaft entfielen in den letzten Jahren knapp unter 40% auf Wertpapiere und etwa ein Drittel auf Darlehen[21].

Während der Anteil der Darlehensforderungen einem mittelfristig fallenden Trend unterliegt, dürfte sich der Wertpapieranteil auf gestiegenem Niveau etwas stabilisiert haben[22]. 1992 entfielen auf Darlehen an den Bund und Schuldverschreibungen sowie Schatzscheine des Bundes 133 Mrd öS bzw 36,6% der gesamten Aktiva (363 Mrd öS). Unter Hinzurechnung von Gebietskörperschaften und Sondergesellschaften — auf die weitere 4% der Aktiva entfielen — erreichte der Finanzierungsbeitrag für die öffentliche Hand 148 Mrd öS bzw 41% der gesamten Aktiva.

Während die Veranlagung in inländische Aktien 1992 nicht nur prozentuell, sondern auch absolut rückläufig war, haben sich die steigenden Trends der Anteilswerte bei Investmentzertifikaten und sonstigen inländischen Wertpapieren ebenso wie bei Beteiligungen fortgesetzt. Auf sie entfielen 1992 knapp 7% bzw 3% der Aktiva. Der Anteil an bebauten und unbebauten Grundstücken hat — in den letzten Jahren schwach steigend — 1992 knapp 9% erreicht.

Der wesentliche Teil der Deckungsrückstellungen geht auf die Lebensversicherung zurück (1992: 92,6%). Soweit es sich aufgrund der ersten drei Quartale 1993 ablesen läßt, hat sich die grobe Struktur der Veranlagung innerhalb der Lebensversicherung, trotz der stark gestiegenen Volumen, nicht wesentlich verändert:

Nach wie vor entfallen rund 90% auf Wertpapiere (47%) und Schuldscheinforderungen (43%)[23]. Überproportionale Zuwächse zeichneten sich nur bei Immobilien (+21%) und den vom Volumen relativ unbedeutenden Hypothekardarlehen (+20%) ab. Polizzendarlehen nahmen dagegen nur um 5% zu.

VIII. Internationalisierung des Versicherungsmarktes

Das letzte Jahr des österreichischen Versicherungsmarktes war durch legistische und logistische Vorbereitungen für den EWR geprägt. Wesentliche Schritte zur Harmonisierung des Marktes konnten bereits durch die 1992 in Kraft getretene zweite VAG-Novelle 1991, insbesondere aufgrund neuer Rechnungslegungsvorschriften, vorweggenommen werden.

Die an das Inkrafttreten des EWR gekoppelte VAG-Novelle 1992 steht im Geist der ersten und zweiten EG-Richtliniengeneration. Nach ihr wird ab 1. Jänner 1994 die Niederlassungsfreiheit (1. Richtliniengeneration) und der zulassungsfreie Dienstleistungsverkehr im Bereich der Großrisken (2. Richtliniengeneration) verwirklicht.

---

[20] Zur Diskussion um die Rückkaufsfähigkeit von Alterungsrückstellung siehe auch *F. P. Pagler* und H. *Holzer* (1993).

[21] Quelle: Bilanzmeldungen der Versicherungsunternehmen an die Oesterreichische Nationalbank, VVB. Daten für 1993 sind noch nicht verfügbar.

[22] Siehe auch P. *Brandner* (1993).

[23] Datenbasis: Lebensversicherung Quartalsstatistik; siehe Fußnote 10.

Für die Massensparten bleiben dagegen Tarif- und Bedingungsgenehmigungen noch bis zur *Umsetzung der 3. Richtliniengeneration* durch die voraussichtlich mit 1. Juli 1994 in Kraft tretende VAG-Novelle 1994 aufrecht.

Die infolge der Liberalisierung erwartete Bereicherung der Bedingungs- und Produktvielfalt zwingt die Versicherungswirtschaft, neue Konzepte zu entwickeln. Konsumentenschützer befürchten, daß aus- und inländische Anbieter mit im untersten Preisspektrum angesiedelten „Mogelpackungen" mit stark reduziertem Risikoschutz zu Lasten der Verbraucher um Marktanteile kämpfen werden. Bei gesetzlich festgelegtem Mindestversicherungsschutz — wie er in der KH-Versicherung besteht — dürfte Konsumenten der Preisvergleich durch die wachsende risikospezifische Angebotserstellung und dem Angebot von Bündelversicherungen erschwert werden.

Die derzeit diskutierte *KHVG-Novelle* vollzieht im Interesse der Integration des österreichischen Versicherungsmarktes in den EWR die dritte Schaden-Richtlinie nach. Sie steht im Geist der Abkehr materieller Staatsaufsicht, ohne dabei Finanz- oder Rechtskontrollen wesentlich zu intensivieren. Mit Juli 1994 wird es den Unternehmen aufgrund der Freigabe der Tarifstruktur obliegen, für beliebige Risikogruppen — im Extremfall sogar für beliebige Risken — individuelle Tarife festzulegen. Eine endgültige Formulierung der hierfür notwendigen KHVG-Novelle liegt zur Zeit noch nicht vor.

Die gerne diskutierten Argumente, ob in der EU die KH-Tarife sinken, gehen insofern völlig an der Wirklichkeit vorbei, als aufgrund der tiefen qualitativen Änderungen „KH-Tarife" in bisher gewohnter Form nicht mehr existieren werden. Die gesamten Prämieneinnahmen werden freilich auch weiterhin, zumindest mittelfristig, von der Entwicklung der Leistungen bestimmt sein. Nachdem in den letzten beiden Jahren untypisch schwache Leistungszuwächse von +2,7% (1992) und +1,0% (Hochrechnung 1993) auftraten, kann tatsächlich mit moderateren Prämiensteigerungen in der ersten Phase der Deregulierung gerechnet werden. Mit der Freigabe der Tarifstruktur treten jedoch die Unternehmen in Konkurrenz um jene Risken, welche sie subjektiv für günstiger einschätzen. Um diese, vermutlich relativ breite, Schicht durch preiswerte Prämien anwerben zu können, müssen jedoch die Tarife nicht begünstigter Risikogruppen überproportional stark angehoben werden. Bei sinkender Vergleichbarkeit der Angebote wird es für einige Risken kaum oder nur mit erheblichen Suchzeiten möglich sein, finanzierbare KH-Polizzen zu zeichnen.

IX. Ausblick

Die zukünftige Entwicklung der Schaden-Unfall-Versicherungen muß aufgrund der Nachwirkungen der Rezession und den von der Deregulierung zu erwartenden Marktturbulenzen vorsichtig eingeschätzt werden. Für die Lebensversicherung kann dagegen — bei weiterhin günstigem Zinsniveau und unveränderten Rahmenbedingungen — auch in den nächsten Jahren ein starkes Wachstumspotential erwartet werden.

Nach der aktuellen Vorschau des Versicherungsverbandes dürfte das gesamte Prämienwachstum 1994 rund 10% erreichen[24]. Zugleich wird eine deutliche Schwerpunktverlagerung zur Lebensversicherung, auf welche 1993 bereits knapp 35% der Prämieneinnahmen entfielen, erwartet. Die Assekuranz wird damit als Träger der privaten Vorsorge weiter an Bedeutung gewinnen.

[24] W. *Fels* (1994).

LITERATUR

Brandner P., (1993), „Versicherungswirtschaft expandiert wieder; Die österreichische Privatversicherung 1991/92", WiFo Monatsberichte, Nr 6, S 329—334.

Fels W., (1994), „Die Prämiendynamik nach Überwindung der gesamtwirtschaftlichen Rezession; Wachstumstrends der Versicherungswirtschaft 1994—1998", VVB Unternehmensleiterinformation, März 1994.

Inderst G., *Mooslechner* P., *Unger* B., (1990), „Das System der Sparförderung in Österreich", Heidelberg.

Institut für Höhere Studien, (1993), „Prognose der Österreichischen Wirtschaft", Institutsarbeit Nr 313, Dezember 1993, Wien.

Metzger K., (1993), „Die Bedeutung der Alterungsrückstellung in der Privaten Krankenversicherung", Mitteilungen der Aktuarvereinigung Österreichs, Heft 7, S 61—78.

Mooslechner P., (1994), „Steuerreform und Finanzmärkte: Kapitalertragsbesteuerung und Kreditsteuer", WiFo Monatsberichte, Nr 1, S 42—49.

Pagler F. P., *Holzer* H., (1993), „Rückkaufsfähigkeit von Alterungsrückstellungen der Privaten Krankenversicherung", Mitteilungen der Aktuarvereinigung Österreichs, Heft 7, S 101—112.

Puwein W., (1994), „Kraftfahrzeugsteuer und Normalverbrauchsabgabe", WiFo Monatsberichte, Nr 1, S 37—41.

RECHTSPRECHUNG

329.

ABGB §§ 863, 914; VersVG §§ 1ff: Die vorläufige Deckung tritt erst mit dem endgültigen Scheitern der Verhandlungen über den Abschluß des „endgültigen" Vertrags außer Kraft.

Es liegt am Versicherer, die vorläufige Deckung auf eindeutige Art zu beenden, sodaß der Versicherungsnehmer weiß, daß er diesen Versicherungsschutz nicht mehr in Anspruch nehmen kann.

Das Erlöschen der vorläufigen Deckung ist vom Versicherer zu beweisen; Zweifel gehen zu seinen Lasten.

ZPO § 228; VersVG § 158c Abs 3: Es besteht ein rechtliches Interesse an der Feststellung, daß die Haftung des Versicherers über die gesetzlich vorgesehene Mindestversicherungssumme hinausreicht.

Sachverhalt: Petra F. hatte am 9. 11. 1987 bei der nunmehrigen Drittbekl den Antrag auf Abschluß eines Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherungsvertrages mit einer Deckungssumme von S 20.000.000,— gestellt. Der Antrag wurde angenommen. Am 19. 12. 1987 veräußerte F. das Fahrzeug weiter an Erhan Ö., was dem Versicherer nicht angezeigt wurde. Ö. verursachte mit dem Pkw am 23. 2. 1988 einen Verkehrsunfall, bei dem die nunmehrige Kl schwer verletzt wurde. Die Erstprämie war im Unfallszeitpunkt noch nicht bezahlt. Es konnte nicht festgestellt werden, ob F. die Versicherungspolizze samt Zahlschein für die Erstprämie zugegangen war.

Die Kl begehrt Feststellung der Ersatzpflicht der Drittbekl sowie jener von Petra F. und Erhan Ö. In den Unterinstanzen wurde über die Begehren gegen Ö. und F. rechtskräftig abgesprochen. Die Drittbekl anerkannte ihre Haftung bis zur Höhe der gesetzlich vorgeschriebenen Mindestversicherungssumme von S 10.000.000,—, bestreitet aber jede darüber hinausgehende Ersatzpflicht.

ErstG (LG ZRS Wien 2. 4. 1992) und BerufungsG (29. 1. 1993, GZ 16 R 148/92) gaben dem Klagebegehren statt und stellten fest, daß die Drittbekl über die Mindestversicherungssumme hinaus hafte.

Der OGH gab der Revision der Drittbekl nicht Folge.

Aus den Entscheidungsgründen:

Im vorliegenden Fall ist davon auszugehen, daß eine vorläufige Deckungszusage im Sinne des Antrags der Petra F. erteilt wurde, weil ihr Antrag nach den zugrundeliegenden Feststellungen von der Versicherungsanstalt ohne Einschränkungen angenommen wurde und der Pkw ohne eine Deckungszusage nicht zum Verkehr zugelassen worden wäre. Diese erfolgt im Rahmen und auf Rechnung des im einheitlichen Antrag bezeichneten Versicherungsvertrages (VersR 1978, 931) bis zum endgültigen Abschluß des Versicherungsvertrages durch Übersendung der Polizze samt der Aufforderung zur Bezahlung der Erstprämie (vgl SZ 50/69).

Bei einer vorläufigen Deckungszusage sind Versicherungsfälle, die bis zur Zustellung der Polizze eintreten, aufgrund dieser Deckungszusage gedeckt. Die einmal zugestandene Dekkung tritt mangels einer gegenteiligen klaren Bestimmung der Versicherungsbedingungen erst dann außer Kraft, wenn die Verhandlungen über den Abschluß des Versicherungsvertrages endgültig gescheitert sind. Es ist Sache des Versicherers, den Umstand der vorläufigen Dekkung auf eindeutige Art zu beenden, sodaß der Versicherungsnehmer weiß, daß er diesen Versicherungsschutz nicht mehr in Anspruch nehmen kann. Im vorliegenden Fall wäre hiefür die Übersendung der Polizze samt Aufforderung zur Zahlung der Erstprämie in Betracht gekommen. Dafür, daß dies geschehen ist, wäre der Versicherer beweispflichtig gewesen. Er hat die Voraussetzungen des Erlöschens der vorläufigen Dekkung als anspruchsvernichtenden Umstand zu beweisen, wozu als erstes die unveränderte Annahme des Versicherungsantrages, die in der Zusendung der Polizze zum Ausdruck kommt, gehört. Zweifel über den Zeitpunkt der Zustellung oder überhaupt der Zustellung der Versicherungspolizze und der Vorschreibung der ersten Prämie gehen zu seinen Lasten (SZ 50/69).

Daraus folgt, daß die Versicherungsanstalt im vollen Umfang der vereinbarten Deckungssumme, über die sich die vorläufige Deckungszusage erstreckt, leistungspflichtig ist. Vom Vorliegen eines wegen Nichtzahlung der Prämie „kranken" Versicherungsverhältnisses, das die Leistungspflicht gegenüber dem geschädigten Dritten aus diesem Grund auf die gesetzliche Mindestversicherungssumme beschränken würde (vgl ZVR 1979/282), kann daher nicht die Rede sein.

Daß eine Leistungsfreiheit der Versicherungsanstalt und damit ihre Haftungsbeschränkung gegenüber der Kl als der geschädigten Dritten aus dem Grunde der §§ 69 ff VersVG eingetreten wäre, wurde nicht geltend gemacht.

Der Kl kann schon im Hinblick auf das Teilanerkenntnisurteil, das die Haftung der Versicherungsanstalt auf die Mindestversicherungssumme von S 10.000.000,— beschränkt, ein rechtliches Interesse an der Feststellung der darüber hinausgehenden, bis zur vereinbarten Versicherungssumme von S 20.000.000,— bestehenden Haftung der Versicherungsanstalt nicht abgesprochen werden. Aufgrund der hier vorliegenden Fallkonstellation kann die Kl daher nicht darauf verwiesen werden, daß die Schadenshöhe, für die der Versicherer einzustehen habe, Gegenstand einer allfälligen künftigen Leistungsklage sei und daher die Feststellung der Haftung des Versicherers jedenfalls auf den Rahmen des betreffenden Haftpflichtversicherungsvertrags zu beschränken sei. Eine Klarstellung schon im Spruch der feststellenden Entscheidung, daß die Haftung über die gesetzliche Mindestversicherungssumme hinausreiche, ist hier erforderlich, um die Kl nicht dem Verjährungseinwand auszusetzen, wenn sie in Zukunft über diesen Betrag hinausgehende Leistungsansprüche geltend machen wird.

OGH 13. 10. 1993, 7 Ob 13/93

330.

VersVG § 61; ABGB § 1294: Grobe Fahrlässigkeit liegt vor, wenn sich das Verhalten des Schädigers aus der Menge der auch für den Sorgsamsten nie ganz vermeidbaren Fahrlässigkeitshandlungen des täglichen Lebens als eine auffallende Sorglosigkeit heraushebt. Grob fahrlässig iSd § 61 VersVG handelt der Versicherungsnehmer, wenn er schon einfachste, naheliegende Überlegungen nicht anstellt und Maßnahmen nicht ergreift, die jedermann einleuchten müssen (stRsp).

Die Messung des Verschuldensgrades erfolgt aufgrund einer Gesamtbeurteilung einzelner Fehlverhalten (stRsp).

Sachverhalt: Der Kl begehrt aufgrund eines Verkehrsunfalls Leistung aus einer Fahrzeug-Kaskoversicherung, die Bekl beruft sich auf § 61 VersVG.

Die Unterinstanzen gaben der Klage statt (HG Wien 10. 1. 1993, GZ 21 Cg 29/93p; OLG Wien 4. 6. 1993, GZ 3 R 69/93). Das BerufungsG befand das Verhalten des Kl für nicht grob fahrlässig, weil er die gebotene Höchstgeschwindigkeit nur geringfügig überschritten habe und mit dem Antippen der Sendersuchlauftaste des Radios keine dem Suchen herabgefallener Gegenstände im Wageninneren vergleichbare besondere Gefahr verbunden sei.

Der OGH folgte der Revision der Bekl.

Aus den Entscheidungsgründen:

Die von der Bekl erhobene Revision ist im Interesse der Rechtssicherheit zulässig, weil das BerufungsG mit seiner Beurteilung von der Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofs abgewichen ist, wonach die Beurteilung des Verschuldensgrades beim Zusammentreffen mehrerer Fehlverhalten nicht zergliedernd, sondern aufgrund einer Gesamtbetrachtung zu erfolgen hat; sie ist auch berechtigt.

Nach einheitlicher Rechtsprechung liegt grobe Fahrlässigkeit vor, wenn sich das Verhalten des Schädigers aus der Menge der sich auch für den Sorgsamsten nie ganz vermeidbaren Fahrlässigkeitshandlungen des täglichen Lebens als eine auffallende Sorglosigkeit heraushebt (SZ 51/280 mwN). Im Bereich des Versicherungsvertragsrechtes wird grobe Fahrlässigkeit immer dann angenommen, wenn der Versicherungsnehmer schon einfachste, naheliegende Überlegungen nicht anstellt und Maßnahmen nicht ergreift, die jedermann einleuchten müssen (SZ 56/166; VR 1988, 329; zuletzt etwa 7 Ob 10/93).

Eine Häufung in ihrer Gesamtheit als grob fahrlässig zu beurteilender Fehlverhalten unter Umständen, die besondere Aufmerksamkeit erfordert hätten, liegt aber auch hier vor: Der Kl hielt eine höhere als die auf Autobahnen zulässige Höchstgeschwindigkeit auch beim Durchfahren einer langgezogenen Rechtskurve ein, welche fahrtechnisch gesehen auch für Durchschnittsfahrer wegen der dabei auftretenden Querbeschleunigung zu hoch war. Dabei blieb er auf dem linken Fahrstreifen, auf dem die Gefahr des Hinausgetragenwerdens über die linke Fahrbahnbegrenzung größer ist als auf dem rechten Fahrstreifen. Unter diesen, besondere Aufmerksamkeit des Fahrers erfordernden Umständen entschloß sich der Kl dennoch zu der mit dem Fahren nicht notwendig verbundenen Betätigung des Sendersuchlaufs seines Autoradios, wozu er kurzzeitig den Blick von der Fahrbahn abwenden und auch eine Veränderung seiner Sitzposition vornehmen mußte. Das vermeidbare Außerachtlassen einer ausreichenden Beobachtung des Kurvenverlaufs unter solchen Umständen muß dem Kl aber als grober Verstoß gegen die bestehende Sorgfaltspflicht vorgeworfen werden. Der Entscheidung SZ 61/280, auf die sich die Revisionsbeantwortung beruft, lag ein anderer Sachverhalt zugrunde: das Bücken des Fahrzeuglenkers nach einem herabgefallenen Gegenstand wurde deshalb als nicht grob fahrlässig beurteilt, weil es nicht im Zusammenhang mit einer schon vorher erhöhten Gefahr gestanden war.

OGH 27. 10. 1993, 7 Ob 30/93

ZEITSCHRIFTENSPIEGEL

Michael *Schultz*, **Der Zeitpunkt der Schadensentstehung bei Fehlern von Anwälten und Steuerberatern,** VersR 1994, 142: Die verhängnisvollen Auswirkungen von Beratungsfehlern pflegen sich typischerweise nicht umgehend nach dem Verstoß zu zeigen, sondern treten vielmehr erst nach Verlauf einiger Zeit in Erscheinung, wobei es oft Schwierigkeiten bereitet, den genauen Moment des Schadenseintritts festzulegen. Dies ist jedoch notwendig, weil davon unter anderem die Bestimmung der Verjährungsfrist abhängt, die ihrerseits wiederum für das Entstehen möglicher Ersatzansprüche des Geschädigten gegen den Ratgeber von Bedeutung ist. Die recht umfangreiche einschlägige BGH-Rechtsprechung verfolgt keine völlig klare Linie. Der Beitrag bemüht sich um Lösungsvorschläge für unterschiedlich gelagerte Einzelfälle und kommt dabei letztlich zu dem Schluß, daß sich eine auf alle denkbaren Konstellationen anwendbare, einheitliche Formel nicht finden läßt.

Friedrich *Messiner*, **Akteneinsichtsrecht für Unfallgeschädigte,** ZVR 1994, 7: Nach derzeitiger Rechtslage ist die Einsicht in Akten eines Verwaltungs(straf)verfahrens den Parteien dieses Verfahrens vorbehalten. Nicht daran beteiligte Unfallopfer, für die eine entsprechende Information im Hinblick auf die Liquidierung des Schadens durch den Haftpflichtversicherer der Gegenseite von großem Interesse wäre, sind hingegen von der Einsichtnahme ausgeschlossen, was häufig zu Verzögerungen der Entschädigungsleistung führt. Eine Änderung des Status quo zugunsten des Geschädigten durch Novellierung des AVG erschiene in gewissen Grenzen als mit dem Grundrecht des Unfallverursachers auf Datenschutz durchaus vereinbar.

Werner *Lücke*, **Aktuelle Rechtsprechungsübersicht zur Betrugsproblematik in der Sachversicherung,** VersR 1994, 128: Der Tatbestand „Betrug" wird in dieser Judikaturdarstellung, den praktischen Gegebenheiten entsprechend, weit verstanden: Die Skala reicht vom „Erschleichen" des Versicherungsvertrages durch unrichtige Angaben oder Verschweigen relevanter Umstände bei Vertragsabschluß über den bewußten Verstoß gegen nachträgliche Aufklärungsobliegenheiten und das „Aufblasen" des tatsächlich eingetretenen, aber nicht grob schuldhaft herbeigeführten Schadens bis hin zur Vortäuschung des Versicherungsfalles.

Lutz *Heitmann*, **Massenunfälle als haftungsrechtliches Problem,** VersR 1994, 135: Ein Thema passend zur kalten Jahreszeit, weil sich insbesondere bei extremen Witterungsverhältnissen vornehmlich auf Autobahnen Massenkarambolagen ereignen, in die zahlreiche Fahrzeuge verwickelt sind. Kollisionen dieser Art stellen Geschädigte und Haftpflichtversicherer vor spezifische Schwierigkeiten, etwa, was die Ermittlung des Kausalverlaufes anlangt. Der Beitrag informiert, wie man in Deutschland versucht, dieser Probleme vor allem auch in „abwicklungstechnischer" Hinsicht Herr zu werden.