



REPUBLIK ÖSTERREICH  
HANDELSGERICHT WIEN

53 Cg 33/21f

(Bitte in allen Eingaben anführen)

Marxergasse 1a  
1030 Wien

Tel.: +43 1 51528 305450

## IM NAMEN DER REPUBLIK

Das Handelsgericht Wien **erkennt** durch die Richterin Mag.<sup>a</sup> Christiane Kaiser, LL.M. (WU) in der Rechtssache der klagenden Partei **Verein für Konsumenteninformation**, Linke Wienzeile 18, 1060 Wien, vertreten durch Kosesnik-Wehrle & Langer Rechtsanwälte KG, Rechtsanwälte in 1030 Wien, gegen die beklagte Partei **UNIQA Österreich Versicherungen AG**, FN 63197m, Untere Donaustraße 21, 1029 Wien, vertreten durch Schönherr, Rechtsanwälte in 1010 Wien, wegen **Unterlassung** und **Urteilsveröffentlichung** (Streitwert: € 36.000,00) nach öffentlicher mündlicher Verhandlung zu Recht:

I. Die beklagte Partei ist schuldig,

im geschäftlichen Verkehr mit Verbrauchern in Allgemeinen Geschäftsbedingungen, die sie von ihr geschlossenen Verträgen zugrunde legt und/oder in hierbei verwendeten Vertragsformblättern die Verwendung der Klauseln:

2. § 2 Abs 2 erster Satz: *Der Versicherungsschutz beginnt, sobald wir die Annahme Ihres Antrags schriftlich oder durch Zustellung der Versicherungspolizze erklären und sie die erste oder einmalige Prämie rechtzeitig bezahlt haben.*

3. § 3 Abs 2 erster Satz: *Sie können die Jahresprämie nach Vereinbarung auch in Raten bezahlen, dann jedoch mit Zuschlag.*

4. § 4 Abs 2 zweiter Satz: *Bezahlen Sie den Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung gesetzten Frist von zwei Wochen, können wir den Vertrag zum Ablauf der Frist kündigen.*

5. § 5 Abs 2: *Für durch Sie veranlasste Mehraufwendungen für Ihren Versicherungsvertrag verrechnen wir angemessene Gebühren, und zwar:*

- für die Zahlungserinnerung bei Zahlungsverzug der Erstprämie 4 Euro;- für die Rechtsanwaltsdrohung bei Zahlungsverzug der Erstprämie 8 Euro;
- für die Mahnung nach § 39 VersVG bei Zahlungsverzug einer Folgeprämie 9 Euro- für die Rechtsanwaltsdrohung bei weiterem Zahlungsverzug 13 Euro;
- bei Lastschriftrückweisung stellen wir Ihnen die uns angelasteten Gebühren in Rechnung.

**6. § 5 Abs 3 erster Satz: Attestkosten:** Etwaige anfallende Kosten für ärztliche Untersuchungen, die im Rahmen der Antragstellung (abhängig von der Tarifart, der Versicherungssumme und des Alters der zu versichernden Person) erforderlich werden, sind pauschal vom Versicherungsnehmer zu tragen, außer es wurde abweichend vereinbart.

**7. § 6 Abs 2 dritter Satz: Der Abzug beträgt: (...)** – bei Versicherungsverträgen gegen laufende Prämie in den ersten drei Jahren 5 %, danach verringert sich der Abzug pro Jahr um einen halben Prozentpunkt bis zum Erreichen des Mindestabzugs von 2 % der Deckungsrückstellung.

**8. § 6a Abs 2 erster Satz:** Bei der Prämienfreistellung wird nach den geschäftsplanmäßigen Bestimmungen für die restliche Versicherungsdauer auf der Grundlage des Rückkaufswertes (siehe § 6 Abs. 2 bzw. 3) eine verminderte Versicherungssumme (bei Er- Und Ablebens- und Ablebensrisikoversicherungen) bzw. eine verminderte Jahrespension (bei Pensionsversicherungen) ermittelt.

**10. § 7 Abs 1 zweiter Satz:** Für diese Vorauszahlung sind zu vereinbarende Zusatzprämien zu bezahlen, auf die die Bestimmungen des § 4 anzuwenden sind.

**11. § 12 Abs 3 letzter Satz:** Die Kosten dieser Nachweise trägt der Bezugsberechtigte.

**12. § 12 Abs 4 letzter Satz:** Bei Überweisungen außerhalb der Europäischen Union trägt der Empfänger die Gefahr und die Kosten.

**13. § 14:** Der Versicherungsnehmer beziehungsweise die versicherten(n) Person(en) können vom Versicherer eine Begründung verlangen, wenn die Gesundheitsauskünfte aus risikobedingten Gründen eine Ablehnung, eine Vereinbarung eines Prämienzuschlags, einen Risikoausschluss, eine Verminderung der Leistung oder eine besondere Wartefrist erforderlich machen, sofern dem Versicherer der Nachweis für das Vorliegen einer Behinderung erbracht wird (z.B. durch einen gültigen Behindertenpass des Bundessozialamts oder einen gültigen Einstellungsschein gemäß Behinderteneinstellungsgesetz).

**15. § 15 Abs 2:** Eine Änderung Ihrer Adresse müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Andernfalls richten wir unsere Erklärungen rechtswirksam an Ihre letzte uns bekannte Adresse; dazu genügt die Absendung eines nicht eingeschriebenen Briefes.

**19. § 2 Versicherungsbedingungen für die Gewinnbeteiligung:** Die Gewinnbeteiligung besteht bei Versicherungen gegen Einmaleralog oder prämienfreigestellter Summe aus dem Zinsgewinnanteil. Der Zinsgewinnanteil stellt den Gewinn aus der Überverzinsung dar. Dieser Mehrertrag wird aus der Veranlagung der Deckungsrückstellung zu einem höheren als dem Rechnungszinsfuß erzielt.

oder die Verwendung sinngleicher Klauseln binnen 6 Monaten zu unterlassen; sie ist ferner schuldig, es ab sofort zu unterlassen, sich auf die vorstehend genannten oder sinngleiche Klauseln zu berufen;

II. Das Klagebegehren, die beklagte Partei sei schuldig,

im geschäftlichen Verkehr mit Verbrauchern in Allgemeinen Geschäftsbedingungen, die sie von ihr geschlossenen Verträgen zugrunde legt und/oder in hierbei verwendeten Vertragsformblättern die Verwendung der Klauseln:

**1. § 1 Abs 3:** Vertragsgrundlagen sind Ihr Antrag, die Versicherungspolizze mit den darin enthaltenen Tabellen der Rückkaufswerte und prämienfreien Versicherungsleistungen samt sonstiger Anlagen, der vereinbarte Tarif sowie die Versicherungsbedingungen, auf dem der vereinbarte Tarif beruht.

*9. § 6b: Nach Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung ist eine Reaktivierung nur mehr mit Zustimmung des Versicherers möglich.*

*14. § 15 Abs 1 erster Satz: Für sämtliche Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers an den Versicherer ist die geschriebene Form erforderlich, sofern nicht die Schriftform ausdrücklich und mit gesonderter Erklärung vereinbart wurde.*

*17. § 17 Abs 2: Abtretungen (Zessionen) der Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag an Dritte sind nur mit Zustimmung des Versicherers wirksam.*

*18. § 21 erster Satz: Im Sinne des § 172 VersVG wird der Versicherer im Fall einer bedeutenden, unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Veränderung der Risikoeintrittswahrscheinlichkeiten (zB Sterbe- oder Berufsunfähigkeitswahrscheinlichkeit) eine Anpassung der Prämie vornehmen,*

*oder die Verwendung sinngleicher Klauseln zu unterlassen; sie sei ferner schuldig, es ab sofort zu unterlassen, sich auf die vorstehend genannten oder sinngleiche Klauseln zu berufen*

**wird abgewiesen**

**III.** Die beklagte Partei ist schuldig, der klagenden Partei die mit EUR 4.385,09 (darin enthalten EUR 1.139,77 PG und EUR 540,89 USt) bestimmten Prozesskosten gemäß § 19a RAO zu Handen des Klagevertreters binnen 14 Tagen zu ersetzen.

**IV.** Der klagenden Partei wird die Ermächtigung erteilt, den klagsstattgebenden Teil des Urteilsspruches im Umfang des Unterlassungsbegehrens und der Ermächtigung zur Urteilsveröffentlichung binnen sechs Monaten ab Rechtskraft einmal in einer Samstagsausgabe des redaktionellen Teils der „Kronen Zeitung“, bundesweit erscheinende Ausgabe, auf Kosten der beklagten Partei mit gesperrt geschriebenen Prozessparteien und in Fettdruckumrandung in Normallettern, somit in gleich großer Schrift wie der Fließtext redaktioneller Artikel, zu veröffentlichen.

**ENTSCHEIDUNGSGRÜNDE:**

### **Vorbringen:**

Mit Klage vom 21.09.2021 **begehrte** die **klagende Partei** wie aus dem Spruch ersichtlich und brachte zusammengefasst vor: Die von der Beklagten im geschäftlichen Verkehr mit Verbrauchern verwendeten Allgemeinen Geschäftsbedingungen würden Klauseln enthalten, die gegen gesetzliche Verbote bzw. gegen die guten Sitten verstoßen. Zudem läge Wiederholungsgefahr vor.

Die **Beklagte bestritt** das Klagebegehren, beantragte kostenpflichtige Abweisung der Klage und brachte zusammengefasst vor, die Klauseln seien weder gröblich benachteiligend noch würden sie gegen die guten Sitten verstoßen, sondern seien vielmehr sachlich gerechtfertigt. Zudem würden diese Klauseln in vielen unterschiedlichen Unterlagen verwendet werden, welche automationsunterstützt generiert werden, wodurch Anpassungen in unterschiedlichen IT-Systemen erforderlich sein würden. Die Umstellung sei ein zeitintensiver Aufwand und als angemessen werde daher eine Leistungsfrist von 6 Monaten begehrt.

Das konkrete Vorbringen zu den einzelnen Klauseln wird in der rechtlichen Beurteilung wiedergegeben dargestellt.

**Aufgrund des durchgeführten Beweisverfahrens nämlich** Einsicht in die Urkunden Beilagen .1A bis .1C, .11 bis .12 sowie die Einvernahme von [REDACTED], Versicherungsangestellter der Beklagten, und [REDACTED], Angestellter der Beklagten, **steht folgender Sachverhalt fest:**

### **Unstrittig ist:**

Die Klägerin ist der Verein für Konsumenteninformation und ein zur Verbandsklage gemäß § 29 KSchG berechtigter Verein. Die Beklagte ist eine Aktiengesellschaft mit Sitz in Wien. Sie betreibt eines der größten österreichischen Versicherungsunternehmen, bietet ihre Leistungen im gesamten österreichischen Bundesgebiet an und schließt als Unternehmerin regelmäßig mit Verbrauchern iSd § 1 KSchG inhaltlich weitgehend gleiche Verträge über Er- und Ablebensversicherungen, Pensionsversicherungen und Ablebensrisikoversicherungen ab, denen Allgemeine Geschäftsbedingungen zu Grunde gelegt werden. Die „Allgemeinen Bedingungen der Er- und Ablebensversicherungen, Pensionsversicherungen und Ablebensrisikoversicherungen idF 03/2019“ (im Folgenden die AVB) wurden von der Beklagten mit den Verbrauchern vereinbart.

Die Beklagte betreibt ein bundesweit tätiges und eines der größten

Versicherungsunternehmen Österreichs. Die Beklagte hat in Österreich im Bereich Lebensversicherungen laut einer Übersicht der Statistikseite „statista.com“ im Jahr 2019 einem Marktanteil von rund 18 Prozent und ist aus diesem Grund zweitgrößtes Versicherungsunternehmen in diesem Bereich (Beilage ./B).

Ihr Prämienaufkommen in der Lebensversicherung betrug in diesem Jahr laut Versicherungsstatistik der Finanzmarktaufsichtsbehörde (im Folgenden die FMA) rund € 983 Mio. Damit ist klar, dass die Beklagte bei einem Markt von rund 10 Mio. Lebensversicherungsverträgen in Österreich eine siebenstellige Zahl solcher Verträge abgeschlossen hat und die Klauseln daher einer Vielzahl von Versicherungsverträgen zugrunde liegen (Beilage ./C).

Der Versicherungsnehmer bekommt bei Vertragsabschluss den Antrag, mit sämtlichen Vertragsdetails, Laufzeit, Prämie, den Versicherungsbedingungen, Rückkaufswert richtig prognostizierter Rückkaufswert, nicht aber die Mathematik im Hintergrund. Nachdem der Antrag unterschrieben ist, wird er von der Beklagten inklusive dem mit dem Antrag mitgegebenen Tabellen in einer Polizza erfasst. Mit „sonstigen Anlagen“ in Punkt 1 (§ 1 Abs 3 AVB) könnte etwa ein Steuermerkblatt, Basis Informationsblätter und ähnliches, gemeint sein (Aussage █████ am 11.03.2022).

Punkt 6 (§ 5 Abs 3 Satz 1 AVB), Untersuchungen bzw. Gutachten werden von Verbrauchern verlangt, welche hohe Versicherungssummen abschließen und in eine gewisse Altersstaffelung fallen, da bei fortgeschrittenem Alter das Risiko für einen eventuellen Versicherungsfall steigt. Die Alternative wäre, den Kunden abzulehnen und ihm keine Versicherung anzubieten. Die Beklagte gibt vor, welche Gutachten sie für eine Beurteilung vorgelegt bekommen möchte und der Verbraucher kann sich dann bei einem Arzt seiner Wahl der entsprechenden Untersuchung unterziehen und diese bezahlen. Das die Beklagte jedoch solche Gutachten von Verbrauchern verlangt ist ein Ausreißerfall und entspricht nicht der Mehrheit der Fälle (Aussage █████ am 11.03.2022).

Punkt 7 (§ 6 Abs 2 Satz 3 AVB), im Falle der Kündigung des Versicherungsvertrages ist der Rückkaufswert um einen Abzug vermindert, welcher 2% bei Einmalprämie und 5% bei laufender Prämie ist, wobei sich die 5% im Laufe der Zeit auf 2% verringert. Dies hat den Grund, dass bei einmaliger Zahlung sofort das gesamte Kapital vorhanden ist, wohingegen bei laufender Prämienzahlung das Kapital erst aufgebaut wird. Über einen gewissen Zeitraum gleicht sich dies somit grob aus (Aussage █████ am 11.03.2022).

Stornoabschläge gibt es, da klassische Lebensversicherungen sehr langfristige Versicherungen, kapitalbildende Versicherungen mit einer Rechnungszinsgarantie sind, und

um diese Garantie erfüllen zu können, investiert man hauptsächlich in fest verzinsliche Papiere, sogenannte Anleihen. Diese Wertpapiere sind langfristig veranlagt, um für die Verträge eine gewisse Rendite zu erwirtschaften. Das bedeutet wiederum, wenn jetzt von Kunden Wertpapiere zurückgekauft werden müssen, kann das zu Verlusten führen und deswegen gibt es den Stornoabschlag (Aussage ██████ am 11.03.2022).

Punkt 19 (§ 2 Versicherungsbedingungen für die Gewinnbeteiligung), in jedem Geschäftsjahr wird eine Art Gewinn- und Verlustrechnung gemacht, und zwar über den gesamten Deckungsstopp. 85 % dieser Bemessungsgrundlage, die sich ergibt, müssen innerhalb von zwei Jahren den Verträgen zugeteilt werden. Das ist die Basis für die Gewinnbeteiligung, die die Kunden erhalten. Es gibt hier eine entsprechende Verordnung. Die anderen 15 % bleiben bei der Versicherung (Aussage ██████ am 11.03.2022).

Bei der Umsetzung eines Unterlassungsurteils gestaltet sich der Prozess bei der Beklagten folgendermaßen: Es gibt hunderte Versionen von Verträgen, wo eine untersagte Klausel Teil des Inhalts sein kann. Aus diesem Grund würde eine Umstellung mindestens sechs Monate dauern. Eine Änderung würde in diesem Fall der IT der Beklagten gemeldet werden. Die Beklagte verfügt über mehrere IT-Systeme, denn auch Bankenvertrieb und Generalagenten verwenden die Programme der Beklagten, weshalb eine Umstellung komplex ist. Generell ist es so, dass Dokumente, die die Beklagte erstellt und ändert, dabei einen internen Prüfungsprozess, inklusive rechtlicher Prüfung, durchlaufen. Sobald sich die Dokumente dann im System der Beklagten eingespielt sind, gibt es noch eine weitere Testphase (Aussage ██████ am 11.03.2022).

#### **Die getroffenen Feststellungen gründen auf folgender Beweiswürdigung:**

Soweit sich Feststellungen aus dem Inhalt unbedenklicher Urkunden ergeben, sind diese in Klammer angeführt. Weiters gründet sich der festgestellte Sachverhalt auf die Einvernahme von ██████, der Versicherungsangestellter der Beklagten ist und ██████, ebenfalls Angestellter der Beklagten. Die Zeugen erläuterten detailliert die Hintergründe bei der Beklagten für die Gestaltung einzelner Klauseln und den Aufwand, der im Zuge einer Anpassung der Vertragsbedingungen bei der Beklagten erforderlich ist. Die Zeugen stellten die Dinge aus ihrer Sicht dar, ohne sie beschönigen zu wollen und gaben auch auf die Fragen des Klagevertreters bereitwillig und umfassend Antwort. Die Angaben – im Zusammenhalt mit den Urkunden – sind den Feststellungen daher zu Grunde zu legen.



## **Rechtlich folgt daraus:**

### Allgemein ist festzuhalten:

Die von der Beklagten verwendeten Allgemeinen Bedingungen für Er- und Ablebensversicherungen, Pensionsversicherungen und Ablebensrisikoversicherungen (im Folgenden kurz AVB) sind für eine Vielzahl von Verträgen vorformulierte Vertragsbedingungen, die die eine Vertragspartei als Verwender der anderen Vertragspartei bei Abschluss eines Vertrages stellt und dienen der Vereinheitlichung und dem vereinfachten Abschluss mehrerer, weitgehend inhaltsgleicher Verträge, wodurch sie den gleichen Kontrollen zu unterziehen sind – da sie die gleiche Funktion haben – wie Allgemeine Geschäftsbedingungen. Gleichgültig ist, ob die Bestimmungen einen äußerlich gesonderten Bestandteil des Vertrags bilden oder in die Vertragsurkunde selbst aufgenommen werden, welchen Umfang sie haben, in welcher Schriftart sie verfasst sind und welche Form der Vertrag hat (7 Ob 15/10x; 7 Ob 89/08a ua). Die konkrete Bezeichnung ist ebenso wenig beachtlich. Zweck der Kontrolle von Allgemeinen Geschäftsbedingungen (kurz AGB) ist das spezielle Schutzbedürfnis des Vertragspartners. Die AGBs unterliegen einerseits den Bestimmungen des allgemeinen Vertragsrechts und andererseits dem Konsumentenschutz. Die allgemeinen Kontrollmechanismen sind die Geltungskontrolle des § 864a ABGB und die Inhaltskontrolle des § 879 Abs 3 ABGB. Der Klauselkatalog des § 6 KSchG schützt Verbraucher zusätzlich vor ihnen nachteiligen Vertragsbestimmungen, wie sie von Unternehmern im rechtsgeschäftlichen Verkehr mit Verbrauchern immer wieder verlangt werden.

Im ABGB erfolgt die Kontrolle von AGB durch zwei Normen, nämlich § 864 a (Geltungskontrolle) und § 879 Abs 3 (Inhaltskontrolle); der Kontrolle von AGB in Verbraucherverträgen dient § 6 KschG, in dessen Abs 3 das wichtige Transparenzgebot verankert ist. Während § 879 Abs 3 nur auf solche Klauseln zur Anwendung kommt, die nicht eine der beiderseitigen Hauptleistungspflichten regeln, unterliegen alle Klauseln der Geltungskontrolle (*Graf in Kletečka/Schauer*, ABGB-ON, § 864a, Rz 35). Dabei geht gemäß der stRsp die Inhaltskontrolle gemäß § 879 ABGB der Geltungskontrolle nach § 864a ABGB nach (RS0037089).

§ 864a ABGB hat die Aufgabe, den Vertragspartner des AGB-Verwenders vor nachteiligen Klauseln zu schützen, mit denen er aufgrund der Umstände bei Vertragsabschluss nicht rechnen brauchte, die daher für ihn überraschend sind. Diese werden vom Gesetz als „Bestimmungen ungewöhnlichen Inhalts“ bezeichnet. Damit sind auch solche Regelungen gemeint, die objektiv ungewöhnlich sind, weil sie von anderen Unternehmern der betreffenden Branche nicht verwendet werden. § 864a ABGB erfasst darüber hinaus auch solche Klauseln,



die „im konkreten Zusammenhang gerade für diesen Vertragspartner überraschend sein“ mussten, sodass er mit der Unterwerfung der Gegenseite unter diese Klauseln nicht rechnen durfte (RS0014627 [T2], RS0014646; *Graf in Kletečka/Schauer*, ABGB-ON, § 864a, Rz 39 ff). Nachteilig sind alle Klauseln, die die Rechtsstellung des Kunden (insbesondere im Vergleich zum dispositiven Recht) verschlechtern (*Rummel in Rummel/Lukas*, ABGB, § 864a, Rz 25).

§ 879 Abs 3 ABGB hingegen schützt ausschließlich vor einer gröblichen Benachteiligung des Vertragspartners (*Graf in Kletečka/Schauer*, ABGB-ON, § 879, Rz 276). Der Kontrolle nach § 879 Abs 3 ABGB unterliegen nur Klauseln, die nicht eine der beiderseitigen Hauptleistungen festlegen (Nebenbestimmungen). Der Grund für diese Ausnahme liegt darin, dass solche Klauseln ohnehin der Kontrolle nach § 879 Abs 2 Z 4 ABGB bzw. § 934 ABGB unterworfen sind. Der Begriff „Hauptleistung“ ist eng zu verstehen und erfasst nur die erstmalige, individuelle ziffernmäßige Festlegung der Hauptleistungen. Allgemeine Umschreibungen, welche die Preisberechnung betreffen, sowie Regelungen, welche eine nachträgliche Veränderung der ursprünglich festgelegten Hauptleistungen ermöglichen, unterliegen uneingeschränkt der Inhaltskontrolle (RS0016908, *Graf in Kletečka/Schauer*, ABGB-ON, § 879, Rz 288).

Wer im geschäftlichen Verkehr in AGB Bedingungen vorsieht, die gegen ein gesetzliches Verbot oder gegen die guten Sitten verstoßen, kann nach § 28 Abs 1 KSchG auf Unterlassung geklagt werden.

Im Rahmen einer Verbandsklage hat die Auslegung von AGB-Klauseln im „kundenfeindlichsten“ Sinn zu erfolgen und sind sie danach zu prüfen, ob ein Verstoß gegen ein gesetzliches Verbot oder gegen die guten Sitten vorliegt (RS0016590). „Kundenfeindlichst“ ist die für den Verbraucher ungünstigste mögliche Auslegung; diese ist auch dann relevant, wenn eine kundenfreundlichere Auslegung denkbar ist (vgl RS0016590 [T6]).

### **Zur Zuständigkeit:**

Gemäß § 51 Abs 2 Z 10 JN ist das Handelsgericht ohne Rücksicht auf den Wert des Streitgegenstandes für Streitigkeiten nach den §§ 28 bis 30 KSchG sachlich zuständig. Die hier beantragten Unterlassungsansprüche wurden im Sinne des § 28 ff KSchG geltend gemacht.

Die örtliche Zuständigkeit ergibt sich nach § 75 Abs 1 JN aus dem Umstand, dass die Beklagte ihren Sitz in Wien hat. Das Handelsgericht Wien ist daher sachlich und örtlich zuständig.

### **Aktivlegitimation**

Die klagende Partei ist ein zur Verbandsklage gemäß § 29 KSchG berechtigter Verein.

### **Passivlegitimation**

Die beklagte Partei ist als Aktiengesellschaft eine juristische Person sowie Unternehmerin, betreibt ein Versicherungsunternehmen und hat laut Firmenbuchauszug zu FN 63197 m ihren Sitz in der politischen Gemeinde Wien. Dabei tritt sie in ihrer geschäftlichen Tätigkeit laufend mit Verbrauchern iSd § 1 KSchG in rechtsgeschäftlichen Kontakt. Sie verwendet Allgemeinen Geschäftsbedingungen, funktionsgleiche Allgemeine Bedingungen für Er- und Ablebensversicherungen, Pensionsversicherungen und Ablebensrisikoversicherungen, die sie den von ihr geschlossenen Lebensversicherungsverträgen zu Grunde legt, und die unter anderem die im Verfahren strittigen Klauseln enthalten.

### **Zu Punkt 1 (§ 1 Abs 3 der AVB)**

Der § 1 Abs 3 befindet sich in besagten Versicherungsbedingungen unter der Überschrift „Was ist bei der Antragstellung zu beachten?“

Der inkriminierte Teil des Paragraphen lautet:

*Vertragsgrundlagen sind Ihr Antrag, die Versicherungspolizze mit den darin enthaltenen Tabellen der Rückkaufswerte und prämienfreien Versicherungsleistungen samt sonstiger Anlagen, der vereinbarte Tarif sowie die Versicherungsbedingungen, auf dem der vereinbarte Tarif beruht.*

Die **Klägerin** brachte dazu zusammengefasst vor:

Die Klausel verstoße gegen das Transparenzgebot iSd § 6 Abs 3 KSchG, da dem Wortlaut nach auch in der Versicherungspolizze enthaltene Tabellen Vertragsgrundlage seien, die im Antrag nicht enthalten seien oder keine inhaltliche Deckung finden. In der Polizze enthaltene Bestimmungen und Informationen werden nicht Vertragsbestandteil, wenn sie nicht bereits inhaltsgleich im Antrag und somit im vorvertraglichen Stadium dem Versicherungsnehmer zur Kenntnis gebracht worden seien.

Des Weiteren könne auch der Tarif nicht Bestandteil des Vertrages seien, zumal dieser dem Verbraucher weder bekannt noch verständlich sei. Der Tarif enthalte versicherungsmathematische Formeln, aus denen sich die Versicherungsleistungen und die dafür zu zahlenden Prämien ergeben.

Die **Beklagte bestritt** und brachte zusammengefasst vor:

Es sei nicht zutreffend, dass bestimmte Unterlagen, welche unsere Verbraucher vorher nicht gesehen haben, zu Vertragsbestandteilen erklären. Nach § 135c VAG und den Bestimmungen der LV-InfoV sei sie verpflichtet, dem Verbraucher vorvertragliche Tabellen mit Rückkaufswerten und prämienfreie Werte, sowie Informationen zu den Kosten und weitere Informationsblätter zu übergeben. Die Tabellen mit den Rückkaufswerten (und prämienfreien Werten) finde sich schließlich ein zweites Mal in der Polizze. Die mit der Polizze übermittelten Tabellen und Unterlagen seien absolut inhaltsgleich mit denen, die im Zuge der Antragstellung erstellt und übergeben worden seien.

Die beanstandete Klausel spreche nicht von Vertragsbestandteilen, sondern von Vertragsgrundlagen. Der Tarif, wobei es sich um einen Gesetzesbegriff handle, bilde zwangsläufig die Grundlage eines jeden kapitalbildenden Lebensversicherungsvertrages, weil § 176 Abs 3 VersVG bei der Berechnung des Rückkaufswertes auf die Rechnungsgrundlagen des Versicherers verweise. Er diene lediglich der Grundlage des Versicherungsvertrages, solle aber nicht zum Bestandteil des Vertrages gemacht werden. Der Tarif sei Teil der Rechnungsgrundlagen, die heute mit dem Oberbegriff "versicherungsmathematische Grundlagen" bezeichnet würde.

In rechtlicher Hinsicht ist zu erwägen:

Zur Intransparenz: Der OGH hielt etwa zu 10 Ob 60/17x fest, dass nach § 6 Abs 3 KSchG eine in AGB oder Vertragsformblättern enthaltene Vertragsbestimmung unwirksam ist, wenn sie unklar oder unverständlich abgefasst ist. Durch diese Bestimmung übernahm der österreichische Gesetzgeber das in Art 5 Satz 1 der Richtlinie 93/13/EWG des Rates über missbräuchliche Klauseln in Verbraucherverträgen enthaltene Transparenzgebot in die österreichische Rechtsordnung (RS0037107). Es soll eine durchschaubare, möglichst klare und verständliche Formulierung der AGB sichergestellt werden, um zu verhindern, dass der Verbraucher von der Durchsetzung seiner Rechte abgehalten wird, ihm unberechtigt Pflichten abverlangt werden, gegen die er sich nicht zur Wehr setzt, er über Rechtsfolgen getäuscht

oder ihm ein unzutreffendes oder unklares Bild seiner vertraglichen Position vermittelt wird (RS0115219 [T9]). Maßstab für die Transparenz ist das Verständnis des für die jeweilige Vertragsart typischen Durchschnittskunden (RS0037107 [T6]). Einzelwirkungen des Transparenzgebots sind das Gebot der Erkennbarkeit und Verständlichkeit, das Gebot, den anderen Vertragsteil auf bestimmte Rechtsfolgen hinzuweisen, das Bestimmtheitsgebot, das Gebot der Differenzierung, das Richtigkeitsgebot und das Gebot der Vollständigkeit, wenn die Auswirkung einer Klausel ansonsten unklar bliebe (RS0115217 [T12]). Die AGB müssen so gestaltet sein, dass der Verbraucher klare und verlässliche Auskunft über seine Rechtsposition erhält (RS0115217 [T14]).

Der Klägerin ist nicht beizupflichten, dass der Begriffe „vereinbarter Tarif“ unbestimmt ist und die Klausel insgesamt nicht den Anforderungen des Transparenzgebots entspricht. Der Tarif bildet kraft § 176 Abs 1 und 3 VersVG sowie kraft § 92 VAG 2016 die versicherungsprivatrechtliche sowie aufsichtsrechtliche Grundlage aus denen sich die Versicherungsleistungen und zu zahlende Prämien ergeben. Er ist nicht Versicherungsbestandteil, sondern lediglich Versicherungsgrundlage und dient dem Versicherungsnehmer dafür, dass diesem klar ist, auf Basis welchen Tarifs sein Vertrag abgeschlossen ist. Nur so kann der Versicherungsnehmer gegebenenfalls die Nachprüfung durch die FMA verlangen.

Die Versicherungspolizze hingegen bildet die Vertragsurkunde und ist Versicherungsbestandteil, sofern sie bereits inhaltsgleich im Antrag enthalten war und somit im vorvertraglichen Stadium dem Verbraucher zur Kenntnis gebracht wurden (7 Ob 4/07z). Gem. § 135c VAG 2016 und den Bestimmungen der LV-InfoV ist die Beklagte verpflichtet, dem Versicherungsnehmer vorvertraglich Tabellen mit Rückkaufswerten und prämienfreien Werten, sowie Informationen zu den Kosten und weitere Informationsblätter zu übergeben. Genau diese Informationen übergibt die Klägerin ihren Versicherungsnehmer auch inhaltsgleich mit dem Vorschlag bzw. Antrag übergeben

Im Ergebnis ist daher die Klausel nicht wegen Intransparenz iSd § 6 Abs 3 KSchG zu verbieten, weil dem Verbraucher kein unklares Bild seiner vertraglichen Position vermittelt wird.

### **Zu Punkt 2 (§ 2 Abs 2 Satz 1 der AVB)**

Der § 2 Abs 2 Satz 1 befindet sich in besagten Versicherungsbedingungen unter der Überschrift „Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?“

Der inkriminierte Teil des Paragraphen lautet:

*Der Versicherungsschutz beginnt, sobald wir die Annahme Ihres Antrags schriftlich oder durch Zustellung der Versicherungspolizze erklären und sie die erste oder einmalige Prämie rechtzeitig bezahlt haben.*

Die **Klägerin** brachte dazu im Wesentlichen vor:

Besagte Klausel verstoße gegen § 38 iVm § 41 VersVG, wonach sich der Beginn des Versicherungsschutzes nach dem in der Polizze enthaltenen Versicherungsbeginn richte und zwar unabhängig von der Zahlung der ersten oder einmaligen Prämie. Zahle der Versicherungsnehmer besagte Prämie nicht innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss des Versicherungsvertrages und Zahlungsaufforderung, und treffe ihn daran ein Verschulden, so ist der Versicherer (lediglich) leistungsfrei.

Des Weiteren sei besagte Klausel intransparent gem. § 6 Abs 3 KSchG, da nicht auf die rückwirkende Gefahrtragungspflicht der Beklagten bei rechtzeitiger Bezahlung der Prämie hingewiesen werde, sondern der Eindruck erweckt werde, dass der Versicherungsschutz erst mit Annahme des Vertrages und rechtzeitiger Prämienzahlung bestehe.

Die **Beklagte bestritt** und brachte im Wesentlich vor:

Die Prämienzahlung, welche die Klägerin kritisiere, sei in § 3 Abs 3 AVG geregelt. Besagter § 2 Abs 2 Satz 1 AVG regle lediglich den Versicherungsbeginn und vollständigshalber sei auch Satz 2 des besagten Paragraphen erwähnt, welcher besagt, dass vor dem in der Versicherungspolizze angegebenen Versicherungsbeginn kein Versicherungsschutz bestehe. Der Versicherungsschutz knüpfe somit an zwei Kriterien, an den vereinbarten Versicherungsbeginn und an die rechtzeitige Prämienzahlung (§ 3 Abs 3 AVB).

Ein Verstoß gegen § 41 VersVG sei unverständlich, da nicht ersichtlich sei, in welchem Zusammenhang vorvertragliche Anzeigepflichtverletzungen mit dem Versicherungsbeginn stehen.

Die Kritik stütze sich daher lediglich auf eine unvollständige, aus dem Zusammenhang genommenen Zitierung.

In rechtlicher Hinsicht ist zu erwägen:

Gem. § 6 Abs 3 KSchG müssen dem Verbraucher in Verträgen unterbreitete und schriftlich niedergelegte Klauseln stets klar und verständlich abgefasst sein. Der Verbraucher muss also in der Lage sein, seine Rechtsposition zu durchschauen. Er muss auch in die Lage versetzt werden, den Inhalt und die Tragweite einer Vertragsklausel zu erfassen (Sinnverständlichkeit). Dazu gehört auch, dass der Verbraucher bis zu einem gewissen Grad die wirtschaftlichen Folgen einer Regelung abschätzen kann (OGH 7 Ob 4/07z). Einem durchschnittlich verständigen Verbraucher wird bei besagter Klausel der Eindruck vermittelt, dass der Beginn des Versicherungsschutzes an folgende zwei Voraussetzungen geknüpft ist. Zum Einen ist eine Annahme schriftlich oder durch Zusendung der Polizze notwendig und zum Anderen die rechtzeitige Prämienzahlung innerhalb einer Frist von 14 Tagen nach Aufforderung. Es wird jedoch nicht näher darauf eingegangen, dass im Fall, in welchem es zu einem Eintritt eines Versicherungsfalles kommt und die Prämie noch nicht gezahlt ist, es bei fristgerechter Zahlung zu einer rückwirkende Gefahrtragung des Versicherers kommt. Bei Versicherungsfällen, die innerhalb der 14-Tagesfrist eintreten, kann sich der Versicherungsnehmer die Leistungspflicht des Versicherers dadurch rückwirkend (auf den Zeitpunkt des Vertragsschlusses oder den abweichend vereinbarten Versicherungsbeginn) erkaufen, dass er die Prämie innerhalb der gesetzlich festgelegten Zahlungsfrist von 14 Tagen bezahlt (7 Ob 180/05d). Der Klägerin ist somit beizupflichten, dass besagte Klausel intransparent ist und insgesamt nicht den Anforderungen des Transparenzgebots entspricht.

Ein Verstoß gegen § 38 VersVG ist dem Gericht nicht ersichtlich, da die Rechtzeitigkeit und Fälligkeit der Prämienzahlung in § 3 Abs 3 der beanstandeten AVB geregelt ist. Für die Wirksamkeitskontrolle ist § 41 VersVG nicht relevant, was die Klägerin in ON 6 bestätigt. Im Ergebnis ist daher die Klausel wegen Intransparenz iSd § 6 Abs 3 KSchG zu verbieten.

### **Zu Punkt 3 (§ 3 Abs 2 Satz 1 der AVB)**

Der § 3 Abs 2 Satz 1 befindet sich in besagten Versicherungsbedingungen unter der Überschrift „Was ist bei der Prämienzahlung wichtig?“

Der inkriminierte Teil des Paragraphen lautet:

*Sie können die Jahresprämie nach Vereinbarung auch in Raten bezahlen, dann jedoch mit Zuschlag.*

Die **Klägerin** brachte dazu im Wesentlichen vor:

Die Klausel enthalte zum einen keinerlei Information zur Höhe des Unterjährigkeitszuschlags und zum anderen sei nicht erkennbar, ob der Versicherungsnehmer Einfluss auf die Höhe des Zuschlags nehmen könne oder diesen einfach akzeptieren müsse. Aus diesem Grund verstoße die Klausel gegen § 6 Abs 3 KSchG.

Die **Beklagte bestritt** und brachte im Wesentlichen vor:

Eine Intransparenz der Klausel liege nicht vor, da beanstandete Klausel den Wortlaut „nach Vereinbarung“ beinhalte. Das bedeute, dass für eine unterjährige Zahlung eine gesonderte Vereinbarung, welche bei Interesse des Versicherungsnehmers abgeschlossen werde, notwendig sei. Eine solche Vereinbarung werde üblicherweise im Antrag, wo auch entsprechenden Zuschläge betraglich genannt seien, getroffen.

In rechtlicher Hinsicht ist zu erwägen:

Gem. § 2 Abs 6 LV-InfoV 2018 ist der Versicherungsnehmer im Hinblick auf die Modalitäten der ihn treffenden Zahlungspflichten gemäß § 135c Abs 1 Z 6 VAG 2006 über die Höhe allfälliger Zuschläge oder Abschläge für die jeweils angebotenen Zahlungsweisen vorvertraglich zu informieren. Dies ist der Beklagten durchaus möglich, denn die Höhe der Zuschläge sind in den, der FMA übermittelten, Tarife festgelegt. Des Weiteren wurde gegenständliche Klausel in identischer Form schon vom OGH in der Entscheidung 7 Ob 5/16k wie folgt beurteilt: Nach dem Wortlaut ergibt sich klar, dass unterjährige Prämien gegen Zuschlag vereinbart werden können. Die Textierung lässt aber nicht erkennen, ob der Versicherungsnehmer wegen einer noch notwendigen Vereinbarung Einfluss auf die Höhe des Zuschlags nehmen kann oder ob er ihn - wie vom Versicherer einseitig in unbekannter Höhe vorgegeben - akzeptieren muss. Damit ist der Versicherungsnehmer über seine Rechtsposition im Unklaren.

Der Klägerin ist somit beizupflichten, dass besagte Klausel intransparent und somit unzulässig ist, da sie nicht den Anforderungen des Transparenzgebots gem. § 6 Abs 3 KSchG entspricht.

**Zu Punkt 4 (§ 4 Abs 2 Satz 2 der AVB)**



Der § 4 Abs 2 Satz 2 befindet sich in besagten Versicherungsbedingungen unter der Überschrift „Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig zahlen?“

Der inkriminierte Teil des Paragraphen lautet:

*Bezahlen Sie den Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung gesetzten Frist von zwei Wochen, können wir den Vertrag zum Ablauf der Frist kündigen.*

Die **Klägerin** brachte dazu im Wesentlichen vor:

Die Klausel regle die Folgen des Zahlungsverzuges des Versicherungsnehmers und räume dem Versicherer die Möglichkeit ein, den Versicherungsvertrag zu kündigen, sofern der Versicherungsnehmer, den Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung gesetzten Frist von zwei Wochen bezahle. Der Versicherungsnehmer werde aber nicht darauf hingewiesen, dass die Wirkung der Kündigung entfalle, wenn er innerhalb eines Monats nach Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachhole und kein Versicherungsfall eingetreten sei (§ 39 VersVG).

Des Weiteren werde die Einschränkung der Kündigungsmöglichkeiten des Versicherers für den Fall, dass der Versicherungsnehmer bloß mit nicht mehr als 10% der Jahresprämie – höchstens aber mit € 60,00 – im Verzug ist missachtet (§ 39a VersVG).

Die **Beklagte bestritt** und brachte im Wesentlichen vor:

Die beanstandete Klausel liefere dem Versicherungsnehmer nur einen Überblick über die Rechtsfolgen bei Zahlungsverzug. Eine vollständige und umfassende Darlegung aller Rechtsfolgen erfolge erst bei konkretem Verzugsfall mittels Mahnung (Beilage./2).

Eine solche Mahnung erhalten jedoch nur jene Versicherungsnehmer, welche mit mehr als 10 % einer Jahresprämie tatsächlich im Verzug seien.

In rechtlicher Hinsicht ist zu erwägen:

Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist (§ 39 Abs 3 letzter Satz VersVG). Der durchschnittlich verständige Verbraucher wird in bemängelnder Klausel nicht darauf

hingewiesen, dass gem. § 39 Abs 3 VersVG die Kündigung bei verspäteter Zahlung und ohne Eintritt eines Versicherungsfalls wieder wegfällt.

Gem. § 39a VersVG ist der Versicherungsnehmer bloß mit nicht mehr als 10 vH der Jahresprämie, höchstens aber mit 60 Euro im Verzug, so tritt eine im § 38 oder § 39 VersVG vorgesehene Leistungsfreiheit des Versicherers nicht ein. Diese Information zur Einschränkung der Kündigungsmöglichkeit wird in beanstandeter Klausel verschwiegen.

Nach dem in § 6 Abs 3 KSchG geregelten Transparenzgebot darf der Verbraucher über die ihm aus der Regelung resultierenden Rechtsfolgen nicht getäuscht oder im Unklaren gelassen werden (vgl RS0115219 [T21]). Das Transparenzgebot drückt sich nach der Leitentscheidung 4 Ob 28/01y im Einzelnen in den Geboten zu Erkennbarkeit und Verständlichkeit, zu Bestimmtheit und Differenzierung sowie zu Richtigkeit und Vollständigkeit aus (*Kathrein/Schoditsch* in Koziol/Bydlinski/Bollenberger ABGB Kurzkommentar, § 6 KSchG, Rz 32). Demzufolge muss ein vollständiges Bild der Rechtslage für den Verbraucher geschaffen werden und kein „erster Überblick“ mit Information, welche im Nachhinein bereitgestellt werden.

Bei besagter Klausel liegt somit ein Verstoß gegen § 39 Abs 3, § 39a VersVG und § 6 Abs 3 KSchG vor. Im Ergebnis ist diese Klausel deshalb aus besagten Gründen unzulässig.

#### **Zu Punkt 5 (§ 5 Abs 2 der AVB)**

Der § 5 Abs 2 befindet sich in besagten Versicherungsbedingungen unter der Überschrift „Wie berechnet sich Ihre Prämie und welche Gebühren fallen an?“

Der inkriminierte Teil des Paragraphen lautet:

*Für durch Sie veranlasste Mehraufwendungen für Ihren Versicherungsvertrag verrechnen wir angemessene Gebühren, und zwar:*

- für die Zahlungserinnerung bei Zahlungsverzug der Erstprämie 4 Euro;
- für die Rechtsanwaltsdrohung bei Zahlungsverzug der Erstprämie 8 Euro;
- für die Mahnung nach § 39 VersVG bei Zahlungsverzug einer Folgeprämie 9 Euro
- für die Rechtsanwaltsdrohung bei weiterem Zahlungsverzug 13 Euro;
- bei Lastschriftrückweisung stellen wir Ihnen die uns angelasteten Gebühren in Rechnung.

Die **Klägerin** brachte dazu im Wesentlichen vor:

Die Klausel lege fest, dass der Versicherer Mehraufwendungen, Gebühren, in Rechnung stellen könne, welche durch den Versicherungsnehmer veranlasst werden. Hierdurch werden verschuldensunabhängige Schadenersatzansprüche des Versicherers begründet, was einen Verstoß gegen § 879 Abs 3 und § 1333 Abs 2 ABGB darstelle. Eine Rechtfertigung durch § 41b VersVG komme nicht in Betracht, da Konventionalstrafen und Schadenersatzansprüche des Versicherers von diesem Paragraphen nicht erfasst seien.

Die **Beklagte bestritt** und brachte im Wesentlichen vor:

§ 1333 Abs 2 ABGB regle den Ersatz von verschuldeten Schäden im Gegensatz zu § 41b VersVG, welcher die Verrechnung der Gebühren regle, die der Abgeltung von Mehraufwendungen diene, die durch das Verhalten des Versicherungsnehmers veranlasst werde. § 41b VersVG fordere somit kein Verschulden, sondern lediglich eine Veranlassung. Zusätzlich sei § 41b VersVG auch *lex specialis* zu § 1333 Abs 2 ABGB, womit dieser nicht anwendbar sei.

In rechtlicher Hinsicht ist zu erwägen:

Bei Nebengebühren handelt es sich um Geldleistungen des Versicherungsnehmer, die dieser nicht für die Gefahrtragung des Versicherers, also als Entgelt für dessen Risikoübernahme (=Prämie), sondern für andere Zwecke erbringen muss. Nach § 41b VersVG darf der Versicherer Nebengebühren nur verlangen, wenn diese der Abgeltung von durch das Verhalten des Versicherungsnehmers veranlassten Mehraufwendungen dienen. Zum einen muss also das Verhalten des Versicherungsnehmer für die entstehenden Kosten kausal iSd Äquivalenztheorie gewesen sein. Zum anderen müssen dem Versicherer Mehraufwendungen entstanden sein, die bei (gleichartigen) Verträgen mit anderen Versicherungsnehmern üblicherweise nicht entstehen. Allgemeine Verwaltungskosten können nicht unter dem Titel der Nebengebühren überwältzt werden. Zulässig sind etwa Vinkulierungsgebühren, Gebühren für die Ausstellung einer Ersatzurkunde oder Finanzamtsbestätigung oder Mahngebühren (*Rieder in Fenyves/Perner/Riedler, Versicherungsvertragsgesetz, § 41b VersVG, Rz 3 und 4.*) Mahngebühren sind Mehrgebühren, die die Beklagte ihren Versicherungsnehmern verrechnen darf. Nicht unter Mahngebühren fallen jedoch Gebühren bei Lastschriftrückweisung, weshalb eine Gebührenverrechnung hier unzulässig ist.

Auf eine etwaige teilweise Zulässigkeit der beanstandeten Bedingungen kann nicht Rücksicht genommen werden. Es kann also keine geltungserhaltende Reduktion stattfinden (RS0038205).

Der Vollständigkeit halber sei festgehalten, dass eine gröbliche Benachteiligung iSd § 879 Abs 3 ABGB nach der Rsp nicht nur dann vorliegt, wenn der Versicherungszweck geradezu vereitelt oder ausgehöhlt wird, sondern bereits dann, wenn die zu prüfende Klausel eine wesentliche Einschränkung gegenüber dem Standard bringt, den der Versicherungsnehmer von einer Versicherung dieser Art erwarten kann (vgl RS0128209 [T2]).

Im Ergebnis ist besagte Klausel gröblich benachteiligend gem. § 879 Abs 3 ABGB und widerspricht auch § 41b VersVG, weshalb sie unzulässig ist.

#### **Zu Punkt 6 (§ 5 Abs 3 Satz 1 der AVB)**

Der § 5 Abs 3 Satz 1 befindet sich in besagten Versicherungsbedingungen unter der Überschrift „Wie berechnet sich Ihre Prämie und welche Gebühren fallen an?“

Der inkriminierte Teil des Paragraphen lautet:

*Attestkosten: Etwaige anfallende Kosten für ärztliche Untersuchungen, die im Rahmen der Antragstellung (abhängig von der Tarifart, der Versicherungssumme und des Alters der zu versicherten Person) erforderlich werden, sind pauschal vom Versicherungsnehmer zu tragen, außer es wurde abweichend vereinbart.*

Die **Klägerin** brachte dazu im Wesentlichen vor:

Die Klausel widerspreche § 41b VersVG und sei zudem gröblich benachteiligend gem. § 879 Abs 3 ABGB, da das ärztliche Attest vorrangig der genauen Einschätzung des zu tragenden (Ablebens-) Risikos des Versicherers diene, der insofern auch die Kosten der Untersuchung zu tragen habe.

Die **Beklagte bestritt** und brachte im Wesentlichen vor:

Ärztliche Atteste dienen nicht vorrangig dem Versicherer. Solche werden nur angefordert, wenn hohe Versicherungssummen vom Versicherungsnehmer beantragt werden oder wenn es bei angegebenen Vorerkrankungen einer genaueren Untersuchung bedürfe. In beiden

Fällen diene die ärztliche Untersuchung daher primär dem Versicherungsnehmer, welchem ohne Untersuchung kein Versicherungsschutz gewährt werden würde.

Die gegenständlich beanstandete Klausel beziehe sich nicht auf Kosten, die im Regelfall anfallen, sondern auf „etwaig anfallende“ Mehraufwendungen. Es handele sich somit nicht um den Regelfall, sondern um "Ausreißerfälle".

In rechtlicher Hinsicht ist zu erwägen:

Die Versicherer verlangen bei Antragstellung von den Versicherungsnehmern Auskunft zum Gesundheitszustand und zu sonstigen erheblichen Gefahrenumständen der zu versichernden Person, wie etwa Erbkrankheiten in der Familie oder Tabak- und Alkoholkonsum. Diese Standardfragen bilden ein verhältnismäßig grobes Raster, was jedoch bei der kapitalbildenden Lebensversicherung und auch bei der reinen Ablebensversicherung mit geringen Versicherungssummen eine ausreichende Grundlage für die Risikoprüfung bildet. Bei Verträgen mit hohen Versicherungssummen für den Ablebensfall fordern die Versicherer zusätzlich zu den Angaben im erweiterten Gesundheitsfragebogen regelmäßig auch eine ärztliche Untersuchung, weil ein Arzt als Sachverständiger mit gezielten Fragen und allenfalls einer Untersuchung den Gesundheitszustand der zu versichernden Person umfassend beurteilen kann. (*Schalk in Fenyves/Schauer* Versicherungsvertragsgesetz, § 160 VersVG, Rz 7) Besagte ärztliche Untersuchung dient somit vorrangig dem Versicherer.

Zwar verlangt die Beklagte Gutachten von Verbrauchern in Ausnahmefällen (Ausreißerfällen) und nicht in der Mehrheit der Fälle, wie festgestellt, jedoch kann dies dahingestellt bleiben. Ob es sich hierbei um „Ausreißerfälle“ oder den Regelfall handelt ist irrelevant, denn Attestgebühren sind Nebengebühren iSd § 41b VersVG, welche bei Lebensversicherungen als unzulässig angesehen werden und daher eine Abgeltung ausgeschlossen ist. (*Rieder in Fenyves/Perner/Riedler* Versicherungsvertragsgesetz, § 41b VersVG, Rz 4)

§ 879 Abs 3 ABGB orientiert sich ausschließlich an einem inhaltlichen Kriterium, jenem der gröblichen Benachteiligung und führt zu relativen Nichtigkeit. Gröbliche Benachteiligung liegt vor, wenn die dem Vertragspartner zugedachte Vertragsposition in auffallendem, sachlich nicht zu rechtfertigendem Missverhältnis zur vergleichbaren Position des anderen steht (*Graf in Kletečka/Schauer*, ABGB, § 879, Rz 281)

Bei besagter Klausel liegt somit ein Verstoß gegen § 41b VersVG und § 879 Abs 3 vor. Im Ergebnis ist diese Klausel deshalb aus besagten Gründen zu verbieten.

### **Zu Punkt 7 (§ 6 Abs 2a Unterpunkt 2 der AVB)**

Der § 6 Abs 2a Unterpunkt 2 befindet sich in besagten Versicherungsbedingungen unter der Überschrift „Wann können Sie den Versicherungsvertrag kündigen und den Rückkauf beantragen?“

Der inkriminierte Teil des Paragraphen lautet:

*Der Abzug beträgt: (...) – bei Versicherungsverträgen gegen laufende Prämie in den ersten drei Jahren 5 %, danach verringert sich der Abzug pro Jahr um einen halben Prozentpunkt bis zum Erreichen des Mindestabzugs von 2 % der Deckungsrückstellung.*

Die **Klägerin** brachte dazu im Wesentlichen vor:

Diese Klausel widerspreche § 176 Abs 5 VersVG, welcher seit 01.01.2019 in Kraft sei und welche den Versicherungsnehmer in Frühstornofällen vor unverhältnismäßigen finanziellen Einbußen bewahren soll, da sie regle in welchem Ausmaß Abschlusskosten bei der Berechnung des Rückkaufswertes berücksichtigt werden dürfen. Die gegenständliche Klausel sehe in Frühstornofällen einen mehr als doppelt so hohen Stornoabzug gem. § 176 Abs 4 VersVG als in späteren Jahren vor, weshalb der Abzug wirtschaftlich offensichtlich auch den Zweck habe, im Zeitpunkt der Kündigung noch nicht amortisierte Anfangskosten abzudecken. Mit dem Abschluss des Vertrags zusammenhängende Kosten rechtfertigen aber keinen Stornoabzug gemäß § 176 Abs 4 (so ausdrücklich ErlRV 1428 BlgNR 22. GP 7 f). Vielmehr müssen solche Kosten zur Gänze bereits bei der Bemessung des Rückkaufswerts entsprechend den zwingenden Vorgaben in § 176 Abs 5 VersVG berücksichtigt werden. Vertragliche Vereinbarungen, mit denen § 176 Abs 5 VersVG ganz oder teilweise umgangen werde, seien gem. § 879 Abs 1 ABGB nichtig (7 Ob 162/16y). Ergänzend werde auch § 6 Abs 3 KSchG geltend gemacht, da keine Kriterien für die Angemessenheit des Stornoabschlages angegeben seien.

Die **Beklagte bestritt** und brachte im Wesentlichen vor:

Die beanstandete Klausel regle nicht die Verrechnung von Abschlusskosten, sondern den nach § 176 Abs 4 VersVG zulässigen Stornoabschlag. Die Bestimmung des § 176 Abs 5 VersVG werde eingehalten und in § 6 Abs 2b AVB geregelt.

Bei Er- und Ablebensversicherungen werde in vom Versicherer ausgewählte Kapitalanlagen

veranlagt, um so einen Ertrag zu erzielen (zur Zahlung des vereinbarten Garantiezinses sowie einer möglichst hohen Gewinnbeteiligung). Bei Beendigung des Vertrages durch den Versicherungsnehmer sei ein Rückkaufswert zu bezahlen, wobei es erforderlich sei, dass der Versicherer langfristige Kapitalanlagen auflöse, wodurch sich jedenfalls Zinsverluste, manchmal sogar Vertragsstrafen, ergeben. Mit der Kündigung eines jeden Versicherungsvertrages sei auch eine Verkleinerung des Versichertenkollektivs verbunden, wodurch die relative Schwankung des Risikos größer werde und zu Lasten derer, die ihre Verträge einhalten wollen gehe.

Des Weiteren wurde der vereinbarte Stornoabschlag, welcher im Geschäftsplan/Tarif festgelegt sei und welcher der FMA vor erstmaligen Verkauf des Tarifes übermittelt wurde nicht beeinträchtigt.

#### In rechtlicher Hinsicht ist zu erwägen:

Laut § 176 Abs 4 VersVG ist der Versicherer zu einem Abzug nur berechtigt, wenn dieser vereinbart und angemessen ist.

Wird eine kapitalbildende Lebensversicherung innerhalb des ersten Jahres beendet, so dürfen bei der Berechnung des Rückkaufswerts die rechnungsmäßig einmaligen Abschlusskosten nicht berücksichtigt werden. Wird eine kapitalbildende Lebensversicherung nach dem ersten Jahr und vor dem Ablauf von fünf Jahren oder einer vereinbarten kürzeren Laufzeit beendet, so dürfen bei der Berechnung des Rückkaufswerts die rechnungsmäßig einmaligen Abschlusskosten höchstens mit jenem Anteil berücksichtigt werden, der dem Verhältnis zwischen der tatsächlichen Laufzeit und dem Zeitraum von fünf Jahren oder der vereinbarten kürzeren Laufzeit entspricht (§ 176 Abs 5 VersVG).

Der Paragraph 176 Abs 5 VersVG trat mit 01.01.2007 in Kraft und ist auf Versicherungsverträge anzuwenden, die nach dem 31.12.2006 geschlossen wurden/werden.

Die Regelung soll nur dann greifen, wenn eine Lebensversicherung vor dem Ablauf von fünf Jahren beendet wird. Sie betrifft damit zum einen Fälle, in denen der Versicherungsvertrag auf längere Zeit abgeschlossen und frühzeitig beendet wird. Zum anderen ist sie aber auch für Verträge bedeutsam, in denen von vornherein eine kürzere Vertragsdauer als fünf Jahre vereinbart wird.

Die Regelung in Abs 5 soll das Problem der Verrechnung der einmaligen Verwaltungs- und Vertriebskosten entschärfen. Mit dieser Regelung sollen einmaligen Verwaltungs- und Vertriebskosten (Vertragserrichtungskosten und -gebühren), Provisionen und Nebengebühren



bei langfristigen Verträgen auf einen Zeitraum von zumindest fünf Jahren, bei Verträgen, die eine kürzere Laufzeit haben, aber auf die gesamte vereinbarte Laufzeit aufgeteilt werden.

Wenn eine langfristige kapitalbildende Lebensversicherung vor dem Ablauf von fünf Jahren oder eine kurzfristige Versicherung vor dem Ablauf der Vertragszeit beendet wird (etwa durch eine Kündigung, den Rücktritt eines der Vertragsteile, eine Anfechtung des Vertrags oder auch durch einvernehmliche Auflösung), darf bei der Berechnung des Rückkaufswerts nur ein von der Dauer der tatsächlichen Laufzeit abhängiger Anteil an diesen einmaligen Abschlusskosten berücksichtigt werden.

Der Anteil soll sich bei Verträgen mit einer vereinbarten Laufzeit von mehr als fünf Jahren nach dem Verhältnis zwischen der Dauer der tatsächlichen Laufzeit und dem Zeitraum von fünf Jahren richten. Bei Verträgen mit einer kürzeren Laufzeit soll es dagegen auf das Verhältnis zwischen der tatsächlichen Laufzeit und der vereinbarten kürzeren Laufzeit ankommen.

Das bedeutet beispielsweise wenn eine auf 20 Jahre abgeschlossene Kapitallebensversicherung nach einer tatsächlichen Laufzeit von zwei Jahren gekündigt wird, dürfen bei der Berechnung des Rückkaufswerts nur zwei Fünftel ( $2 \text{ der } 5 \text{ Jahre} = 2/5$ ) der einmaligen Abschlusskosten berücksichtigt werden.

Wenn dagegen ein auf vier Jahre abgeschlossener Vertrag nach zwei Jahren beendet wird, darf bei der Berechnung des Rückkaufswerts nur die Hälfte ( $2/4 = 1/2$ ) der Abschlusskosten berücksichtigt werden.

Die Regelung soll sowohl für Lebensversicherungen mit laufender Prämienzahlung als auch für solche mit Einmalbeitrag gelten, zumal die Verrechnung der vollen Abschlusskosten bei frühzeitiger Vertragsbeendigung den Versicherungsnehmer jeweils in gleichem Maße belastet.

Mit dem Ausdruck „höchstens“ soll klargestellt werden, dass es sich bei den von der Laufzeit oder Prämienzahlungsdauer abhängigen Anteilen um Höchstbeträge handelt, die nicht überschritten werden dürfen.

Ein allfälliger nicht verhältnismäßiger Abzug iSd Abs 5 darf sich auch nicht im Weg allfälliger Stornoabschläge nach § 176 Abs 4 auf die Höhe des Rückkaufswerts auswirken. (*Grubmann, VersVG – Ergänzungsheft § 176, Rz 10*)

Gem Punkt 7 (§ 6 Abs 2 Satz 3 AVB) ist im Falle der Kündigung des Versicherungsvertrages ist der Rückkaufswert um einen Abzug vermindert, welcher 2% bei Einmalprämie und 5% bei laufender Prämie ist, wobei sich die 5% im Laufe der Zeit auf 2% verringert.

Die Klausel sieht somit keine verhältnismäßige Berücksichtigung, sondern eine Staffelung nach Prozenten vor, wobei der Versicherungsnehmer durch eine Kündigung in den ersten drei Jahre überproportional stark belastet wäre und somit der Regelung des § 176 Abs 5 zuwiderläuft. Dies führt in den ersten Jahren der Laufzeit zu einer erheblichen Verminderung. Eine frühzeitige Kündigung innerhalb der ersten drei Jahren würde zu einer stärkeren Belastung führen als wenn eine aliquote Verrechnung stattfinden würde.

Die Berufung auf den erlaubten Stornoabzug gemäß § 176 Abs 4 VersVG läuft der Regelung des Abs 5 zuwider. Unter dem Deckmantel des erlaubten Stornoabzuges dürfen die mit dem Abschluss des Vertrages zusammenhängende Kosten nicht verrechnet werden. Im Ergebnis ist diese Klausel deshalb aus den angeführten Gründen zu verbieten.

#### **Zu Punkt 8 (§ 6a Abs 2 Satz 1 der AVB)**

Der § 6a Abs 2 Satz 1 befindet sich in besagten Versicherungsbedingungen unter der Überschrift „Wann können Sie den Versicherungsvertrag in eine prämienfrei Versicherung umwandeln?“

Der inkriminierte Teil des Paragraphen lautet:

*Bei der Prämienfreistellung wird nach den geschäftsplanmäßigen Bestimmungen für die restliche Versicherungsdauer auf der Grundlage des Rückkaufswertes (siehe § 6 Abs. 2 bzw. 3) eine verminderte Versicherungssumme (bei Er- Und Ablebens- und Ablebensrisikoversicherungen) bzw. eine verminderte Jahrespension (bei Pensionsversicherungen) ermittelt.*

Die **Klägerin** brachte dazu im Wesentlichen vor:

Gemäß § 176 Abs 5 letzter Satz VersVG sind nach einer Prämienfreistellung für die Berechnung der prämienfreien Versicherungssumme die gleichen Vorgaben wie bei der Berechnung des Rückkaufswerts im Falle einer Kündigung maßgeblich. Da gegenständliche Klausel auf § 6 Abs 2 der Versicherungsbedingungen verweist, ist sie aus denselben Gründen unzulässig. Die Unzulässigkeit der Bestimmung, auf die verwiesen werde, führe zwingend zur Unzulässigkeit der verweisenden Bestimmung (RS0122040).

Die **Beklagte bestritt** und brachte im Wesentlichen vor:

Klausel 7 auf welche in Klausel 8 Bezug genommen werde umgehe § 176 Abs 5 VersVG nicht, sodass auch kein Verstoß gegen § 879 Abs 1 VersVG vorliege.

In rechtlicher Hinsicht ist zu erwägen:

Dasselbe Prinzip wie in Klausel 7 bereits dargelegt, soll bei der Umwandlung der Versicherung in eine prämienfreie Versicherung gelten. In diesem Fall sollen die Abschlusskosten bei der Berechnung der Grundlage für die prämienfreie Versicherungsleistung entsprechend dem Verhältnis zwischen der tatsächlichen und der vereinbarten Prämienzahlungsdauer berücksichtigt werden (*Grubmann, VersVG–Ergänzungsheft § 176, Rz 10*).

Weiters führt die Unzulässigkeit der Bestimmung, auf die verwiesen wird, zwingend zur Unzulässigkeit der verweisenden Bestimmung (RS0122040).

Demnach ist der Klägerin beizupflichten und die beanstandete Klausel aus den angeführten Gründen zu verbieten.

#### **Zu Punkt 9 (§ 6b der AVB)**

Der § 6a Abs 2 Satz 1 befindet sich in besagten Versicherungsbedingungen unter der Überschrift „Was ist bezüglich Reaktivierung eines prämienfrei gestellten Vertrages zu beachten?“

Der inkriminierte Teil des Paragraphen lautet:

*Nach Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung ist eine Reaktivierung nur mehr mit Zustimmung des Versicherers möglich.*

Die **Klägerin** brachte dazu im Wesentlichen vor:

Diese Klausel enthalte keinerlei Angaben, wovon die Zustimmung des Versicherers abhängt, worin ein Verstoß gegen § 6 Abs 3 KSchG vorliege.

Die **Beklagte bestritt** und brachte im Wesentlichen vor:

Gemäß 173 Abs 1 VersVG könne der Versicherungsnehmer seinen Vertrag (einseitig), ohne

Zustimmung des Versicherers, prämienfrei stellen. Nach erfolgter Prämienfreistellung habe der Versicherungsnehmer kein Recht mehr, den Vertrag wieder zu aktivieren, denn dafür bedürfe es der Zustimmung des Versicherers. Wann und unter welchen Voraussetzungen diese Zustimmung erteilt werde müsse sie nicht regeln, denn der Versicherungsnehmer habe dann keinen Anspruch auf eine Fortsetzung seiner Prämienzahlungen mehr.

In rechtlicher Hinsicht ist zu erwägen:

Als Alternative zur Kündigung des Vertrags (§ 165 VersVG) und der Liquidierung des Rückkaufswerts eröffnet § 173 VersVG dem Versicherungsnehmer die Möglichkeit, den Vertrag in eine prämienfreie Versicherung umzuwandeln oder „prämienfrei“ zu stellen. Zur Umwandlung berechtigt ist der Versicherungsnehmer. Die Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung hat zur Folge, dass der Versicherungsnehmer von der Pflicht zur künftigen Leistung von Prämien entbunden ist (OGH 7 Ob 176/06t). Ein Anspruch auf Rückumwandlung in einen Vertrag mit Prämienzahlung auf die ursprünglich vereinbarte Weise besteht nicht (OGH 7 Ob 16/01f, 7 Ob 176/06t). Auch aus Treu und Glauben lässt sich ein solcher Anspruch nicht herleiten. Zum einen stehen dem die Kosten des Versicherers entgegen, die mit der Bearbeitung der Rückumwandlung verbunden wären; zum anderen könnte die Rückumwandlung vom Versicherungsnehmer nach einer Verschlechterung des Risikos aus spekulativen Gründen begehrt werden (*Schauer in Fenyves/Perner/Riedler Versicherungsvertragsgesetz, § 173 VersVG, Rz 10*).

Ein Verstoß gegen § 6 Abs 3 KSchG ist dem Gericht nicht ersichtlich, da der Versicherungsnehmer kein Recht auf Rückumwandlung hat und die beanstandete Klausel nur besagt, dass für eine solche die Zustimmung des Versicherers erforderlich ist. Welche Bedingungen an eine Zustimmung des Versicherers geknüpft sind, muss die Klägerin nicht bekanntgeben. Im Ergebnis ist daher die Klausel nicht wegen Intransparenz iSd § 6 Abs 3 KSchG zu verbieten.

**Zu Punkt 10 (§ 7 Abs 1 Satz 2 der AVB)**

Der § 7 Abs 1 Satz 2 befindet sich in besagten Versicherungsbedingungen unter der Überschrift „Was ist eine Vorauszahlung?“

Der inkriminierte Teil des Paragraphen lautet:

*Für diese Vorauszahlung sind zu vereinbarende Zusatzprämien zu bezahlen, auf die die*

*Bestimmungen des § 4 anzuwenden sind.*

Die **Klägerin** brachte dazu im Wesentlichen vor:

Durch die Vorauszahlung erhalte der Versicherungsnehmer die Möglichkeit, bereits vor Vertragsabschluss über einen Teil des angesparten Kapitals zu verfügen. Für den Versicherungsnehmer seien Vorauszahlungen daher eine Alternative zum Rückkauf und deshalb im Versicherungsvertrag zu vereinbaren gemäß § 91 Abs 1 Z 6 VAG 2006. Gegenständliche Klausel enthalte allerdings keinerlei Angaben zur Höhe der Zusatzprämien, die der Versicherungsnehmer als Gegenleistung zu bezahlen habe und welche wirtschaftlich betrachtet Zinsen für die Kreditierung darstellen. Dadurch werde einerseits dem Versicherungsnehmer die Möglichkeit genommen, das Versicherungsprodukt einem Preisvergleich zu unterziehen und andererseits habe der Versicherer bei der Inanspruchnahme der Vorauszahlung ein vertraglich völlig uneingeschränktes Leistungsbestimmungsrecht (vgl OGH 7 Ob 186/20h). Die Klausel widerspreche aus diesem Grund § 6 Abs 3 KSchG.

Mache die Beklagte das vertraglich vereinbarte Recht des Verbrauchers auf eine Vorauszahlung von der Zahlung einer Zusatzprämie abhängig, deren Höhe oder Berechnungsmodalitäten erst bei Inanspruchnahme der Vorauszahlung zu vereinbaren seien, hindere sie den Verbraucher nicht nur an einer informierten Nachfrageentscheidung, sondern lasse sich im Ergebnis auch ein uneingeschränktes einseitiges Preisfestsetzungsrecht einräumen. Dies sei mit § 879 Abs 3 ABGB unvereinbar, weil der Verbraucher dann vor der Wahl stehe, die vom Versicherer für die Vorauszahlung verlangte Zusatzprämie zu akzeptieren oder auf sein Recht auf Vorauszahlung zu verzichten.

Die **Beklagte bestritt** und brachte im Wesentlichen vor:

Die zu bezahlenden Zusatzprämien seien für Vorauszahlungen erst im Individualfall zu vereinbaren. Genau jenes besage die beanstandete Klausel. Eine solche Vereinbarung sei jedoch nur dann erforderlich, wenn der Versicherungsnehmer sein Interesse an der Möglichkeit für Vorauszahlungen bekunde. Bereits aus diesem Grund seien allfälligen Zusatzprämien im Falle von Vorauszahlungen kein Kriterium bei Vertragsabschluss.

In rechtlicher Hinsicht ist zu erwägen:

Gemäß § 91 Abs 1 Z 6 VAG 2006 hat der Versicherungsvertrag eine Bestimmung zu erhalten, in welcher die Voraussetzungen und der Umfang der Vorauszahlungen enthalten sein muss. Ist eine Regelung über die Vorauszahlung im Versicherungsvertrag aufgenommen, muss diese durchschaubar, möglichst klar und verständlich formuliert (iSd § 6 Abs 3 KSchG) sein. Transparenz ist jedoch nicht gegeben, denn es ist nicht ersichtlich wie hoch oder auf welcher Berechnungsgrundlage Zusatzprämien für die Vorauszahlung zu bezahlen sind. Die Textierung lässt nicht erkennen, ob der Versicherungsnehmer Einfluss auf die Höhe des Zuschlags nehmen kann oder ob er ihn - wie vom Versicherer einseitig in unbekannter Höhe vorgegeben - akzeptieren muss. Damit ist der Versicherungsnehmer über seine Rechtsposition im Unklaren. Aus dem Transparenzgebot ergibt sich eine Pflicht zur Vollständigkeit, die Auswirkung einer Klausel darf für den Kunden nicht unklar bleiben (RS0115219).

Der Klägerin ist damit beizupflichten, dass die beanstandete Klausel § 6 Abs 3 KSchG widerspricht und ist deshalb zu verbieten.

#### **Zu Punkt 11 (§ 12 Abs 3 letzter Satz der AVB)**

Der § 12 Abs 3 letzter Satz befindet sich in besagten Versicherungsbedingungen unter der Überschrift „Was ist bei Fälligkeit der Versicherungsleistung zu beachten?“

Der inkriminierte Teil des Paragraphen lautet:

*Die Kosten dieser Nachweise trägt der Bezugsberechtigte.*

Die **Klägerin** brachte dazu im Wesentlichen vor:

Die Klausel verstoße gegen § 41 b VersVG, zumal die Kosten für Nachweise – sofern sie über die amtliche Sterbeurkunde hinausgehen - auf den Bezugsberechtigten überwältzt werden, obwohl diese vom Versicherer verlangt werden.

Die **Beklagte bestritt** und brachte im Wesentlichen vor:

Bei den Gebühren für Nachweise, die über die Sterbeurkunde hinausgehen, handle es sich nicht um den Regelfall, sondern um Einzelfälle in welchen die Nachweise, für die Beurteilung der Leistungspflicht, erforderlich seien. Man denke etwa an den Ausschluss der Leistungspflicht bei Selbstmord des Versicherungsnehmers oder dessen Tod in einem Land,

in welchem kriegerische Handlungen stattfinden. Solche Nachweise seien somit durch das individuelle Verhalten des Versicherungsnehmers bedingt, folglich sei sie berechtigt, die Gebühren für diese Mehraufwendungen zu verlangen.

In rechtlicher Hinsicht ist zu erwägen:

Gemäß § 41b VersVG darf der Versicherer neben der Prämie nur solche Gebühren verlangen, die der Abgeltung von Mehraufwendungen dienen, die durch das Verhalten des Versicherungsnehmers veranlasst worden sind; die Vereinbarung davon abweichender Nebengebühren ist unwirksam. Das Verhalten des Versicherungsnehmers muss für die dem Versicherer entstehende Kosten kausal gewesen sein (*Riedler in Fenyves/Perner/Riedler Versicherungsvertragsgesetz, § 41b VersVG, Rz 3*). Die Kosten sind hier jedoch nicht durch ein Verhalten des Versicherungsnehmers veranlasst, sondern entstehen dadurch, dass der Versicherer Nachweise verlangt um das Vorliegen etwaiger Versicherungsfälle auszuschließen.

Die Klausel verstößt somit gegen § 41b VersVG, zumal die Kosten für Nachweise – sofern sie über die amtliche Sterbeurkunde hinausgehen - auf den Bezugsberechtigten überwält werden, obwohl jene vom Versicherer zu tragen wären. Im Ergebnis ist die Klausel daher zu verbieten.

### **Zu Punkt 12 (§ 12 Abs 4 letzter Satz der AVB)**

Der § 12 Abs 3 letzter Satz befindet sich in besagten Versicherungsbedingungen unter der Überschrift „Was ist bei Fälligkeit der Versicherungsleistung zu beachten?“

Der inkriminierte Teil des Paragraphen lautet:

*Bei Überweisungen außerhalb der Europäischen Union trägt der Empfänger die Gefahr und die Kosten.*

Die Klägerin brachte dazu im Wesentlichen vor:

Die Vereinbarung von über die in § 41b VersVG hinausgehenden Nebengebühren sei unwirksam. Zusätzlich liege aufgrund der Überwälzung der Gefahren- und Kostentragung bei Überweisungen außerhalb der EU auf den Empfänger, eine gröbliche Benachteiligung iSd § 879 Abs 3 ABGB liege vor.



Die **Beklagte bestritt** und brachte im Wesentlichen vor:

Im Regelfall finden Überweisungen auf österreichische Bankkonten statt, sodass der Versicherer auch nur die Kosten für solche Überweisungen einkalkulieren könne. Zieht der Versicherungsnehmer jedoch während der Laufzeit des Vertrages in ein Land außerhalb der EU, werden durch sein Verhalten Mehraufwendungen verursacht, welche er selbst zu tragen habe.

Von der dispositiven Regelung des § 905 Abs 2 ABGB, der Schuldner (hier also der Versicherer) habe im Zweifel bis zur Zahlung in der vereinbarten Weise die Gefahr des zufälligen Verlustes zu tragen, könne abgewichen werden. In 7 Ob 23/07y legt der OGH dazu in den Entscheidungsgründen dar, dass die Klausel dann nicht als gröblich benachteiligend angesehen werde, wenn ausreichend Gründe für ihre sachliche Rechtfertigung vorhanden seien.

Sachliche Rechtfertigungen seien etwa, dass Überweisungen innerhalb des EU-Raumes nicht teurer seien, als Inlandsüberweisungen. Dies gelte aber keinesfalls für Überweisungen außerhalb des EU-Raumes, weil eine entsprechende Regelung zur Vereinheitlichung schlicht nicht existiere. Zusätzlich bestehe ein weitaus höheres Insolvenzrisiko von Banken außerhalb der EU, wodurch das Empfangsrisiko der Überweisung außerhalb der EU nicht getragen werde könne. Die Gefahr- und Kostentragung für Überweisungen außerhalb des EU-Raumes sei durch den Versicherungsnehmer somit sachlich gerechtfertigt

In rechtlicher Hinsicht ist zu erwägen:

Nach § 41b VersVG darf die Versicherer neben der Prämie nur solche Gebühren verlangen, die der Abgeltung von Mehraufwendungen dienen, die durch das Verhalten des Versicherungsnehmer veranlasst worden sind; die Vereinbarung anderer Nebengebühren ist unwirksam.

Der OGH weist in seiner Rechtsprechung auf die Gefahrtragungsregel des § 905 Abs 2 ABGB hin, wonach im Zweifel der Schuldner (also die Versicherung) bis zur Zahlung die Gefahr des zufälligen Verlustes trägt. Gleichmaßen hat im Zweifel die Versicherung Geldzahlungen auf ihre Kosten dem Verbraucher an dessen Wohnsitz zu überweisen. Der OGH sieht in der Klausel eine unangemessene und sachlich nicht gerechtfertigte Abweichung von dieser dispositiven Bestimmung, weshalb diese als gröblich benachteiligend gemäß § 879 Abs 3 ABGB zu beurteilen sind. Hinzu kommt noch, dass die Klausel auch gegen § 41b VersVG verstößt, weil darin Gebühren verlangt werden, welche keine Mehraufwendungen darstellen

(7 Ob 233/06z).

Der Klägerin ist somit beizupflichten, dass besagte Klausel sowohl gegen § 41b VersVG verstößt als auch gröblich benachteiligend iSd § 879 Abs 3 ABGB ist .

### **Zu Punkt 13 (§ 14 der AVB)**

Der § 14 befindet sich in besagten Versicherungsbedingungen unter der Überschrift „Hinweis zu den Bestimmungen zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderung?“

Der inkriminierte Teil des Paragraphen lautet:

*Der Versicherungsnehmer beziehungsweise die versicherten(n) Person(en) können vom Versicherer eine Begründung verlangen, wenn die Gesundheitsauskünfte aus risikobedingten Gründen eine Ablehnung, eine Vereinbarung eines Prämienzuschlags, einen Risikoausschluss, eine Verminderung der Leistung oder eine besondere Wartefrist erforderlich machen, sofern dem Versicherer der Nachweis für das Vorliegen einer Behinderung erbracht wird (z.B. durch einen gültigen Behindertenpass des Bundessozialamts oder einen gültigen Einstellungsschein gemäß Behinderteneinstellungsgesetz).*

Die **Klägerin** brachte dazu im Wesentlichen vor:

Der Versicherer habe grundsätzlich zwingend von sich aus unaufgefordert die Gründe für einen Prämienzuschlag in einer gesonderten Urkunde offenzulegen. Dies dürfe auch nicht von einem allfälligen Nachweis des Betroffenen abhängig gemacht werden. Die Klausel informiere den Betroffenen auch nicht über seine Rechte gem. § 1d Abs 1 VersVG, dass der Versicherer bei einem behinderten Versicherungsnehmer einem pauschalen Ablehnungs- bzw. Prämienzuschlagsverbot unterliege, sowie unter welchen Voraussetzungen gem. Abs 2 ein Prämienzuschlag rechtlich zulässig sei. Ohne Kenntnis dieser gesetzlichen Rechte bleibe für den Versicherungsnehmer aber der Sinn und Zweck seiner gegenüber dem Versicherer bestehenden Offenlegungsansprüche unklar und unverständlich. Die Klausel verstoße deshalb gegen § 1d VersVG und § 6 Abs 3 KSchG.

Die **Beklagte bestritt** und brachte im Wesentlichen vor:

Die gegenständliche Klausel informiere den Versicherungsnehmer über den Offenlegungsanspruch gem. § 1d Abs 3 VersVG für ein niederschwelliges

Beschwerdeverfahren. Ein durchschnittlich verständiger und redlicher Versicherungsnehmer sei in Kenntnis darüber, dass ihm die Gründe für eine Ablehnung, eine Vereinbarung eines Prämienzuschlags, einen Risikoausschluss, eine Verminderung der Leistung oder eine besondere Wartefrist verpflichtend offen zu legen seien und er dies auch explizit verlangen könne.

Aus dem Gesetzeswortlaut gehe hingegen nicht hervor, dass dem Versicherer eine Informationspflicht dahingehend treffe den Versicherungsnehmer in den AVB über die Rechte des § 1d VersVG vollumfänglich aufzuklären. Für die Feststellung, ob eine Behinderung überhaupt vorliege, sei ein Nachweis seitens des Versicherungsnehmers erforderlich. Könne keine Behinderung nachgewiesen werden, sei der Schutz der Regelung des § 1d VersVG nicht gegeben. Entgegen der Ansicht der Klägerin sei es daher notwendig, die Offenlegungsverpflichtung vom Nachweis der Behinderung abhängig zu machen

In rechtlicher Hinsicht ist zu erwägen:

Die Berücksichtigung der Behinderung ist im Versicherungsverhältnis erlaubt, wenn „der Gesundheitszustand einen bestimmenden Faktor für die Risikokalkulation in dem betreffenden Versicherungszweig darstellt und der individuelle Gesundheitszustand der versicherten Person eine wesentliche Erhöhung der Gefahr bewirkt.“ Eine Differenzierung (Benachteiligung) darf dann aber auch „nur in dem Ausmaß erfolgen, das sich anhand der Risikokalkulation in dem konkreten Versicherungszweig aufgrund der Gefahrenerhöhung errechnet.“ Gemeint ist mit dieser umständlichen Formulierung des § 1d Abs 2: Wenn und soweit sachliche Gründe für eine Differenzierung zwischen behinderten und nicht behinderten Versicherungsnehmern vorliegen, darf differenziert werden. Das Konzept lässt sich also zusammengefasst wie folgt auf den Punkt bringen: Nachvollziehbare Differenzierung ja, Diskriminierung nein (*Perner in Fenyves/Perner/Riedler, Versicherungsvertragsgesetz, § 1d VersVG, Rz 5*).

§ 1d Abs 3 VersVG ordnet an, dass der Versicherer gegenüber einer behinderten Person offenlegen muss, aufgrund welcher Daten die Differenzierung gerechtfertigt ist. Die Gründe für die konkrete Gefahrenerhöhung und den Prämienzuschlag sind in einer gesonderten Urkunde auszuweisen; diese ist dem Versicherungsnehmer spätestens mit dem Versicherungsschein zu übermitteln. Die Bestimmung sorgt also für Transparenz: Sie soll den Versicherungsnehmer in die Lage versetzen, zu sehen, dass und warum er gegenüber einer nicht behinderten Vergleichsperson benachteiligt wird. Der Versicherer muss z.B. offenlegen, warum er zu einer höheren Prämie anbietet oder warum er das Risiko für „unversicherbar“ hält

(*Perner in Fenyves/Perner/Riedler, Versicherungsvertragsgesetz, § 1d VersVG, Rz 9*).

Erstens muss der Versicherer dem Wortlaut der Bestimmung nach offenlegen, wieso er zu einer Erhöhung der Gefahr kommt, wie sich der Prämienzuschlag ergibt und wieso ein Risiko nicht versicherbar ist (*Perner in Fenyves/Perner/Riedler, VersVG, § 1d, Rz 10*). Zweitens muss der Versicherer der behinderten Person bei Vorliegen statistischer Daten über die Risikoerhöhung immer offenlegen, warum er sie anders behandelt als eine gesunde Person (*Perner in Fenyves/Perner/Riedler, Versicherungsvertragsgesetz, § 1d VersVG, Rz 11*).

§ 6 KSchG soll eine durchschaubare, möglichst klare und verständliche Formulierung der AGB sichergestellt werden, um zu verhindern, dass der Verbraucher von der Durchsetzung seiner Rechte abgehalten wird, ihm unberechtigt Pflichten abverlangt werden, gegen die er sich nicht zur Wehr setzt, er über Rechtsfolgen getäuscht oder ihm ein unzutreffendes oder unklares Bild seiner vertraglichen Position vermittelt wird (RS0115219 [T9]).

Der Versicherer hat von sich aus, unaufgefordert die Gründe für einen Prämienzuschlag oder mangelnde Versicherbarkeit in einer gesonderten Urkunde offenzulegen. Dem Gesetz ist auch nicht zu entnehmen, dass diese Offenlegungspflichten erst mit der Vorlage eines amtlichen Nachweises einer Behinderung entstehen. Der Klägerin ist somit beizupflichten, dass die Klausel sowohl gegen § 1d Abs 3 VersVG als auch gegen § 6 Abs 3 KSchG verstößt und aus diesen Gründen zu verbieten ist.

#### **Zu Punkt 14 (§ 15 Abs 1 Satz 1 der AVB)**

Der § 15 Abs 1 Satz 1 befindet sich in besagten Versicherungsbedingungen unter der Überschrift „Was gilt für Erklärungen, die den Versicherungsvertrag betreffen?“

Der inkriminierte Teil des Paragraphen lautet:

*Für sämtliche Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers an den Versicherer ist die geschriebene Form erforderlich, sofern nicht die Schriftform ausdrücklich und mit gesonderter Erklärung vereinbart wurde.*

Die **Klägerin** brachte dazu im Wesentlichen vor:

Besagte Klausel verstoße gegen § 15a Abs 2 VersVG, denn Vertragsparteien können, wenn sie nicht die elektronische Kommunikation nach § 5a VersVG vereinbart haben, die

Schriftform ausbedingen, sofern dies aus Gründen der Rechtssicherheit sachlich gerechtfertigt und für den Versicherungsnehmer nicht gröblich benachteiligend sei. Eine solche Vereinbarung der Schriftform bedürfe der ausdrücklichen, gesondert erklärten Zustimmung des Versicherungsnehmers. Die Vereinbarung der Schriftform für Rücktrittserklärungen nach § 5c VersVG sei jedenfalls unzulässig.

Die Klausel gibt somit die Voraussetzungen, unter denen die Schriftform wirksam vereinbart werden könne, und jene Fälle, für die das keinesfalls zulässig sei, unrichtig und unvollständig wieder und verstoße aus diesen Gründen auch gegen § 6 Abs 3 KSchG.

Die **Beklagte bestritt** und brachte im Wesentlichen vor:

Der Versicherer nenne mit „ausdrücklicher und gesonderten Erklärung“ alle Voraussetzungen, welche für eine wirksame Vereinbarung der Schriftform nötig seien. Weitere Voraussetzungen sehe auch § 15a Abs 2 VersVG nicht vor. Aus diesem Grund liege keine Intransparenz vor, da sich für einen durchschnittlich verständigen und redlichen Versicherungsnehmer daraus klar ergäbe, dass grundsätzlich (nur) die geschriebene Form erforderlich ist, außer die Schriftform wurde ausdrücklich und mit gesonderter Erklärung vereinbart. Die Vereinbarung der Schriftform für einzelne Erklärungen erfolge hingegen im Versicherungsantrag, in welchem der Versicherungsnehmer durch Ankreuzen des Kästchens „einverstanden“ die Voraussetzungen für die Vereinbarung der Schriftform erfülle (Beilagen ./1).

In rechtlicher Hinsicht ist zu erwägen:

§ 15a Abs 2 VersVG regelt (seit dem VersRÄG 2012) die Zulässigkeit von sog Schriftformklauseln, wenn keine elektronische Kommunikation iSd § 5a vereinbart worden ist bzw. für jene Bereiche des Versicherungsverhältnisses, die von einer vereinbarten elektronischen Kommunikation nicht erfasst sind (*Riedler in Fenyves/Perner/Riedler, Versicherungsvertragsgesetz, §15a VersVG, Rz 10*).

Das VersRÄG 2012 brachte jedoch Erleichterungen für die Praxis, allerdings nur für jene Verträge/Vereinbarungen, die nach dem 1. Juli 2012 abgeschlossen wurden (§ 191c Abs 11 S. 2; zu § 1b Abs 2 s. u.). § 1b schafft die – dem österr Zivilrecht bisher unbekannte – ganz neue Formart der sog „geschriebenen Form“, die an verschiedenen Stellen im VersVG an die Stelle der bisher erforderlichen (Unter)Schriftlichkeit tritt. § 1b Abs 1 stellt dabei klar, dass, soweit das VersVG „*die geschriebene Form verlangt, ... keine Unterschrift oder qualifizierte*

*elektronische Signatur erforderlich [ist], wenn aus der Erklärung die Person des Erklärenden hervorgeht“.* Nach dem ausdrücklichen Willen des Gesetzgebers soll die „geschriebene Form“ für sämtliche Willenserklärungen und Mitteilungen im Verhältnis Versicherer und Versicherungsnehmer, gegebenenfalls auch Versichertem oder einem Dritten gelten, sofern das VersVG nichts anderes anordnet und die Parteien nicht überhaupt zulässigerweise formfrei agieren. Daher reicht kraft ausdrücklicher gesetzlicher Anordnung die geschriebene Form z.B. für das Rücktrittsrecht des Versicherungsnehmers nach § 5c Abs 4 und selbst die qualifizierte Deckungsablehnung des Versicherers nach § 12 Abs 2 S 1, aber aufgrund eines Größenschlusses natürlich erst recht auch für all jene Erklärungen aus, für welche im VersVG keine Form vorgesehen ist, die also auch mündlich abgegeben werden könn(t)en (*Riedler in Fenyves/Perner/Riedler, Versicherungsvertragsgesetz, §15a VersVG, Rz 15*).

§ 15a Abs 2 VersVG behandelt die Frage, ob und inwieweit außerhalb der Vereinbarung einer elektronischen Kommunikation nach § 5a die (Unter-)Schriftform vereinbart werden darf. Dieser Vorbehalt bedarf zunächst einer Vereinbarung beider Vertragsteile. Der Versicherungsnehmer muss ihr ausdrücklich und gesondert zustimmen. Auch für diesen Fall steht die Vereinbarung unter dem an § 879 Abs 3 ABGB angelehnten Vorbehalt, dass die Verwendung der (Unter-)Schriftform aus Gründen der Rechtssicherheit sachlich gerechtfertigt ist und der Versicherungsnehmer dadurch nicht gröblich benachteiligt wird (*Grubmann, VersVG – Ergänzungsheft § 15a, Rz 3*).

Der Klägerin ist damit nicht beizupflichten, denn die beanstandete Klausel widerspricht § 15a Abs 2 und § 6 Abs 3 KSchG nicht und ist deshalb auch nicht zu verbieten.

### **Zu Punkt 15 (§ 15 Abs 2 der AVB)**

Der § 15 Abs 1 Satz 1 befindet sich in besagten Versicherungsbedingungen unter der Überschrift „Was gilt für Erklärungen, die den Versicherungsvertrag betreffen?“

Der inkriminierte Teil des Paragraphen lautet:

*Eine Änderung Ihrer Adresse müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Andernfalls richten wir unsere Erklärungen rechtswirksam an Ihre letzte uns bekannte Adresse; dazu genügt die Absendung eines nicht eingeschriebenen Briefes.*

Die **Klägerin** brachte dazu im Wesentlichen vor:

Die Klausel weiche zum Nachteil des Versicherungsnehmers von den Vorgaben des § 10 Abs

1 VersVG ab, womit sie auch gegen § 6 Abs 1 Z 3 KSchG verstoße. Nach § 10 Abs 1 VersVG werde die Erklärung des Versicherers in jenen Fällen, in denen der Versicherungsnehmer die Änderung seines Wohnortes dem Versicherer nicht mitgeteilt habe, erst zu dem Zeitpunkt wirksam, in welchem sie ohne die Wohnungsänderung bei regelmäßiger Beförderung dem Versicherungsnehmer zugegangen wäre. In beanstandeter Klausel würde die Erklärung des Versicherers jedoch schon zum Zeitpunkt ihrer Absendung an den Versicherungsnehmer als zugegangen gelten. Des Weiteren sei es nicht zulässig, an eine „sonst wie bekanntgewordenen“ Anschrift zu senden, sondern die Adresse müsse vom Verbraucher selbst bekanntgegeben werden. Zudem verlange § 10 Abs 1 Satz 1 VersVG die Absendung eines eingeschrieben und nicht wie in dieser Klausel eines nicht eingeschrieben Briefes.

Die **Beklagte bestritt** und brachte im Wesentlichen vor:

§ 10 Abs 1 VersVG sei lex specialis zu § 6 Abs 1 Z 3 KSchG, denn eine Klausel könne keinesfalls beiden Bestimmungen zugleich entsprechen. Zusätzlich sei § 6 Abs 1 Z 3 KSchG auf die gesetzliche Zugangsfiktion des § 10 VersVG nicht anwendbar. Nach der Rechtsauffassung des OGH sei eine Anzeige der Wohnsitzänderung sowohl durch Dritte als auch durch eine ZMR-Abfrage vom Versicherer möglich. Aus diesem Grund würde es dem allgemeinen Rechtsverständnis widersprechen, wenn der Versicherungsnehmer die Erstattung der Änderungsanzeige einem Dritten übertragen dürfe, aber der Versicherer im Falle der Bekanntgabe der Adressänderung durch einen Dritten die Zustellfiktion des § 10 Abs 1 VersVG genommen würde.

In rechtlicher Hinsicht ist zu erwägen:

§ 10 VersVG regelt zunächst nur den Fall, dass die im Versicherungsvertrag angegebene Wohnung (Niederlassung) nachträglich geändert wird, sodass Erklärungen des Versicherers, die dieser an die ihm bekanntgegebene, nunmehr vom Versicherungsnehmer aber verlassene Wohn-/Niederlassungsadresse übermittelt hat, dem Versicherungsnehmer nicht mehr zukommen. Nur die Änderung der Wohnung (Niederlassung) ist einschlägig, eine Ausdehnung (analoge Anwendung) der Fiktion auf andere Fälle (z.B. bei vorübergehender, auch häufiger Abwesenheit; Urlaub, Krankenhausaufenthalt; Präsenzdienst; Aufenthalt in einer Heil- oder Strafanstalt) wird abgelehnt. Nicht erforderlich ist behördlich gemeldeter und im Register vollzogener Wohnsitzwechsel, sondern faktische dauerhafte Verlegung der Wohnung/Niederlassung unter „Auflassung“ der bisherigen Adresse als Postzustellmöglichkeit



für eingeschriebene Briefe des Versicherers. (*Rieder in Fenyves/Perner/Rieder, Versicherungsvertragsgesetz, § 10 VersVG, Rz 5*)

Die Klausel spricht zudem von „letzte uns bekannte Adresse“. Dies ist unklar formuliert, denn eine Zustellung soll eben nur an jener Adresse fingiert werden, die der Versicherungsnehmer selbst dem Versicherer bekannt gegeben hat und nicht an jene Adresse, die durch den Versicherer auf andere Weise erhoben wurde. (RS0106801).

Der Versicherer hält in der Klausel aber auch fest, dass eine nicht eingeschriebene Sendung ausreichend ist, um eine Zustellfiktion zustande kommen zu lassen. Freilich ist für die rechtswirksame Annahme der Zugangsfiktion die Absendung derartiger Willenserklärungen in Form eines eingeschriebenen Briefes unabdingbar (*Grubmann, Versicherungsvertragsgesetz, § 10 VersVG, E15*).

Auf einfache, nicht eingeschriebene Briefe kann § 10 VersVG nach dem OGH nicht analog angewendet werden. Denn zum einen kann dem Gesetzgeber nicht unterstellt werden, dass er mit dieser Bestimmung eine inhaltslose Formvorschrift setzen wollte. Zum anderen gibt es bei nicht eingeschriebenen Briefen keinen ausreichenden Nachweis der Absendung. Überdies betont die Rsp, dass die Absendung nicht eingeschriebener Briefe auch nicht prima facie den Zugang beweise und keine Erfahrungssätze bestünden, dass Postsendungen den Empfänger erreichten, weil immer wieder mit Fehlleistungen der Post zu rechnen sei. (*Rieder in Fenyves/Perner/Rieder, Versicherungsvertragsgesetz, § 10 VersVG, Rz 12*)

Die Zugangsfiktion kann auch nicht wie in beanstandeter Klausel bereits mit „Absendung“ der Briefe erfüllt werden. Denn für den Zugang ist jener Zeitpunkt anzunehmen, in dem die Erklärung dem Empfänger unter gewöhnlichen Umständen zugegangen wäre. (OGH 7 Ob 55/02t; OGH 6 Ob 231/05x).

Der Klägerin ist somit beizupflichten, dass besagte Klausel sowohl gegen § 10 VersVG verstößt als auch unklar formuliert iSd § 6 Abs 3 KSchG ist und aus diesem Grund zu verbieten ist.

#### **Zu Punkt 16 (§ 15 Abs 4 der AVB)**

Der § 15 Abs 4 befindet sich in besagten Versicherungsbedingungen unter der Überschrift „Was gilt für Erklärungen, die den Versicherungsvertrag betreffen?“

Der inkriminierte Teil des Paragraphen lautet:

*Nach Eintritt des Versicherungsfalles können wir eine Ablehnung, einen Rücktritt oder eine*

*Anfechtung auch einem berechtigten Dritten gegenüber wirksam erklären.*

Die **Klägerin** brachte dazu im Wesentlichen vor:

Die beanstandete Klausel verstoße gegen § 6 Abs 1 Z 3 KSchG, weil es unzulässig sei, dass Erklärungen des Unternehmers als zugegangen gelten, obwohl sie nicht dem Verbraucher, sondern nur einer anderen Person zugeht, die vom Verbraucher zudem nicht zum Empfang bevollmächtigt wurde.

Die **Beklagte bestritt** und brachte im Wesentlichen vor:

Da gegenständlichen Produkt eine Er- und Ablebensversicherung sei und besagte Klausel die Situation „nach Eintritt des Versicherungsfalles“ regle, sei der Versicherungsnehmers bereits verstorben. Eine Ablehnung, einen Rücktritt oder eine Anfechtung könne naturgemäß nicht mehr dem Verstorbenen gegenüber erklärt werden, sondern nur einem berechtigten Dritten, etwa dem Begünstigten oder einem Sicherstellungsgläubiger.

Um die Klausel 16 wurde von der Klägerin das Klagebegehren in ON 6 eingeschränkt, sodass sich ein Eingehen auf diese erübrigt.

#### **Zu Punkt 17 (§ 17 Abs 2 der AVB)**

Der § 15 Abs 4 befindet sich in besagten Versicherungsbedingungen unter der Überschrift „Was gilt bei Vinkulierung, Verpfändung oder Abtretung?“

Der inkriminierte Teil des Paragraphen lautet:

*Abtretungen (Zessionen) der Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag an Dritte sind nur mit Zustimmung des Versicherers wirksam.*

Die **Klägerin** brachte dazu im Wesentlichen vor:

Die beanstandete Klausel sei gröblich benachteiligend iSd § 879 Abs 3 ABGB, weil Verpfändungen und Abtretungen von Ansprüchen aus einem Lebensversicherungsvertrag grundsätzlich ohne Zustimmung des Versicherers zulässig seien. Da das

Versicherungsverhältnis zwischen Versicherer und Versichertem nicht berührt werde.

Die **Beklagte bestritt** und brachte im Wesentlichen vor:

Die Abtretung oder Verpfändung der Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag sei durch die Klausel nicht generell verboten, sondern werde lediglich beschränkt und von der Zustimmung des Versicherers abhängig gemacht.

In rechtlicher Hinsicht ist zu erwägen:

Die Klausel § 17 Abs 2 AVB stellt bei Zession der Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag auf ein Zustimmungserfordernis des Versicherers ab.

Der Versicherungsnehmer kann seine Ansprüche aus dem Lebensversicherungsvertrag grundsätzlich wirksam verpfänden (RS0011319).

Im nicht-unternehmerischen Bereich ist die Vereinbarung eines vertraglichen Zessionsverbots zulässig und ist auch Dritten gegenüber wirksam (absolute Wirkung) (RS0032523).

Ein Zessionsverbot müsste im Einzelnen ausgehandelt werden und dürfte den Gläubiger (Versicherungsnehmer) unter Berücksichtigung aller Umstände des Falles nicht gröblich benachteiligen. Ein in AVB vorgesehenes Abtretungsverbot, wonach Versicherungsansprüche erst dann zediert werden können, als die Ansprüche „dem Grunde oder der Höhe nach endgültig festgestellt sind“, wurde im Rahmen der Interessenabwägung des § 879 Abs 3 ABGB unter Hinweis auf die durch diese Klausel ohnedies „schonendere Art“ der Interessenwahrung als nicht gröblich benachteiligend beurteilt. (*Aigner* in *Fenyves/Perner/Riedler*, Versicherungsvertragsgesetz, § 15 VersVG, Rz 19)

Das Abtretungsverbot in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen beruht auf legitimen Interessen des Versicherers und sind daher weder sittenwidrig noch gröblich benachteiligend (*Attila Fenyves*, ZVers 2019, Heft 4, S. 178)

Durch das Abtretungsverbot soll gewährleistet sein, dass es der Versicherer bei der Abwicklung des Versicherungsfalles nur mit seinem Vertragspartner zu tun hat (RS0081297).

Der OGH hat Zessionsbeschränkungen, die in Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) enthalten sind, bereits wiederholt als zulässig beurteilt, dient doch das Abtretungsverbot dem Interesse des Versicherers, zu verhindern, dass dem Versicherungsnehmer in einem vom Zessionar angestregten Prozess die Stellung eines Zeugen zukommt und dass über den

Umweg der Abtretung Personen, die zur (direkten) Geltendmachung des Versicherungsanspruchs nicht legitimiert sind, eine solche Legitimation erlangen (7 Ob 85/07m).

Der Klägerin ist somit nicht beizupflichten, beanstandete Klausel ist nicht gröblich benachteiligend iSd § 879 Abs 3 ABGB und deshalb auch nicht zu verbieten.

### **Zu Punkt 18 (§ 21 Satz 1 der AVB)**

Der § 21 Satz 1 befindet sich in besagten Versicherungsbedingungen unter der Überschrift „Anpassung der Risikoprämien“

Der inkriminierte Teil des Paragraphen lautet:

*Im Sinne des § 172 VersVG wird der Versicherer im Fall einer bedeutenden, unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Veränderung der Risikoeintrittswahrscheinlichkeiten (zB Sterbe- oder Berufsunfähigkeitswahrscheinlichkeit) eine Anpassung der Prämie vornehmen.*

Die **Klägerin** brachte dazu im Wesentlichen vor:

Die beanstandete Klausel verstoße gegen § 6 Abs 1 Z 5 und Abs 3 KSchG, weil die Festlegung der maßgeblichen Änderungsfaktoren nicht den aus diesen Bestimmungen ableitbaren Anforderungen entspreche. Die Klausel verstoße zusätzlich gegen § 178f Abs 2 VersVG, weil die Klausel keine abschließende und bestimmte Festlegung der Faktoren enthalte, die zu einer Änderung der Prämien führen können. Darüber hinaus sei das Erhöhungsrecht dem Umfang nach auf jenes Ausmaß zu beschränken, das zur künftigen Befriedigung des Leistungsbedarfs unbedingt erforderlich sei.

Die **Beklagte bestritt** und brachte im Wesentlichen vor:

Bekämpfte Klausel gebe § 172 VersVG korrekt wieder und nenne auch den für die Erhöhung der Risikoprämie maßgeblichen Faktor: „die Veränderung der Risikoeintrittswahrscheinlichkeit“. Klarstellend enthalte die Klausel den Zusatz, dass darunter etwa Sterbe- oder Berufsunfähigkeitswahrscheinlichkeiten zu verstehen seien. Aus diesem Grund entspreche die Klausel auch den Vorgaben des § 178f Abs 2 VersVG. Denn der in gegenständlichen Klausel vereinbarte Faktor „der durchschnittlichen Lebenserwartung“

entspreche § 178f Abs 2 Z 2 VersVG. Ein durchschnittlich verständiger und redlicher Versicherungsnehmer könne sich unter der durchschnittlichen Lebenserwartung noch weniger vorstellen, als unter der angeführten Sterbe- oder Berufsunfähigkeitswahrscheinlichkeit.

In rechtlicher Hinsicht ist zu erwägen:

§ 172 VersVG bezieht sich bei der Zulässigkeit von Prämienanpassungsklauseln nur auf Versicherungsverträge, bei denen ungewiss ist, ob und wann der Versicherungsfall eintreten wird; es handelt sich also um Lebensversicherungen mit bedingter Leistungspflicht (so ausdrücklich auch OGH 7 Ob 4/97z, VersE 2203). Hierher gehören z.B. reine Risikoversicherungen mit befristeter Laufzeit (vgl RV 1553 BlgNR 18. GP 28) oder Pflegerentenzusatzversicherungen (*Leonhartsberger*, *ecolex* 1994, 605). (*Schauer* in *Fenyves/Perner/Riedler*, *Versicherungsvertragsgesetz*, § 172 VersVG, Rz 2)

Der Paragraph 178f VersVG schränkt die Zulässigkeit solcher Änderungsklauseln ein. Zusätzlich zu den allgemeinen Restriktionen für Änderungsklauseln (insbesondere § 6 Abs 1 Z 5 KSchG) erlaubt die Bestimmung nur die Anpassung auf Basis der dort taxativ aufgezählten Faktoren (*Perner*, *Privatversicherungsrecht* Kap 7, Rz 7.220).

Die Bestimmungen des § 6 Abs 1 Z 5 und § 6 Abs 2 Z 3 KSchG sind neben § 178 f VersVG anwendbar (*Grubmann*, *Versicherungsvertragsgesetz*, § 178f VersVG, E1).

Sofern eine Anpassungsklausel dem Faktorenkatalog des § 178f Abs 2 VersVG entspricht ist sie auch nicht unklar oder unverständlich iSd § 6 Abs 3 KSchG (*Grubmann*, *Versicherungsvertragsgesetz*, § 178f VersVG, E4).

Die im Katalog des § 178f Abs 2 angeführten Faktoren sind ex ante betrachtet sachlich gerechtfertigt und dem Verbraucher auch grundsätzlich iSd § 6 Abs 2 Z 3 KSchG zumutbar (*Grubmann*, *Versicherungsvertragsgesetz*, § 178f VersVG, E3).

Zulässige Änderungsfaktoren sind nach § 178f Abs 2 VersVG ein in der Vereinbarung genannter Index (Z 1), die durchschnittliche Lebenserwartung (Z 2), die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen (Z 3), das Verhältnis zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen (Z 4) sowie bestimmte Änderungen im Gesundheitswesen (Z 5 und 6) (*Perner*, *Privatversicherungsrecht* Kap 7, Rz 7.220).

Die Klausel bildet den Faktor der durchschnittlichen Lebenserwartung (Z1) mit anderen Worten ab, nämlich mit der sogenannten „Risikoeintrittswahrscheinlichkeit“. Diese

Risikoeintrittswahrscheinlichkeit wird weiter durch die Begriffe der Sterbe- oder Berufsunfähigkeitswahrscheinlichkeit konkretisiert. Die durch den medizinischen Fortschritt stetig steigende Lebenserwartung vergrößert den Bedarf an Versicherungsleistungen, weil mit höherem Alter auch die Inanspruchnahme von Leistungen aus der Krankenversicherung zunimmt. Dabei darf der Gesetzgeber nicht die Entwicklungen der durchschnittlichen Lebenserwartung der Weltbevölkerung, sondern nur jenes Staates vor Augen gehabt haben, in dem der Versicherer tätig wird. Ob sich die steigende Lebenserwartung auch schon tatsächlich in einer steigenden Schadensbelastung ausgewirkt hat, ist gleichgültig; die Zulässigkeit der Prämien- oder Leistungsanpassung allein aufgrund der Änderung der statistischen Daten ermöglicht es dem Versicherer, bereits präventiv Rückstellungen für den künftig zu erwartenden Anstieg der Versicherungsleistungen zu bilden (*Schauer in Fenyves/Perner/Riedler, Versicherungsvertragsgesetz, § 178f VersVG, Rz 12*).

Ein durchschnittlich verständiger und redlicher Versicherungsnehmer kann sich unter der exemplarischen Benennung von Risiken, die die durchschnittliche Lebenserwartung beeinflussen, wohl ein konkreteres Verständnis bilden, welche Lebensumstände zu einer Prämienanpassung führen können. Demnach verstößt die Klausel nicht gegen § 172 VersVG und § 6 Abs 1 Z 5 und Abs 3 KSchG und der Klägerin ist aus besagten Gründen nicht beizupflichten.

### **Zu Punkt 19 (§ 2 der Versicherungsbedingungen für die Gewinnbeteiligung)**

Der § 2 befindet sich in besagten Versicherungsbedingungen unter der Überschrift „Woraus besteht die Gewinnbeteiligung?“

Der inkriminierte Teil des Paragraphen lautet:

*§ 2 Versicherungsbedingungen für die Gewinnbeteiligung: Die Gewinnbeteiligung besteht bei Versicherungen gegen Einmalanlage oder prämienfreigestellter Summe aus dem Zinsgewinnanteil. Der Zinsgewinnanteil stellt den Gewinn aus der Überverzinsung dar. Dieser Mehrertrag wird aus der Veranlagung der Deckungsrückstellung zu einem höheren als dem Rechnungszinsfuß erzielt.*

Die Klägerin brachte dazu im Wesentlichen vor:

Bei einer Lebensversicherungsvertrag, wie der Rentenversicherung, sei in erster Linie das Langlebighkeitsrisiko versichert und aus diesem Grund sei der Versicherungsnehmer auch

angemessen am Sterblichkeitsgewinnen und allfälligen Kostengewinnen und nicht nur an den Zinsüberschüssen zu beteiligen. Die Klausel sei deshalb, gemäß § 6 Abs 3 KSchG, intransparent und, gemäß § 879 Abs 3 ABGB, benachteiligend, weil der Versicherungsnehmer nicht darauf hingewiesen werde, dass er trotz der zu erwartenden Sterblichkeitsgewinne nicht an diesen Gewinnen beteiligt sei. Einem durchschnittlichen Verbraucher seien die unterschiedlichen Überschussquellen bei Lebensversicherungen nicht geläufig und deshalb nicht erkennbar, dass er im vorliegenden Fall an einem wesentlichen Teil der durch die vorsichtige Prämienkalkulation zwangsläufig entstehenden Überschüsse nicht beteiligt werde.

Zusätzlich sei in § 92 Abs 4 VAG 2016 iVm § 4 LV-GBV aufsichtsrechtlich zwingend vorgeschrieben, dass der Verbraucher auch an Risiko- und Kostengewinnen beteiligt werden müsse, was der Klausel nicht zu entnehmen sei.

Ergänzend verstoße die Klausel auch gegen § 135c Abs 1 Z 3 VAG 2016 iVm § 9 LV-InfoV 2018, denn die Vereinbarung zur Gewinnbeteiligung müsse auch die einzelnen Gewinnkomponenten (Kapital-, Risiko- und Kostenergebnis) benennen und diese dem Versicherungsnehmer insbesondere im Hinblick auf die Entstehung, Verteilung und Verwendung der Gewinne erläutern.

Die **Beklagte bestritt** und brachte im Wesentlichen vor:

Ein Sterblichkeitsgewinn falle in der Regel nicht bei der Rentenversicherung an, denn solcher entstehe nur wenn der Versicherte früher sterbe als die durchschnittliche Lebenserwartung sei. Bei steigender Lebenserwartung, lebe der Versicherte jedoch länger und nehme die lebenslange Rente aus diesem Grund auch länger in Anspruch.

Die von der Klägerin genannten Gewinnbestandteile seien über die Berechnung der Mindestbemessungsgrundlage nach § 4 LV-GBV ohnedies Bestandteil des „Zinsgewinnanteiles“.

Nachdem die genaue Ermittlung und Verteilung der Gewinnbeteiligung in der LV-GBV geregelt und von der FMA deren Einhaltung überwacht werde, bedürfe es keiner konkreten Vereinbarung zur Berechnung der Gewinnbeteiligung mit dem Versicherungsnehmer. Die gegenständliche Klausel habe daher reinen Informationscharakter.

In rechtlicher Hinsicht ist zu erwägen:

Der Gesamtzins sind nicht nur Veranlagungsgewinne, sondern auch Kosten- und Sterblichkeitsgewinne. Der größte Teil besteht jedoch aus dem Veranlagungsgewinn und nur



ein geringer aus dem Sterblichkeitsgewinn.

Im Versicherungsvertrag kann dem Versicherungsnehmer über die Versicherungsleistung hinaus eine Beteiligung am Überschuss eingeräumt werden. Dabei handelt es sich um eine erfolgsabhängige Prämienrückerstattung. Um auch bei möglichen ungünstigen Entwicklungen die langfristige Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen zu gewährleisten, werden für längerfristige Lebensversicherungsverträge vorsichtige Rechnungsgrundlagen (etwa Sicherheitszuschlag bei Prämien, niedriger Rechnungszinssatz) angesetzt. Im Regelfall ergeben sich aus den bei Prämienberechnung erfolgten Sicherheitszuschlägen, aus Sterblichkeits- und Zinsgewinnen und aus Kostenersparnis Überschüsse. Die wichtigste Quelle für die Gewinnbeteiligung ist dabei die Differenz zwischen den tatsächlichen Erträgen und der kalkulatorisch angesetzten Verzinsung (Rechnungszins) der Kapitalanlagen zur Bedeckung der versicherungstechnischen Rückstellung. Bei diesen Überschüssen handelt es sich nicht um Unternehmensgewinne im herkömmlichen Sinn, welche dem Versicherungsunternehmen zur Disposition überlassen sind, vielmehr müssen diese Überschüsse – vor allem aufgrund der Pflicht zur Interessenwahrung – den Versicherten wieder zugutekommen. Die so erwirtschafteten Überschüsse sollen daher möglichst ungeschmälert – gem. § 18 Abs 4 VAG muss es ein „angemessener Teil des Überschusses“ sein – den Versicherten in Form einer Überschuss-(Gewinn-)beteiligung zukommen; eine genauere Regelung über Ausmaß der Überschussbeteiligung sowie Überschussverteilung enthält das VAG nicht, jedoch ermächtigt § 18 Abs 4 VAG die FMA durch Verordnung die Parameter für die Bemessung der Höhe der Gewinnbeteiligung sowie das Ausmaß der Informationspflichten zu regeln. Die FMA hat die Gewinnbeteiligungsverordnung (GBVVU) erlassen. Vom Anwendungsbereich der Verordnung sind klassische Lebensversicherungen, betriebliche Kollektivversicherungen und kapitalanlageorientierte Lebensversicherungen erfasst, für die ein gesonderter Deckungsstock gem. § 20 Abs 2 Z 1, 2 oder 4a VAG eingerichtet wurde. Gem. § 2 GBVVU hat die Höhe der Gewinnbeteiligung mindestens 85 % der Bemessungsgrundlage zu betragen, wobei § 3 GBVVU detaillierte Vorgaben für die Errechnung der Bemessungsgrundlage bereitstellt. Damit ist ein Rahmen für die Gewinnbeteiligung vorgegeben, die Festlegung des genauen Ausmaßes der Überschussausschüttung bleibt jedoch innerhalb dieses Rahmens der unternehmerischen Entscheidung des Versicherers vorbehalten. Ein Anspruch des Versicherungsnehmers auf eine Beteiligung in bestimmter Höhe besteht daher nicht. (*Kalss/Oppitz/Zoller, Kapitalmarktrechte, § 33, Rz 10*)

Der Klägerin ist beizupflichten, dass aus dem Klauselwortlaut „Zinsgewinnanteil“ und der anschließenden Definition lediglich eine Beteiligung am Veranlagungszins und nicht auch an

Risiko- und Kostengewinnen, wie das gemäß § 92 Abs 4 VAG 2016 iVm § 4 LV-GBV aufsichtsrechtlich zwingend vorgeschrieben ist, zu entnehmen ist.

Die Klausel verstößt aber auch gegen § 135c Abs 1 Z 3 VAG 2016 iVm § 9 LV-InfoV 2018, denn gem. § 9 LV-InfoV 2018 muss die Vereinbarung zur Gewinnbeteiligung die einzelnen Gewinnkomponenten (Kapital-, Risiko- und Kostenergebnis) benennen und diese dem Versicherungsnehmer insbesondere im Hinblick auf die Entstehung, Verteilung und Verwendung der Gewinne erläutern.

Für einen durchschnittlich verständigen und redlichen Versicherungsnehmer ist nicht ersichtlich, dass unter „Zinsgewinnanteil“ auch Kosten- und Sterblichkeitsgewinne erfasst sind. Der Verbraucher soll in die Lage versetzt werden, sich mit angemessenem Aufwand ein Bild über diejenigen Rechte und Pflichten zu machen, die mit dem von ihm in Aussicht genommenen Vertrag verbunden sind (Abschlusstransparenz), was bei beanstandeter Klausel nicht der Fall ist. Demnach verstößt die Klausel gegen § 6 Abs 3 KSchG und der Klägerin ist aus den angeführten Gründen beizupflichten und die Klausel zu verbieten.

#### Zur Wiederholungsgefahr

Nach ständiger Rechtsprechung beseitigt nur die vollständige Unterwerfung unter den Anspruch die Wiederholungsgefahr. Selbst wenn einige Klauseln bei Neuverträgen nicht mehr verwendet werden würden, ändert dies nichts am Bestehen der Wiederholungsgefahr, da die Beklagte die Abgabe einer Unterlassungserklärung für die gegenständlichen Klauseln, zu welcher Sie mittels eingeschriebenem Brief vom 10.08.2021 von der Beklagten aufgefordert wurde, abgelehnt hat und deren Verwendung zugesteht.

#### Zur Angemessenheit der Leistungsfrist:

Die Beklagte beantragte ihr eine Umsetzungsfrist von mindestens sechs Monaten einzuräumen mit der wesentlichen Begründung, dass sie Formulare mit den Klauseln in vielen unterschiedlichen Unterlagen, welche automationsunterstützt generiert werden, verwende. Eine Änderung erfordere daher die Anpassung in den unterschiedlichen IT-Systemen. Da es sich hier um gleich 19 Klauseln handle, sei die Umsetzung, wenn sie zur Nichtanwendung verpflichtet werden würden, mit einem erheblichen Aufwand verbunden.

#### Rechtlich folgt:

Die Bestimmung des § 409 ZPO ist auf reine Unterlassungsansprüche nicht anzuwenden. Die urteilsmäßige Verpflichtung zu einer reinen Unterlassung – also nicht zu einer Unterlassung, die auch ein positives Tun, wie etwa eine Beseitigung, umfasst – tritt daher sofort mit der Wirksamkeit des Urteils (§ 416 ZPO) ein (RS0041265). Das Unterlassungsbegehren richtet sich auf die Unterlassung der Verwendung der Klauseln.

Die Verpflichtung, Allgemeine Geschäftsbedingungen zu ändern, stellt nach gefestigter Rechtsprechung keine reine Unterlassung dar, sodass gemäß § 409 Abs 2 ZPO eine angemessene Leistungsfrist zu setzen ist. Nach § 409 Abs 2 ZPO hat das Gericht, wenn in einem Urteil die Pflicht zur aktiven Änderung eines Zustands auferlegt wird, zur Erfüllung dieser Verbindlichkeit unter Berücksichtigung der persönlichen Verhältnisse des Verpflichteten eine angemessene Frist zu bestimmen (5 Ob 118/13h mwN). Dies ist von Amtswegen wahrzunehmen (1 Ob 2324/96p, 4 Ob 50/89, abgedruckt in ÖBl 1990, 55). In der Entscheidung 4 Ob 130/03a hat der Oberste Gerichtshof bei zehn zu ändernden Klauseln eine Frist von drei Monaten (vgl auch 6 Ob 24/11i; 7 Ob 44/13s: jeweils drei Monate), in 10 Ob 70/07b für 21 zu unterlassende/ändernde Klauseln eine Leistungsfrist von sechs Monaten für angemessen erachtet, ebenso in 1 Ob 162/20k bei letztlich 10 Klauseln zu ändern waren, wobei eine längere Frist beantragt war. In der Entscheidung 6 Ob 120/15p wurde eine Frist von sechs Monaten gewährt, was mit der hohen Zahl (47) der zu ändernden Klauseln begründet wurde.

In Anbetracht der 13 zu ändernden Klauseln in den unterschiedlichsten Unterlagen und der Pflicht zur Unterlassung der Verwendung, was eine gewisse administrative Tätigkeit sowie Systemanpassung voraussetzt, als auch unter Berücksichtigung der für die Anpassung notwendigen mehrstufigen Prozesse sowie in Anbetracht des berücksichtigungswürdigen Interesses des Konsumentenschutzes, die Klauseln schnellstmöglich zu ändern, ist eine Leistungsfrist von 6 Monaten für das Unterlassen der Verwendung der Klauseln angemessen. Die Angemessenheit der Dauer der Leistungsfrist von 6 Monaten erscheint in Anbetracht der Größe und Aufstellung der Beklagten sowie in Relation zur genannten höchstgerichtlichen Judikatur als angebracht. Anhaltspunkte, die eine längere Frist notwendig erscheinen ließen erschließen sich dem Gericht nicht, zumal vor allem das Interesse der Kunden, der Öffentlichkeit und der Mitbewerber, die rechtskonforme Klauseln verwenden, an der Verwendung gesetzmäßiger Klauseln mitzuberücksichtigen. Es ist immer (auch) darauf Bedacht zu nehmen, dass der Unternehmer seine Rechtsposition aus den rechtswidrigen Klauseln keinesfalls ohne Notwendigkeit aufrecht erhalten können soll, weshalb eine einzuräumende Leistungsfrist im Zweifel kurz zu bemessen ist (9 Ob 82/17z mwN).

### Zum Urteilsveröffentlichungsbegehren:

Die Klägerin beantragte die Urteilsveröffentlichung in einer Samstagsausgabe des redaktionellen Teils der „Kronen Zeitung“, bundesweit erscheinende Ausgabe. Sie begründete dies damit, dass die betroffenen Verbraucherkreise ein berechtigtes Interesse an einer Aufklärung über das Verhalten der Beklagten hätten. Auch eine Fortsetzung bzw. Wiederholung des Verhaltens solle verhindert werden.

Die Beklagte wendete sich gegen das Urteilsveröffentlichungsbegehren: Es sei überzogen. Sie habe die beanstandeten Klauseln ausschließlich ihren Versicherungsnehmern gegenüber verwendet, weshalb eine Aufklärung lediglich ihnen gegenüber und nicht dem gesamten Rechtsverkehr als sinnvoll erachtet werde. Ausreichend wäre aus diesem Grund eine Veröffentlichung auf der Homepage der Klägerin, da die Versicherungsnehmer typischerweise über die eigene Homepage mit der Beklagten in Kontakt treten.

§ 30 Abs 1 KSchG ordnet an, dass unter anderem § 25 Abs 3 bis 7 UWG für die Verbandsklage sinngemäß zu gelten hat. Gemäß § 25 Abs 3 UWG hat das Gericht der obsiegenden Partei, wenn diese daran ein berechtigtes Interesse hat, auf Antrag die Befugnis zuzusprechen, das Urteil innerhalb einer bestimmten Frist auf Kosten des Gegners zu veröffentlichen.

Die Urteilsveröffentlichung im Verfahren über eine Verbandsklage nach § 28 KSchG verfolgt den gleichen Zweck wie die Urteilsveröffentlichung nach § 25 UWG. Zweck der Urteilsveröffentlichung ist es, eine durch den Wettbewerbsverstoß hervorgerufene unrichtige Meinung wieder richtig zu stellen und zu verhindern, dass die Meinung weiter um sich greift (4 Ob 130/03a [T19]).

Zweck der Urteilsveröffentlichung ist es [auch], über die Rechtsverletzung aufzuklären und den beteiligten Verkehrskreisen Gelegenheit zu geben, sich entsprechend zu informieren, um vor Nachteilen geschützt zu sein. In der Regel ist die Urteilsveröffentlichung in einem solchen Umfang zuzusprechen, dass die Verkehrskreise, denen gegenüber die Rechtsverletzung wirksam geworden ist, über den wahren Sachverhalt bzw. den Gesetzesverstoß aufgeklärt werden (RS0121963 [T9]). Die Urteilsveröffentlichung soll also vor allem das Publikum aufklären und einer Weiterverbreitung unrichtiger Ansichten entgegenwirken (RS0079820). Die Berechtigung des Begehrens nach Urteilsveröffentlichung hängt davon ab, ob ein schutzwürdiges Interesse der Klägerin an der Aufklärung des Publikums im begehrten Ausmaß besteht (RS0079737).

Die Beklagte ist ohne Einschränkungen auf ein bestimmtes Zielpublikum tätig. Außerdem geht der Zweck der Urteilsveröffentlichung im Verbandsverfahren nach der stRsp des OGH über eine Information der konkret betroffenen Kunden hinaus. Vielmehr sollen allgemein die beteiligten Verkehrskreise (also auch potenzielle Kunden, Konkurrenten und andere Marktteilnehmer) von der Sach- und Rechtslage informiert werden (vgl. RS0121963 [T7]).

Hier dient die Veröffentlichung dazu, aktuelle und potenzielle, aber auch ehemalige Vertragspartner der Beklagten über die Rechtswidrigkeit einzelner von der Beklagten angewandter Geschäftspraktiken aufzuklären. Solche ehemaligen Vertragspartner der Beklagten werden in vielen Fällen auf deren Internetseite gar nicht mehr zurückkehren. Eine Beschränkung der Veröffentlichung zB bloß auf die Internetseite der Beklagten würde dieser Zielsetzung also nicht gerecht werden (vgl. RS0123550, 4 Ob 18/08p). Deshalb erfordert hier der Zweck der Urteilsveröffentlichung auch eine Veröffentlichung in einem Printmedium mit großer Auflagezahl (vgl. RS0121963 [T13]). Die Homepage der Klägerin, wie die Beklagte vorbringt, würde dem ebenso wenig genüge tun. Die Verbraucher als Gesamtheit haben ein Recht, darüber aufgeklärt zu werden, dass bestimmte von der Beklagten in deren Geschäftsverkehr verwendete Allgemeinen Geschäftsbedingungen gesetz- bzw. sittenwidrig sind. Es besteht somit ein berechtigtes Interesse gemäß § 25 Abs 3 UWG iVm § 30 Abs 1 KSchG an der Urteilsveröffentlichung durch die Klägerin. Zweck der Urteilsveröffentlichung ist es grundsätzlich eine Breitenwirkung des klagsstattgebenden Urteilspruchs zu ermöglichen und die Verbraucher auf diesem Weg über die Rechtslage aufzuklären.

Die Beklagte betreibt ein bundesweit tätiges Versicherungsunternehmen. Laut einer Übersicht der Statistikseite „statista.com“ hatte die Beklagte 2019 einen Marktanteil von rund 17,93 % bei Lebensversicherungen in Österreich. Ihr Prämienaufkommen in der Lebensversicherung betrug in diesem Jahr laut Versicherungsstatistik der FMA rund € 983 Mio. Damit ist klar, dass die Beklagte bei einem Markt von rund 10 Mio. Lebensversicherungsverträgen in Österreich eine siebenstellige Zahl solcher Verträge abgeschlossen hat und die Klausel daher einer Vielzahl von Versicherungsverträgen zugrunde liegt. Eine Veröffentlichung im redaktionellen Teil der bundesweiten Samstagsausgabe der „Kronen Zeitung“ des stattgebenden Urteils ist unter Anwendung der Abwägungsgrundsätze des Talionsprinzips angemessen.

Die Kostenentscheidung gründet sich auf § 43 Abs 1 ZPO. Einwände wurden nicht erhoben. Die Klägerin hat bis zur Klageeinschränkung mit rund 73,25% obsiegt, sodass sie Anspruch auf Ersatz von 73,25% ihrer Barauslagen (PG) und 46,50% ihrer Kosten hat, nach Klageeinschränkung mit 76,47 %, sodass sie Anspruch auf Ersatz von 76,47% ihrer

Barauslagen (Fahrtkosten) und 52,94% ihrer Kosten hat.

**Handelsgericht Wien, Abteilung 53**  
**Wien, 19.08.2022**  
**Mag.<sup>a</sup> Christiane Kaiser, LL.M (WU) Richterin**

Elektronische Ausfertigung  
gemäß § 79 GOG