

makler

# intern



02/2026

## Das Leben ist Veränderung

Das stille Ende des Allrounders. Warum unser Beruf ein neues Rollenbild braucht.

*Zeitloser Stil.*

# NEUE GENERATION.



DER MINI COOPER.



MINI Cooper: von 115 kW (156 PS) bis 170 kW (231 PS), Kraftstoffverbrauch kombiniert in l/100 km: 5,9–6,8, CO<sub>2</sub>-Emissionen kombiniert in g/km: 133–154. Angegebene Verbrauchs- und CO<sub>2</sub>-Emissionswerte ermittelt nach WLTP.



Mag. Alexander  
GIMBORN,  
Präsident ÖVM

Geschätzte Kolleginnen und Kollegen,

es gibt Momente, in denen man spürt: Hier entsteht mehr als nur ein neues Unternehmen. Hier entsteht ein Signal. Ein Signal dafür, dass die ungebundene Versicherungsmaklerschaft in Österreich nicht nur beobachtet, was sich am Markt verändert, sondern aktiv mitgestaltet.

Mit der Neugründung der Thaleon5 GmbH hat der ÖVM gemeinsam mit einem starken Konsortium einen solchen Meilenstein gesetzt. In einer Branche, die sich rasant verändert, in der digitale Prozesse, neue Kundenerwartungen, regulatorische Anforderungen und veränderte Marktstrukturen täglich neue Herausforderungen schaffen, braucht es Antworten, die aus der Praxis kommen. Antworten von jenen, die den Alltag im Maklerbüro kennen. Von jenen, die wissen, worauf es in der Beratung, in der Abwicklung, in der Kommunikation mit Kundinnen und Kunden und in der Zusammenarbeit mit Versicherern wirklich ankommt.

Genau deshalb ist dieser Schritt so bedeutsam: **Wenn Makler für Makler denken, entwickeln und gestalten, entsteht etwas Besonderes.**

Thaleon5 steht nicht nur für ein neues Angebot im Reiseversicherungsbereich. Thaleon5 steht für eine Haltung. Für den Anspruch, Lösungen zu schaffen, die nicht an den Bedürfnissen der Praxis vorbeigehen, sondern direkt aus ihr heraus entstehen. Für Produkte und Prozesse, die den Makler stärken, statt ihn zu umgehen. Für eine Entwicklung, die zeigt: Die unabhängige Beratung hat Zukunft – wenn wir bereit sind, diese Zukunft selbstbewusst mitzubauen.

Der ÖVM versteht sich seit jeher als Interessenvertretung, Impulsgeber und Plattform für die österreichischen Versicherungsmaklerinnen und Versicherungsmakler. Mit der Beteiligung an dieser Initiative wird einmal mehr sichtbar, wie wichtig es ist, Kräfte zu bündeln. Denn gerade in Zeiten großer Veränderung liegt die Stärke nicht im Einzelkämpfertum, sondern im gemeinsamen Gestalten. Unterschiedliche Erfahrungen, Marktkenntnis, technologische Kompetenz und unternehmerischer Mut werden hier zusammengeführt – mit dem klaren Ziel, den Maklerberuf nachhaltig zu stärken.

Besonders erfreulich ist, dass diese Initiative nicht von außen an unsere Berufsgruppe herangetragen wurde, sondern aus der Maklerschaft selbst heraus entstanden ist. Das macht den Unterschied. Denn wer täglich mit Kundinnen und Kunden arbeitet, wer Risiken erklärt, Verträge vergleicht, Schadenfälle begleitet und Vertrauen aufbaut, weiß genau, welche Lösungen gebraucht werden. Dieses Wissen ist wertvoll. Und es verdient, in Innovationen übersetzt zu werden.

Thaleon5 kann daher als Beginn einer neuen Qualität der Zusammenarbeit verstanden werden. Als Beweis dafür, dass wir als Berufsstand nicht nur reagieren müssen, sondern gestalten können. Als Einladung, mutig weiterzudenken. Denn eines ist klar: Die Versicherungsbranche wird sich weiter verändern. Neue Technologien, neue Vertriebswege und neue Kundenbedürfnisse werden auch in Zukunft Bewegung in den Markt bringen. Umso wichtiger ist es, dass wir als ungebundene Versicherungsmaklerinnen und Versicherungsmakler unsere Rolle aktiv definieren.

Möge Thaleon5 daher nicht nur ein erfolgreicher neuer Marktteilnehmer werden, sondern auch ein Vorbild für viele weitere Innovationen: praxisnah, maklerorientiert, qualitätsbewusst und zukunftsgerichtet. Denn wenn Makler für Makler designen, entsteht nicht einfach ein Produkt. Es entsteht ein Stück Zukunft für unseren Berufsstand.

Euer Axel (Gimborn)



## Kurioses aus der Versicherungswelt

# Wenn die Vollmacht plötzlich schüchtern wird – ein Kasko-Krimi aus dem Büroalltag

Ein tapferer Versicherungsmakler, ausgestattet mit einer Vollmacht, so umfangreich wie ein Telefonbuch aus den 90ern, begibt sich auf eine heldenhafte Mission: Er möchte eine schlichte Kopie einer Kasko-Polizze. Kein Gold, kein Staatsgeheimnis – nur Papier. Viel Papier.

Der Weg führt ihn zur Bank-Tochter eines großen Automobilimporteurs. Also dorthin, wo man davon ausgeht, dass Autos, Finanzierung und Versicherung in harmonischer Dreifaltigkeit zusammenleben. Doch weit gefehlt.

Die Antwort kommt prompt und mit der Ernsthaftigkeit eines Notars bei der Testamentseröffnung: „Das geht leider nicht. Uns fehlt die Enthebung des Bankgeheimnisses.“

Erstmal Stille.

Der Makler blickt auf seine Vollmacht. Diese erlaubt ihm gefühlt alles – vom Vertragsabschluss bis zur Schadensabwicklung, vermutlich auch das Öffnen eines hypothetischen Tresors. Nur eines offenbar nicht: die heilige Kuh des Bankgeheimnisses streicheln.

Man könnte meinen, es gehe um Kontobewegungen eines Oligarchen oder geheime Offshore-Konstruktionen. Nein – es geht um eine Kasko-Polizze. Ein Dokument, das im Regelfall ungefähr so geheim ist wie das Rezept für Spaghetti mit To-

matensauce. Doch irgendwo in den Tiefen der Konzernstruktur hat offenbar jemand beschlossen: „Sicherheit geht vor – wir sagen lieber einmal zu oft nein.“ Und so wird aus einer simplen Anfrage ein bürokratisches Abenteuer.



Das eigentlich Faszinierende? Nicht der Einzelfall. Sondern die Erkenntnis, dass selbst große, bestens ausgestattete Organisationen gelegentlich mit der rechtlichen Landkarte auf dem Kopf unterwegs sind. Während draußen die Welt von Digitalisierung, Effizienz und Kundenorientierung spricht, wird drinnen noch geprüft, ob die Vollmacht auch wirklich jedes denkbare Universum abdeckt.

Am Ende bleibt die Frage: Wer braucht eigentlich Kabarett, wenn es den Alltag gibt? Oder anders gesagt: Wenn Großkonzerne beginnen, rechtliche Basics kreativ zu interpretieren, dann wird's für alle anderen... zumindest unterhaltsam.

## Impressum:

### Medieninhaber & Herausgeber:

ÖVM – Österreichischer Versicherungsmaklerring und Verband der Risk-Manager und Versicherungs-Treuhänder, Gottfried Alber Gasse 5/5, 1140 Wien  
ZVR Zahl 936144042  
Tel.: +43 (0)1 41693333, Fax: +43 (0)1 41693334  
Mail: office@oevm.at, Web: www.oevm.at

### Vereinszweck:

Der ÖVM ist ein gemeinnütziger, parteipolitisch unabhängiger Verein, der es sich zur Aufgabe gemacht hat, Fachwissen in allen Zweigen der öffentlichen und privaten Versicherung sowie im Bereiche der Finanzdienstleistungen zu fördern, die Gelegenheit zur Vertiefung von Fachwissen zu bieten und die Weiterentwicklung des Berufsstandes aufgrund vorhandener und künftiger gesetzlicher Bestimmungen sowie der EU-Empfehlungen, EU-Richtlinien, der Ständeregeln und der Berufsordnung zum „Risk-Manager“ und „Versicherungs-Treuhänder“ zu fördern. Der ÖVM ist bemüht, das Verständnis für die Grundlagen des Versicherungswesens und Finanzdienstleistungswesens im Allgemeinen, in der Öffentlichkeit zu verbreiten, sowie zweckdienliche Einflussnahmen auf neue Gesetze, Verordnungen, Richtlinien und Normen, die das Versicherungswesen betreffen, auszuüben. Aktuelle Fragen, betreffend das gesamte Sachgebiet des Versicherungswesens, werden laufend in Form von Stellungnahmen beantwortet.

### Vorstand:

Präsident: Mag. Alexander Gimbrorn  
Vizepräsident: Ing. Alexander Punzl  
Vizepräsident: Mag. Alexander Meixner  
Schriftführer: Mag. Erwin Weintraud

### Verlagsort:

Gottfried Alber Gasse 5/5, 1140 Wien

### Redaktionsteam:

ÖVM Sekretariat

### Layout & grafische Produktion:

Klepp & Partners Werbeagentur GmbH, Fotos: ÖVM, shutterstock, fotolia

### Druck:

KurzDRUCK GmbH

### Blattlinie:

Informationen für Vereinsmitglieder, Fachinformation zu Versicherungsthemen, Rechtliche Informationen

Sämtliche Angaben in dieser Zeitschrift erfolgen trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr. Eine Haftung der Autoren, der Herausgeber sowie des Verlags ist ausgeschlossen. Fremde Inhalte sowie Inhalte von Werbungen und PR-Artikeln werden nicht auf deren Richtigkeit und Wahrheitsgehalt kontrolliert. Aufsätze und Artikel Dritter geben die Meinung des jeweiligen Verfassers wieder, welche sich nicht mit jener der Redaktion decken muss. Deren Wiedergabe stellt keine Empfehlung dar.

Mit der Übermittlung von Inhalten zur Veröffentlichung an den ÖVM räumt der Autor das übertragbare, zeitlich und örtlich unbeschränkte ausschließliche Werknutzungsrecht (§ 24 Urhebergesetz) der Veröffentlichung in dieser Zeitschrift ein, einschließlich des Rechts der Vervielfältigung in jedem technischen Verfahren (z.B. Druck, Vervielfältigung auf Datenträgern jeder Art, Speicherung In- und Ausgabe durch Datenbanken) ein.

Der Nachdruck, wenn auch nur auszugsweise, ist nur mit Zustimmung der Redaktion unter Angabe der Quelle gestattet. Dies gilt auch für die Aufnahme in elektronische Datenbanken und Vervielfältigungen auf Datenträgern jeder Art, beispielsweise CD-Rom, etc.



# INHALT

## INHALTSVERZEICHNIS

### ÖVM/INTERN



Kurioses aus der Versicherungswelt – Wenn die Vollmacht plötzlich schüchtern wird – ein Kasko-Krimi aus dem Büroalltag **4**

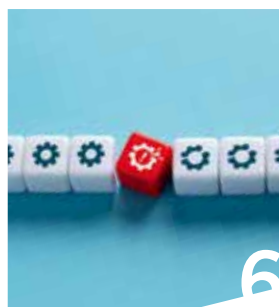
EURIBRON – Der strategische Hebel für ÖVM–Makler bei der Akquise internationaler Gewerbe- und Industriekunden **14**

Rezensionen – Bücher, die in keinem Maklerbüro fehlen sollten! **24**

ÖVM-Mitglieder vor den Vorhang, Teil 15  
Vertrauen ist unser stärkstes Produkt  
Isabell Gänser-Schnöll, Prokuristin VD SPAR Versicherungsdienst **30**

Die Reise geht weiter – ÖVM zeigt einmal mehr den Puls der Zeit: Thaleon5 als starke Initiative aus dem Maklermarkt heraus **38**

### RECHT



Innere Betriebsschäden in der Maschinenbruchversicherung **6**

Serie juristische Begriffe – Transparenzgebot des § 6 Abs 3 KSchG **13**

Dread Disease im Praxis-Check – Was leistet die Dread-Disease-Versicherung eigentlich? **26**

VfGH kippt § 12 Abs. 3 VersVG – Ende der „einjährigen Klagsfrist“ nach Deckungsablehnung **32**

VersVG-Bestimmungen in der Praxis – § 39 VersVG (Folgeprämienverzug) **34**

Fehlfunktion einer PEG-Sonde ist eine plötzlich auftretende Erkrankung!  
70b 32/25v **41**

### WIRTSCHAFT & STEUER



Das stille Ende des Allrounders – Wie KI den Versicherungsvertrieb neu sortiert – und welche Makler davon profitieren **16**

Game on für Versicherungsmakler – Warum unser Beruf ein neues Rollenbild braucht **20**

Serie Sozialversicherung – Mehr Beitrag, weniger Leistung? – Die neue Realität der Krankenversicherung für Pensionisten **40**

### ÖVA/AUSBILDUNG



Die KI-Panik und ich – eine Bestandsaufnahme – Warum ich keine Angst mehr vor dem nächsten KI-Webinar habe. Und warum manche Kollegen langsam aufwachen sollten **36**



# Innere Betriebsschäden in der Maschi



SISSY FURGLER

MAG. DR. ROMAN  
POBATSCHNIG  
FCI Arb, Rechtsanwalt

## I. Einleitung

Die Maschinenbruchversicherung gilt traditionell als eine der zentralen Absicherungen für industrielle und gewerbliche Betriebe. Sie verspricht Schutz vor einer Vielzahl plötzlich und unvorhergesehen eintretender Schäden an Maschinen und maschinellen Anlagen und wird vom Versicherungsnehmer nicht selten als „Vollkaskolösung“ für den technischen Betrieb verstanden. Gerade diese Erwartungshaltung steht jedoch immer wieder im Spannungsfeld zur tatsächlichen vertraglichen Risikobegrenzung, wie sie sich aus den Versicherungsbedingungen und ihrer praktischen Anwendung ergibt.

Besondere Schwierigkeiten bereitet in diesem Zusammenhang der Ausschluss sogenannter „**innerer Betriebsschäden**“. Obwohl die einschlägigen Musterbedingungen keinen solchen Ausschluss vorsehen, ist er am Versicherungsmarkt dennoch weit verbreitet und häufig zur Deckungsablehnung. In der Schadenregulierungspraxis bereitet die Frage des Anwendungsumfanges dieses Deckungsausschlusses und die Abgrenzung zu ausdrücklich versicherten Ursachen (z.B. Konstruktions-, Material- oder Herstellungsfehlern) regelmäßig zu Problemen. Dieser Beitrag greift diese Unklarheiten auf und zeigt auf, wie der Begriff des inneren Betriebsschadens zu verstehen ist und wo die maßgeblichen Abgrenzungslinien verlaufen. Anhand typischer Schadenkonstellationen aus

der Regulierungspraxis werden zudem praxisnahe Anhaltspunkte dargestellt, die Versicherungsmaklern dabei helfen sollen, Schadenursachen besser einzuordnen und Versicherungsnehmer bei der Schadenaufbereitung und Beweisführung gezielt zu unterstützen.

## II. Versicherte Maschinenbruchschäden

In der Maschinenbruchversicherung besteht grundsätzlich Versicherungsschutz für plötzlich und unvorhergesehen eintretende Sachschäden an versicherten Maschinen und maschinellen Anlagen aller Art. Versichert sind dabei solche, die am in der Police angegebenen Standort betriebsbereit installiert sind und – soweit keine Pauschalversicherung für den gesamten Maschinenpark abgeschlossen wurde – in der Maschinenliste angeführt werden. In den Versicherungsschutz können auf Antrag auch Ersatzteile der versicherten Maschinen einbezogen werden. Der Deckungsumfang der Maschinenbruchversicherung erstreckt sich auf plötzlich und unvorhergesehen eintretende Beschädigungen oder Zerstörungen der versicherten Sachen durch ein breites Spektrum an Gefahren, die sich in folgende Kategorien gliedern lassen:

Zu den „**menschlichen Gefahren**“ zählen etwa Bedienungsfehler, Ungeschicklichkeit, Fahrlässigkeit sowie böswillige Handlungen (Art. 2.1.1. AMB). Im Bereich der **elektrischen Gefahren** sind



# maschinenbruchversicherung

sowohl Schäden durch die Energie des elektrischen Stromes an elektrischen Einrichtungen (z.B. Überspannung, Kurzschluss, Isolationsfehler oder Überlastung) gedeckt, als auch Schäden durch Überspannung oder Induktion infolge von Blitzschlag oder atmosphärischer Entladung (Art. 2.1.2. AMB). Die **technischen Gefahren** umfassen einerseits vom Maschinenhersteller planwidrig hervorgerufene Schäden in Form von Konstruktions-, Berechnungs-, Guss-, Material- und Herstellungsfehler (Art. 2.1.3. AMB) einschließlich das Versagen von Mess-, Regel-, Steuer- oder Sicherheitseinrichtungen (Art. 2.1.8. AMB). Andererseits sind auch die im laufenden Betrieb durch den Maschinenanwender hervorgerufene Schäden durch Zerbersten infolge von Zentrifugalkraft (Art. 2.1.4. AMB), Wassermangel in Dampfkesseln und Apparaten (Art. 2.1.5. AMB), Implosion und sonstige Unterdruckwirkungen (Art. 2.1.6. AMB) sowie Überdruck (mit Ausnahme von Explosionen; Art. 2.1.7. AMB) gedeckt. Als **Elementargefahren** sind Schäden durch Sturm, Schneedruck, Frost und die unmittelbare Wirkung von Eisgang versichert (Art. 1.9. AMB). Als „**Auffanggefahr**“ sind überdies alle von außen mechanisch einwirkende Ereignisse gedeckt (Art. 1.10. AMB).

Für Baugruppen mit Halbleiterbauelementen und deren interne Datenträger gilt dagegen eine eingeschränkte Sonderregelung (Art. 2.2. AMB): Deckung besteht hier nur, soweit eine der genannten versicherten Gefahren nachweislich von außen eingewirkt hat. Bei Schäden durch menschliche oder elektrische Gefahren darüber hinaus nur dann, wenn die Beschädigung ohne Hilfsmittel visuell erkennbar ist.

Die Risikoausschlüsse der Maschinenbruchversicherung erfassen nach Art. 4.1.1.-4.1.5 AMB die „**klassischen**“ **Sachgefahren**

(u.a. Brand, Blitzschlag, Explosion, Flugzeugabsturz, Einbruchdiebstahl etc), **politische und hoheitliche Gefahren** (u.a. Krieg, Terrorismus, innere Unruhen, Streik und behördliche Verfügungen sowie **Elementargefahren** (Erdbeben, Eruption, Kernenergie, Hochwasser, Lawinen und Erdbeben). Im Bereich der **verschuldens- und betriebsbezogenen Ausschlüsse** entfällt der Versicherungsschutz bei vorvertraglichen bekannten Mängeln, Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit leitender Personen, der Inbetriebnahme vor abgeschlossener Wiederherstellung sowie beim bestimmungsgemäßen Ansprechen von Sicherungselementen (Art. 4.1.6.-4.1.12. AMB). Kein Schutz besteht ferner für **technischen Verschleiß**, also dauerhafte Einwirkungen, Alterung, Korrosion und Ablagerungen sowie vorhersehbare Witterungsschäden (Art. 4.1.8., 4.1.11. AMB), und für **Bagatellschäden** wie reine Oberflächenschäden oder **bestimmte Transportschäden** an fahrbaren Maschinen (4.1.14. AMB). Schließlich sind Schäden im **Verantwortungsbereich des Lieferanten** (insbesondere: Gewährleistungsfälle) vom Versicherungsschutz ausgenommen, was im Übrigen auch dann gilt, wenn der Versicherungsnehmer selbst als Lieferant auftritt (Art. 4.3. AMB). Besteht ein Wartungsvertrag, der denselben Schaden abdeckt, geht dieser Anspruch dem Versicherungsvertrag kraft Subsidiaritätsanordnung in Art 4.4. AMB vor.

In der Praxis werden über die in Art. 4 AMB geregelten Ausschlüsse hinaus häufig weitere Risikoausschlüsse durch individuelle Klauseln der Versicherer vereinbart. Besondere Schwierigkeiten bereitet dabei der Ausschluss sogenannter innerer Betriebschäden.

»



### III. Innere Betriebsschäden

Auch wenn die Musterbedingungen zur Maschinenbruchversicherung keinen Ausschluss von inneren Betriebsschäden kennen, findet sich dieser Deckungsausschluss in zahlreichen in der Praxis verwendeten Versicherungsbedingungen. Dabei findet man häufig folgende wortgetreue oder ähnliche Formulierung: **„Der Versicherer leistet keine Entschädigung für innere Betriebsschäden. Entschädigung wird jedoch geleistet für Schäden, die infolge eines inneren Betriebsschadens eintreten.“** Was unter einem solchen „inneren Betriebsschaden“ zu verstehen ist, wird in den Bedingungswerken allerdings regelmäßig nicht (näher) definiert und führt daher in der Praxis häufig zu Diskussionen mit dem Versicherer bei der Schadenregulierung. Was hierunter zu verstehen ist, soll im Nachgang näher besprochen werden.

Nach der höchstgerichtlichen **Rechtsprechung** (insbesondere VersE 2597 und 2522) sind „**Betriebsschäden**“ im Allgemeinen solche Schäden, die im Rahmen der **bestimmungsgemäßen Verwendung** einer Maschine eintreten und aus dem **gewöhnlichen Betriebsrisiko** resultieren. Nach der vielfach zitierten Entscheidungen zu VersE 1412 ist das jedenfalls dann der Fall, wenn ein Schaden „*durch eine Einwirkung entstand, der eine Sache gewöhnlich ausgesetzt ist und die es ohne weiteres überstehen muss*“. Das OLG Graz hat diese Überlegungen offenbar seiner jüngst ergangenen, in Rechtskraft erwachsenen Entscheidung zur Zahl 3 R 81/25v für Zwecke der Konkretisierung des „*inneren Betriebsschadens*“ zugrunde gelegt. Demnach sei darunter ein Schaden zu verstehen, der bei gewöhnlicher Nutzung „*aus dem Betrieb der Maschine heraus*“ entsteht und „*nicht auf eine äußere Einwirkung auf die versicherte Sache zurückzuführen*“ ist. Diese Konkretisierung mit Blick auf die Kausalitätsrichtung (also: „*Innen-Außen-Abgrenzung*“) bei gewöhnlicher Maschinennutzung ist aufgrund der vorhandenen Rechtsprechung des OGH nicht überraschend. Beachtlich ist allerdings die im konkreten Anlassfall vereinbarte „*Verfeinerung*“ der obig angeführten Muster-Klausel, die diesen Deckungsausschluss **ohne Rücksicht auf mitwirkende Ursachen** erweitert. Das führte in diesem konkreten Fall dazu,

dass selbst das Zusammenwirken mit an sich versicherten Gefahren (etwa Materialfehler) den Ausschluss nicht beseitigt. Eine Deckung besteht demgegenüber nur für jene weitergehenden (Folge-)Schäden, die erst aufgrund des inneren Betriebsschadens durch eine versicherte Gefahr eintreten.

Die **Literatur** hat sich hierzu bisweilen noch wenig mit diesem besonderen Risikoausschluss auseinandergesetzt und verweist typischerweise nur auf die – den AMB-Musterbedingungen des VVO nicht zu entnehmenden – Definitionen in anderen Spartenprodukten.

Wenngleich eine „spartenübergreifende“ Auslegung von AVB – lässt man Sonderfälle wie z.B. kombinierte Versicherungen oder Rechtsbegriffe mit unstrittiger Bedeutung außen vor – könnte sich für ein besseres Begriffsverständnis dennoch ein Blick in die **übrigen Musterbedingungsdefinitionen** lohnen. Schließlich orientieren sich die obig angeführte Klauseln im Regelfall an vorhandenen, etablierten „*Wordings*“. So konkretisieren etwa die Besonderen Bedingungen für die Maschinen-Montageversicherung (Art. 2 BB AMMB), innere Betriebsschäden insbesondere als „*Bruch-, Riss- oder Deformationsschäden, Schäden durch elektrische Energie ohne Rücksicht auf ihre Ursachen (wie zwangsläufige Einflüsse des bestimmungsgemäßen Betriebes oder des Transportes, übertriebene Beanspruchung, Frost, Wasser-, Öl- oder Schmiermittelmangel)*“. Nahezu wortgleich formulieren die Besonderen Bedingungen für die Bauwesenversicherung (Art. 1 BB BW 2010), die lediglich „*unzulässige Beanspruchung*“ statt „*übertriebene Beanspruchung*“ verwenden und zudem ausdrücklich klarstellen, dass Folgeschäden an der versicherten Sache, die als Unfälle infolge eines inneren Betriebsschadens entstehen, versichert sind.

Ebenso schließt Art. 5.2.b. der Allgemeinen Bedingungen für die Kaskoversicherung von Wassersportfahrzeugen 2007 innere Betriebsschäden aus, soweit sie nicht im Zusammenhang mit einem ersatzpflichtigen Schaden eintreten. Für die Baugeräteversicherung attestiert *Fischer* (in *Bildungsakademie der Österreichischen Versicherungswirtschaft* [Hrsg], *Versicherungshandbuch* [14. Lfg 2016] 47 [50]) dieselbe Definitionsstruktur. Demnach umfassen innere Betriebsschäden insbesondere Bruch-, Riss- oder Deformationsschäden sowie Schäden durch elektrische Energie ohne Rücksicht auf ihre Ursache, wobei Unfallfolgeschäden wiederum versichert bleiben. Dieser Vergleich der einschlägigen Begriffsbestimmungen zeigt einen weitgehend übereinstimmenden Definitionskern. Innere Betriebsschäden werden durchgängig als Bruch-, Riss- oder Deformationsschäden sowie als Schäden durch elektrische Energie beschrieben, jeweils ohne Rücksicht auf ihre konkrete Ursache. Als typische Ursachen werden zwangsläufige Einflüsse des bestimmungsgemäßen Betriebs, unzulässige oder übertriebene Beanspruchung sowie Wasser-, Öl- oder Schmiermittelmangel genannt. Allen Definitionen ist zudem gemein, dass Schäden, die infolge eines inneren Betriebsschadens eintreten, vom Ausschluss ausgenommen bleiben.

Dieses Auslegungsergebnis dürfte sich auch mit dem Verständnis nach dem objektiven Empfängerhorizont eines **durchschnittlich verständigen Versicherungsnehmers** decken. Ein solcher wird den Begriff zunächst nach seinem natürlichen Wortsinn verstehen. „*Betriebsschaden*“ bezeichnet einen Schaden, der im oder durch den Betrieb der Maschine entsteht.

Das Adjektiv „*innere[r]*“ grenzt diesen Schaden von solchen ab, die durch äußere Einwirkung verursacht werden. Der Versicherungsnehmer wird daraus schließen, dass vom Ausschluss nur jene Schäden erfasst sind, deren Ursache in der Maschine selbst liegt. Wenn eine am Markt verwendete Klausel zusätzlich den Ausschluss „ohne Rücksicht auf mitwirkende Ursachen“ erweitert, wird er dahingehend verstehen, dass auch das Zusammenwirken mit anderen (versicherten) Faktoren (z.B. Materialfehler) den Ausschluss nicht aufhebt, solange die (primäre) Schadensursache im Inneren der Maschine liegt. Fehlt eine solche Erweiterung des Deckungsausschlusses jedoch, würde eine Mitkausalität (z.B. innerer Betriebsschaden und Auftreten eines [inneren] Materialfehlers) den Versicherer nicht von der Leistungspflicht befreien.

Der Begriff ist demnach – im Einklang mit der Rechtsprechung – auf Schäden ausgerichtet, die ihren Ursprung im Inneren der Maschine oder in ihrem laufenden Betrieb haben. In einem wesentlichen Punkt unterscheiden sich diese Begriffsdefinitionen jedoch schon. Die Rechtsprechung stellt beim allgemeinen Betriebsschadensbegriff zusätzlich darauf ab, ob es sich um eine Einwirkung handelt, der die Maschine im bestimmungsgemäßen Betrieb gewöhnlich ausgesetzt ist und die sie ohne weiteres überstehen müsste. Dieses Merkmal der betriebstypischen Zumutbarkeit findet sich in den AVB-Definitionen der verwandten Bedingungswerke nicht ausdrücklich. Es wirkt jedoch nicht *ausschlusserweiternd*, sondern *ausschlusseinschränkend* zugunsten des Versicherungsnehmers. Wird eine Maschine außergewöhnlich beansprucht und tritt dabei ein Schaden auf, dessen Ursache im Inneren der Maschine liegt, erfasst der Klauselwortlaut diesen Schaden zwar als inneren Betriebsschaden. Die bisherige Definition der Rechtsprechung eröffnet dabei die Möglichkeit – ob **tatsächlich intendiert oder nicht** – bei deren **konsequenter Anwendung** den Ausschluss zu verneinen, weil die außergewöhnliche Beanspruchung keine Einwirkung

darstellt, die die Maschine im bestimmungsgemäßen Betrieb ohne weiteres überstehen müsste. Dies ist nicht als bewusste Einschränkung des Ausschlusses zugunsten des Versicherungsnehmers zu verstehen, sondern als definitorische Konsequenz der Rechtsprechungsformel, die im Einzelfall zu einem für den Versicherungsnehmer günstigeren Ergebnis führen kann, das der bloße Klauselwortlaut nicht rechtfertigen würde.



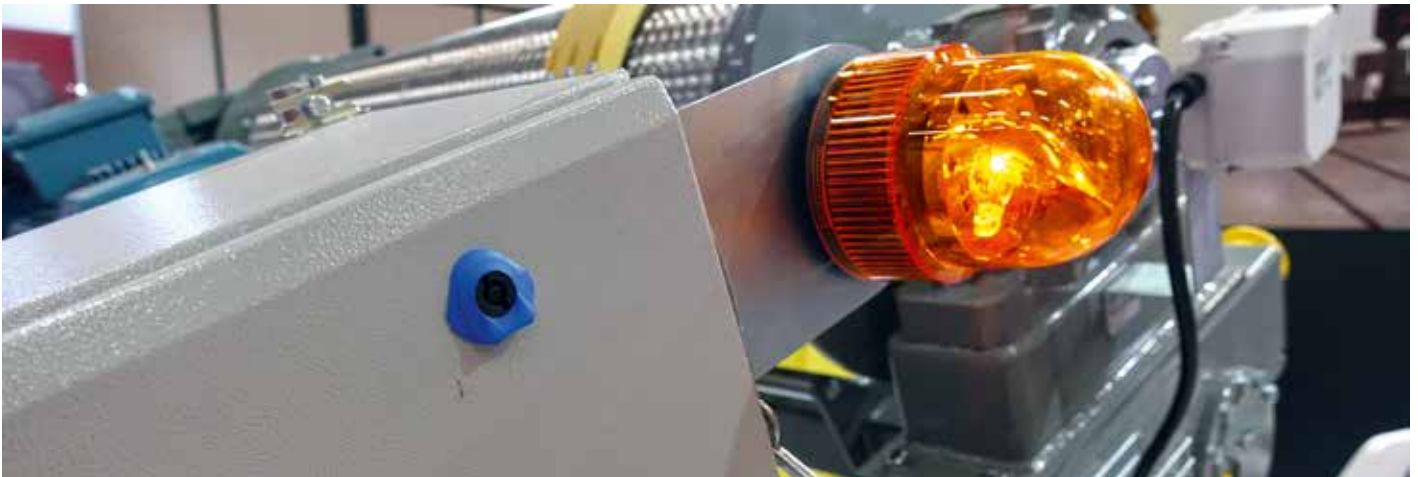
#### Beispiel:

Eine CNC-Fräsmaschine wird über Wochen durchgehend an der Obergrenze ihrer technischen Spezifikation betrieben, um einen außergewöhnlichen Produktionsauftrag zu erfüllen. Infolgedessen versagt die Hauptspindel durch Ermüdungsbruch. Nach dem **Klauselwortlaut** liegt ein innerer Betriebsschaden vor – die Ursache liegt im Inneren der Maschine, der Bruchschaden ist vom Ausschlusskatalog erfasst. Nach der **Rechtsprechung** ist zusätzlich zu prüfen, ob die Dauerbeanspruchung an der Leistungsgrenze noch eine betriebstypisch zumutbare Einwirkung darstellt. Wird dies verneint, entfällt der Ausschluss und der Schaden wäre gedeckt. In dieser Konstellation ist die Rechtsprechungslinie für den Versicherungsnehmer günstiger als der bloße Klauselwortlaut.

#### Variante:

Tritt derselbe Ermüdungsbruch der Hauptspindel hingegen im Rahmen normaler, bestimmungsgemäßer Nutzung auf, gelangen beide Ansätze zum selben Ergebnis. Der Klauselwortlaut erfasst den Bruchschaden als inneren Betriebsschaden, und die Rechtsprechungsformel bejaht den Ausschluss ebenfalls, weil die reguläre Betriebsbeanspruchung eine Einwirkung darstellt, die die Maschine ohne weiteres überstehen müsste.

»



Damit ist jedoch eine praktisch bedeutsame Frage noch nicht beantwortet. Nach Art. 2.1.3. AMB sind Konstruktions-, Berechnungs-, Guss-, Material- und Herstellungsfehler als versicherte Gefahren ausdrücklich in den Deckungsumfang einbezogen. Klarstellend sei hier angemerkt, dass sich dieses Problem gerade dann stellt, wenn die am Markt häufig verwendete Deckungsausschlussenerweiterung wonach ein Schaden „ohne Rücksicht auf mitwirkende Ursachen“ als innerer Betriebsschaden zu qualifizieren ist, nicht vereinbart wurde.

Die Abgrenzung zwischen den versicherten Konstruktions-, Berechnungs-, Guss-, Material- und Herstellungsfehlern einerseits und den ausgeschlossenen inneren Betriebsschäden andererseits ist nämlich alles andere als eindeutig. Dies ist daher in der Praxis eine der häufigsten Streitfragen im Rahmen der Regulierung von Maschinenbruchversicherungsfällen.

#### IV. Abgrenzung zu Konstruktions-, Berechnungs-, Guss-, Material- und Herstellungsfehlern

Die Abgrenzung zwischen versicherten Konstruktions-, Berechnungs-, Guss-, Material- und Herstellungsfehlern einerseits und ausgeschlossenen inneren Betriebsschäden andererseits ist bereits auf **technischer Ebene** mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden. Nach *Pabst* (Theorie- und Methodenentwicklung bei der Versicherung technischer Risiken am Beispiel der Maschinenversicherung in Deutschland [2011] 38) kann „bei inneren Schäden die eigentliche Schadenursache (Guß-, Material-, Konstruktionsfehler, natürliche Abnutzung und dergleichen) **nur selten mit Sicherheit festgestellt werden.**“ Dies gilt umso mehr, als diese Fehler häufig erst

im laufenden Betrieb zutage treten und sich ihre Ursache im Nachhinein gutachterlich kaum eindeutig zuordnen lässt. Die Abgrenzung knüpft daher an die jeweiligen Details der technischen Definitionen, die sich wie folgt in aller Kürze zusammenfassen lassen:

Ein **Konstruktionsfehler** liegt vor, wenn die geometrische, werkstofftechnische oder funktionale Auslegung eines Bauteils – gemessen am Stand der Technik im Zeitpunkt der Konstruktion – objektiv unzureichend ist. Dementsprechend tritt dieser Fehler typischerweise in der *gesamten Produktserie* auf. Ein **Berechnungsfehler** ist zwar dem Konstruktionsfehler verwandt, betrifft aber nur die fehlerhafte Ermittlung von Kräften, Momenten, Wärmespannungen oder Sicherheitsfaktoren im Entwurfsstadium und unterscheidet sich durch quantitative Aspekte. Unter einem **Gussfehler** versteht man Defekte, die beim Gießvorgang entstehen (z.B. Lunker, Kaltschweißstellen oder ungleichmäßige Gefügestrukturen im Gussstück). Ein **Materialfehler** bezeichnet verborgene, nicht erkennbare Unregelmäßigkeiten oder Gefügedefekte im verwendeten Werkstoff (z.B. Einschlüsse, Seigerungen, innere Risse), die weder durch die Konstruktion noch durch den Fertigungsprozess verursacht wurden. Diese Probleme gehen also auf das Ausgangsmaterial selbst zurück. **Herstellungsfehler** entstehen dagegen während des Fertigungsprozesses durch mangelhafte Ausführung (z.B. fehlerhafte Wärmebehandlung, Maßabweichungen außerhalb der Toleranz oder unsachgemäße Montage).

Die **Abgrenzung zu inneren Betriebsschäden** gestaltet sich wie folgt: Versicherte Konstruktions-, Berechnungs-, Guss-, Material- und Herstellungsfehler zeichnen sich dadurch aus, dass

der schadensrelevante Mangel bereits **vor Inbetriebnahme der Maschine** angelegt ist. Er „lebt“ dem Bauteil oder Werkstoff von Anfang an inne und tritt erst im Betrieb in Erscheinung. Der Betrieb ist damit nicht die Ursache des Schadens, sondern nur der Anlass für sein Hervortreten. Innere Betriebsschäden hingegen entstehen **erst aus dem laufenden Betrieb heraus**. Sie sind die Folge betriebstypischer Beanspruchungen, Abnutzungsvorgänge oder Versagensmechanismen, die nicht auf einen vorbestehenden, bei Herstellung angelegten Fehler zurückzuführen sind, sondern sich erst durch die Verwendung der Maschine entwickeln (z.B. Ermüdungsbrüche infolge regulärer Lastwechsel, Verschleiß von Lagern oder betriebsbedingte Deformationen). Entscheidend für die Abgrenzung ist demnach, ob der Schaden seinen Ursprung in einem **vor Auslieferung vorhandenen Mangel** hat oder ob er **im und durch den Betrieb selbst** entstanden ist.

In der Praxis ist diese Grenzziehung freilich selten eindeutig, weil beide Ursachen häufig zusammenwirken – was die gutachterliche Beurteilung und die versicherungsrechtliche Einordnung gleichermaßen erschwert. Das ist auch der Hintergrund, warum zahlreiche Versicherer bereits dazu übergegangen sind, innere Betriebsschäden „ohne Rücksicht auf mitwirkende Ursachen“ vom Deckungsumfang auszuschließen. Inwieweit in dieser Konstellation dann noch ein Anwendungsraum für den Deckungseinschluss und die damit verbundene (geschützte) Erwartungshaltung des Versicherungsnehmers verbleibt, ist freilich eine andere Frage. Aber selbst in jenen Fällen, in denen diese Deckungsausschlussweiterung nicht vereinbart wurde, können sich für den Versicherungsnehmer Beweisschwierigkeiten ergeben. Da dieser bekanntlich beweisen muss, dass der eingetretene Schaden auf eine versicherte Ursache – also auf einen Konstruktions-, Berechnungs-, Guss-, Material- oder Herstellungsfehler iSd Art. 2.1.3. AMB – zurückzuführen ist, obwohl eine eindeutige technische Zuordnung oft nicht mit (hoher) Sicherheit möglich ist, tritt häufig **Beweisnotstand** auf. Gelingt ihm dieser Nachweis nicht, geht die verbleibende Ungewissheit über die Schadensursache zu seinen Lasten. Dies gilt auch dann, wenn ein eingeholtes Sachverständigengutachten zu einem *non liquet*-Ergebnis gelangt, wonach die konkrete Schadensursache nicht mit hinreichender Sicherheit festgestellt werden kann. Die Abgrenzungsschwierigkeiten auf technischer Ebene schlagen damit unmittelbar auf die rechtliche Durchsetzbarkeit des Deckungsanspruchs durch.

## V. Erfahrungen aus der Schadenregulierung

Im Ergebnis kommt es – wie so oft – auf das (einigermaßen) eindeutige Testat des beigezogenen Sachverständigen an. Dass solche in letzter Zeit (leider) immer seltener abgegeben werden und die in den „gutachtlichen Stellungnahmen“ enthaltenen mehr als vagen Ausführungen von den Versicherern trotz entsprechender Hinweise der Vertreter von Versicherungsnehmern nicht hinterfragt werden, ist ein anderes Thema. Nichtsdestotrotz haben sich hinsichtlich der Unwägbarkeiten bei der Kausalitätsfeststellung von Maschinenbruchversicherungsfällen in der Praxis folgende Indikatoren herausgebildet:

- Für das Vorliegen eines versicherten Konstruktions-, Material- oder Herstellungsfehlers spricht vor allem ein **vorzeitiger Schadenseintritt**. Versagt ein Bauteil deutlich vor seiner zu erwartenden Lebensdauer, ohne dass eine außergewöhnliche Beanspruchung vorlag, deutet dies auf einen bereits bei Herstellung angelegten Fehler hin. Überdies sind **Rückrufaktionen** oder **technische „Service-Bulletins“** für das betroffene Bauteil oder die betroffene Baureihe starke Indizien für einen Serienfehler. Gleiches gilt für nachträgliche Konstruktionsänderungen oder **Revisionen der technischen Spezifikationen** durch den Hersteller. Diese deuten darauf hin, dass die ursprüngliche Auslegung fehlerhaft war und der Hersteller dies selbst erkannt hat.
- Auf schadensbildbezogener Ebene kann ein **Versagen, das an einer für den Maschinentyp untypischen Stelle oder in einer untypischen Weise eintritt**, auf einen Konstruktions- oder Materialfehler hinweisen. Entscheidende Bedeutung kommt dabei häufig der metallografischen Untersuchung zu. Lassen sich vorbestehende Werkstoffdefekte (z.B. Lunker, Einschlüsse oder Seigerungen) nachweisen, spricht dies unmittelbar für einen schadenskausalen Materialfehler. Stimmt das Schadensbild darüber hinaus mit **typischen Schadensmustern** überein, die in der einschlägigen technischen Literatur für bestimmte Fertigungs- oder Werkstoffdefekte beschrieben sind, kann dies die Einordnung als versicherten Fehler weiter stützen.
- Auf nutzungsbezogener Ebene können **lückenlose Wartungsprotokolle**, die eine ordnungsgemäße Instandhaltung belegen, und **Betriebsdatenaufzeichnungen**, die eine bestimmungsgemäße Nutzung ohne Überlastung dokumentieren, eine betriebliche Ursache ausschließen und damit indiziell für einen vorbestehenden Fehler sprechen. Die sorgfältige Dokumentation des Betriebsgeschehens ist daher nicht nur eine Obliegenheit des Versicherungsnehmers, sondern auch ein zentrales Beweismittel in der Regulierung.
- Auf marktbezogener Ebene schließlich können **Berichte über gleichartige Schäden** bei anderen Betreibern desselben Maschinentyps (z.B. in Fachpublikationen, Branchenverbänden) ein serienmäßiges Problem belegen, ohne dass der Versicherungsnehmer selbst den Vollbeweis führen muss.
- Für einen **ausgeschlossenen inneren Betriebsschaden** sprechen demgegenüber ein alters- oder nutzungsgemäßes Versagen im Rahmen der normalen Lebensdauer und Beanspruchung, feststellbare Wartungsmängel sowie eine nachweisliche Überschreitung der Belastungsgrenze des betroffenen Bauteils. Ebenso indiziert ein Schadensbild, das einem bei diesem Maschinentyp erfahrungsgemäß typischen Verschleißmuster entspricht, einen inneren Betriebsschaden.

Vor diesem Hintergrund kommt dem Versicherungsmakler bei der Schadenregulierung eine wichtige unterstützende »

Funktion zu. Zwar obliegt die eigentliche Beweisführung dem Versicherungsnehmer, der Versicherungsmakler kann diesen jedoch frühzeitig auf die typischen Beweisschwierigkeiten bei der Abgrenzung zwischen versichertem Fehler und ausgeschlossenen innerem Betriebsschaden hinweisen und ihm verdeutlichen, worauf es in der Sache ankommt. Insbesondere kann er dem Versicherungsnehmer aufzeigen, welche tatsächlichen Umstände und Indizien für die zentrale Kausalitätsfrage von Bedeutung sind und welche Unterlagen daher gesichert und aufbereitet werden sollten. Dazu zählen etwa Wartungs- und Instandhaltungsnachweise, Betriebs- und Leistungsdaten, Dokumentationen zur Schadensentstehung, aber auch Informationen zu bekannten Serienproblemen, Rückrufaktionen oder technischen Änderungen seitens des Herstellers.

Auf diese Weise kann der Versicherungsmakler wesentlich dazu beitragen, dass der Versicherungsnehmer sein Vorbringen nicht allein auf pauschale Versicherungsbehauptungen stützt, sondern die Abgrenzungsfrage – also ob der Keim des Schadens bereits bei der Herstellung angelegt war und der Betrieb ihn lediglich offenbart hat – sachlich strukturiert und anhand konkreter Indikatoren darlegt. Gerade angesichts der zunehmenden Zurückhaltung vieler Sachverständiger bei klaren Kausalitätsaussagen ist eine solche indiziengestützte Aufbereitung von besonderer Bedeutung. Auch

wenn die einzelnen Gesichtspunkte für sich genommen regelmäßig keinen Vollbeweis erbringen, können sie in ihrer Gesamtschau die Plausibilität einer versicherten Fehlerursache deutlich erhöhen und den Sachverständigen wie auch den Versicherer zu einer kritischeren Auseinandersetzung mit der Schadenursache veranlassen. Als Versicherungsmakler leistet man damit einen wesentlichen Beitrag dazu, die Beweis- und Argumentationsposition des Versicherungsnehmers deutlich zu verbessern und dessen Interessen im Regulierungsverfahren effektiv zu unterstützen.

#### VI. Fazit

Die Maschinenbruchversicherung bietet zwar einen weitreichenden Versicherungsschutz für plötzlich und unvorhergesehen eintretende Sachschäden an Maschinen, die aus einer Vielzahl

menschlicher, technischer, elektrischer und elementarer Gefahren resultieren können. Eine Deckung scheidert häufig aber am Deckungsausschluss von „inneren Betriebsschäden“. Obwohl die einschlägigen Musterbedingungen keinen solchen vorsehen, ist dieser in den am Markt verwendeten Vertragswerken weit verbreitet und stellt eine der zentralen Streitfragen der Schadenregulierung dar.

Innere Betriebsschäden sind Schäden, die im Rahmen der bestimmungsgemäßen Nutzung „aus dem Betrieb der Maschine heraus“ entstehen und nicht auf eine äußere Einwirkung zurückzuführen sind. Typischerweise handelt es sich dabei um Bruch-, Riss- oder Deformationsschäden sowie Schäden durch elektrische Energie, deren Ursachen im Inneren der Maschine oder im laufenden Betrieb liegen. Charakteristisch ist, dass solche Schäden dem gewöhnlichen Betriebsrisiko zuzurechnen sind, also Einwirkungen betreffen, denen eine Maschine im Normalbetrieb ausgesetzt ist und die sie grundsätzlich schadlos überstehen müsste. Besondere Unsicherheiten ergeben sich aus dem Umstand, dass der Begriff des inneren Betriebsschadens in den Versicherungsbedingungen häufig nicht definiert ist. Zwar lässt sich aus der Rechtsprechung ein weitgehend einheitlicher Begriffsinhalt ableiten, dennoch bleiben erhebliche Abgrenzungsschwierigkeiten im Einzelfall bestehen. Diese verschärfen sich insbesondere dann, wenn Versicherer den Ausschluss „ohne Rücksicht auf mitwirkende Ursachen“ vereinbaren, wodurch auch das Zusammenwirken mit an sich versicherten Gefahren (z.B. Material- oder Herstellungsfehlern) leistungsfrei bleibt.

Ein zentrales Problem besteht in der Abgrenzung zwischen ausgeschlossenen inneren Betriebsschäden und versicherten Konstruktions-, Berechnungs-, Guss-, Material- oder Herstellungsfehlern. Während Letztere dadurch gekennzeichnet sind, dass der schadenskausale Mangel bereits vor Inbetriebnahme der Maschine angelegt ist und der Betrieb den Schaden lediglich offenbart, entstehen innere Betriebsschäden erst durch den laufenden Betrieb selbst. In der Praxis ist diese Differenzierung jedoch technisch und gutachterlich oft kaum eindeutig möglich, weil sich beide Ursachen regelmäßig überlagern. Diese Unsicherheiten wirken sich unmittelbar auf die Beweislast aus. Da der Versicherungsnehmer den Nachweis einer versicherten Ursache zu führen hat, führen unklare Sachverständigengutachten oder ein „non liquet“ häufig zur Leistungsfreiheit des Versicherers. Der verbreitete Ausschluss innerer Betriebsschäden verschiebt das Schadenrisiko damit maßgeblich auf den Versicherungsnehmer und schränkt den ursprünglich weit verstandenen Deckungsgedanken der Maschinenbruchversicherung erheblich ein. In der Regulierungspraxis haben sich daher verschiedene Indikatoren herausgebildet, um diese Ursachenzuordnung zu erleichtern. Um den Versicherungsnehmer nicht mit diesen durchwegs erheblichen Beweisproblemen zu belasten, empfiehlt es sich aus Sicht des Versicherungsmaklers, den Einschluss innerer Betriebsschäden gegen Prämienzuschlag im Rahmen der Beratung nachdrücklich zu empfehlen.





### Serie Juristische Begriffe

# Transparenzgebot des § 6 Abs 3 KSchG

Das Transparenzgebot des § 6 Abs 3 KSchG zählt zu den schärfsten Verbraucherschützenden Instrumenten des österreichischen Vertragsrechts. Gerade im Versicherungsbereich kommt dieser Bestimmung enorme Bedeutung zu, weil Versicherungsverträge typischerweise aus umfangreichen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) bestehen, die für Verbraucher häufig schwer verständlich sind. Der Oberste Gerichtshof hat in den vergangenen Jahren eine Vielzahl von Klauseln aus Versicherungsbedingungen wegen des Verstoßes gegen das Transparenzgebot aufgehoben oder eingeschränkt.

#### Linie des OGH

§ 6 Abs 3 KSchG lautet: „Eine in Allgemeinen Geschäftsbedingungen oder Vertragsformblättern enthaltene Vertragsbestimmung ist unwirksam, wenn sie unklar oder unverständlich abgefasst ist.“ Die Bestimmung setzt Art 5 der Klauselrichtlinie 93/13/EWG um.

Der OGH formuliert regelmäßig, dass das Transparenzgebot eine „durchschaubare, möglichst klare und verständliche Formulierung“ verlangt. Er betont, dass sich das Transparenzgebot nicht bloß auf sprachliche Verständlichkeit beschränkt. Vielmehr muss der Verbraucher seine rechtliche und wirtschaftliche Position erkennen können. Nach ständiger Rechtsprechung genügt daher bloße sprachliche Lesbarkeit nicht. Eine Klausel kann grammatikalisch korrekt formuliert und dennoch intransparent sein.

Darüber hinaus muss der Verbraucher auch die wirtschaftlichen Konsequenzen einer Klausel erkennen können. Eine Klausel kann daher selbst dann intransparent sein, wenn sie formal verständlich formuliert wurde, aber ihre wirtschaftlichen Auswirkungen verschleiert.

#### Der „durchschnittlich verständige Versicherungsnehmer“ als Maßstab

Ein zentraler Begriff der OGH-Judikatur zum Transparenzgebot des § 6 Abs 3 KSchG ist jener des „durchschnittlich verständigen Versicherungsnehmers“. Gerade im Versicherungsrecht kommt diesem Maßstab enorme praktische Bedeutung zu, weil nahezu jede Klauselkontrolle letztlich danach

beurteilt wird, wie ein durchschnittlicher Kunde die betreffende Vertragsbestimmung verstehen darf.

Der Begriff beschreibt keinen juristischen Experten mit einem normalen Maß an Verständnis, Urteilsfähigkeit und Aufmerksamkeit. Die fiktive Person verfügt über keine versicherungsrechtlichen Spezialkenntnisse, kann wirtschaftliche Zusammenhänge nur eingeschränkt beurteilen und versteht juristische Fachbegriffe keineswegs vertiefend.

Gerade dieser Maßstab ist für Versicherer problematisch, weil viele Bedingungswerke historisch aus fachtechnischer oder juristischer Sicht formuliert wurden und nicht aus Sicht eines durchschnittlichen Konsumenten.

In den Verbandsprozessen<sup>1</sup> verwendet der OGH traditionell sogar die sogenannte „kundenfeindlichste Auslegung“. Das bedeutet: Eine Klausel wird danach beurteilt, welche für den Verbraucher nachteiligste Interpretation vertretbar erscheint.

#### Keine geltungserhaltende Reduktion

Besonders scharf ist die Rechtsfolge der Intransparenz. Der OGH hält seit Jahren fest, dass eine geltungserhaltende Reduktion grundsätzlich nicht stattfindet. Das bedeutet praktisch: Eine unzulässige Klausel wird nicht „zurechtgestutzt“, sondern fällt meist vollständig weg.

Gerade im Versicherungsrecht kann dies massive Folgen haben:

- Risikoausschlüsse entfallen,
- Obliegenheiten werden unwirksam,
- Leistungsbegrenzungen greifen nicht mehr.

#### Grenzen des Transparenzgebots

Der OGH betont allerdings auch, dass das Transparenzgebot nicht überspannt werden darf. Gerade bei komplexen Versicherungsprodukten dürfe von Verbrauchern ein gewisses Mindestmaß an Wissen vorausgesetzt werden.

Versicherer müssen daher nicht jede versicherungsmathematische Berechnung im Detail erläutern.



Mag. Alexander MEIXNER  
Vorstand ÖVM

<sup>1</sup> Ein Verbandsprozess (oft synonym als Verbandsklage bezeichnet) ist eine spezielle Klageart, bei der nicht eine geschädigte Einzelperson, sondern ein zugelassener Verein oder Verband gegen ein Unternehmen klagt. Ziel ist der Schutz der Allgemeinheit oder einer Vielzahl von Verbrauchern, meist durch Unterlassung rechtswidriger Geschäftspraktiken (z.B. unzulässige AGB-Klauseln).

»



Dennoch müssen die wesentlichen wirtschaftlichen Auswirkungen klar erkennbar bleiben.

### Fazit

Das Transparenzgebot des § 6 Abs 3 KSchG hat die österreichische Versicherungswirtschaft nachhaltig verändert.

Der OGH verlangt längst nicht mehr bloße sprachliche Verständlichkeit, sondern echte Durchschau-

barkeit der rechtlichen und wirtschaftlichen Konsequenzen.

Gerade Versicherungsbedingungen stehen regelmäßig im Fokus der höchstgerichtlichen Kontrolle. Unbestimmte Begriffe, versteckte Risikoausschlüsse oder wirtschaftlich schwer nachvollziehbare Klauseln führen immer wieder zur Unwirksamkeit von AVB-Bestimmungen.

### Quellen:

www.ogh.gv.at  
www.ris.bka.gv.at  
www.versdb.com



Ing. Alexander PUNZL  
Vorstand ÖVM

## EURIBRON

### Der strategische Hebel für ÖVM-Makler bei der Akquise internationaler Gewerbe- und Industriekunden

Der **ÖVM** konnte sich in Kooperation mit **Wokatsch-Felber Versicherungsmakler GmbH** den Zugang zu **EURIBRON** für seine Mitglieder kostenlos sichern.

**Wokatsch-Felber Versicherungsmakler GmbH** ist der offizielle EURIBRON Partner in Österreich. Über diesen können ÖVM Mitgliedsbetriebe, die einen Versicherungsmakler im Ausland brauchen, den Kontakt herstellen.

### Die Herausforderung:

#### Globale Kunden mit lokalen Anforderungen

Multinationale Unternehmen stehen vor einem zentralen Dilemma: Während ihre Geschäftsaktivitäten grenzüberschreitend sind, unterliegen Versicherungslösungen stets nationalen Regularien. Für einen österreichischen Maklerbetrieb wäre es nahezu unmöglich, alle länderspezifischen Anforderungen allein zu erfüllen. Hier setzt EURIBRON an: Das Netzwerk bietet Zugang zu über

350 lokalen Maklerbüros mit mehr als 11.000 Fachkräften in über 100 Ländern – und wächst kontinuierlich durch neue Partnerschaften.

### Der entscheidende Wettbewerbsvorteil:

#### Lokale Betreuung mit globaler Koordination

Der zentrale Mehrwert für ÖVM-Maklerbetriebe liegt in der Kombination aus:

**Vor-Ort-Expertise:** Jeder Schaden wird durch lokale Makler in der Landessprache bearbeitet – sei es ein Brandschaden in einer italienischen Produktionshalle oder ein Cybervorfall in einem niederländischen Logistikzentrum. Die Kommunikation mit dem österreichischen ÖVM-Maklerbetrieb erfolgt dabei stets in Englisch, um Missverständnisse zu vermeiden.

**Schnelle Reaktionszeiten:** Während ein österreichischer Versicherungsmakler für die Koordination eines Schadens z.B. in der Türkei Tage benötigen würde, kann ein EURIBRON-Partner vor Ort



innerhalb von Stunden reagieren. Ein konkretes Beispiel: Bei einem Maschinenausfall in einer tschechischen Fabrik konnte ein EURIBRON-Mitglied die Reparatur innerhalb von 24 Stunden einleiten, während der Kunde parallel über den österreichischen Makler informiert wurde.

**Rechtssichere Lösungen:** Lokale Makler kennen nicht nur die gesetzlichen Vorgaben, sondern auch die ungeschriebenen Marktstandards. So konnte ein EURIBRON-Partner in Rumänien für einen österreichischen Kunden eine D&O-Versicherung abschließen, die sowohl den EU-Richtlinien als auch den lokalen Corporate-Governance-Anforderungen entsprach.

**Praxisbeispiele:**

**Wie ÖVM-Maklerbetriebe mit EURIBRON punkten:**

- Ein österreichischer Maschinenbauer expandiert nach Südostasien und benötigt eine Transport- und Montageversicherung für sensible Anlagen. Der ÖVM-Makler konnte über EURIBRON lokale Partner in Thailand, Vietnam und Malaysia einbinden, die:
  - Alle notwendigen Risiken in der Polizze berücksichtigen.
  - Lokale Zoll- und sonstige Vorschriften beachten.
  - Im Schadensfall (z. B. bei Beschädigung einer Maschine in Vietnam) direkt vor Ort die Regulierung übernehmen können.
  
- Ein Metallverarbeiter mit Betriebsstätten in Ungarn und Slowenien suchte eine einheitliche Sach- und Betriebsunterbrechungsversicherung. Über EURIBRON erhielt der Kunde:
  - Eine ungarische und slowenische Polizze, die allen gesetzlichen Anforderungen und Marktbesonderheiten entspricht.
  - Das vom ÖVM-Maklerbetrieb vorgegebene, einheitliche Wording hat trotzdem Berücksichtigung gefunden.

**Der Akquise-Vorteil:** Für Gewerbe- und Industriekunden mit internationaler Ausrichtung ist die Zusammenarbeit mit einem EURIBRON-verbundenen ÖVM-Maklerbetrieb ein entscheidender Faktor – aus folgenden Gründen:

- 1) Ein Ansprechpartner für alle Länder: Statt mit Dutzenden lokalen Maklern zu verhandeln, hat der Kunde einen zentralen Kontakt in Österreich, der die gesamte Betreuung koordiniert.
- 2) Kosteneffizienz: Durch die Non-Profit-Struktur

von EURIBRON fallen keine zusätzlichen Gebühren für die Netzwerknutzung an.

- 3) Risikominimierung: Lokale Makler kennen die „Pain Points“ ihrer Märkte – sei es die Korruptionsanfälligkeit in bestimmten Ländern oder spezifische Haftungsrisiken in der Produktion.
- 4) Skalierbarkeit: Ob ein Kunde mit zwei Auslandsniederlassungen oder 50 Standorten weltweit – das EURIBRON-Netzwerk passt sich flexibel an.

**Fazit: EURIBRON als Türöffner für internationale Geschäfte**

Für ÖVM-Maklerbetriebe ist EURIBRON mehr als nur ein Netzwerk – es ist ein strategisches Instrument, um im Wettbewerb um multinationale Kunden zu bestehen. Die Kombination aus lokaler Expertise, globaler Reichweite und effizienter Schadenabwicklung macht den Unterschied: Mittelständische Unternehmen profitieren von maßgeschneiderten Lösungen, die ihre internationalen Aktivitäten absichern – ohne den Aufwand, selbst lokale Versicherungsmakler suchen zu müssen. Industriekunden erhalten Zugang zu spezialisierten Versicherungslösungen, die ihre komplexen Risikoprofile abdecken.

Durch die Partnerschaft mit EURIBRON können ÖVM-Maklerbetriebe ihren Kunden genau das bieten, was diese am dringendsten benötigen - die Gewissheit, dass ihre internationalen Risiken professionell und vor Ort betreut werden – ohne Kompromisse bei Qualität oder Service.

**Hilfreich im Tagesgeschäft eines Versicherungsmaklers**

**Evaluierung im Versicherungsmaklerbüro**

Die Durchführung einer Evaluierung zum präventiven Arbeitsschutz ist für jedes Unternehmen, welches auch nur eine(n) einzige(n) Mitarbeiter(in) beschäftigt, gesetzlich vorgeschrieben. Im Rahmen des Arbeitnehmerschutzes bedeutet Evaluierung, dass Arbeitsprozesse hinsichtlich Sicherheit und Gesundheitsschutz laufend kontrolliert und beurteilt werden.



# Das stille Ende

**Wie KI den Versicherungsvertrieb neu sortiert – und welche Makler davon profitieren**

**Der Markt verändert sich.  
Nicht irgendwann. Jetzt.**

Im KI-Zeitalter verlieren die klassischen Standardkunden auch im Versicherungsvertrieb an Bedeutung. An ihre Stelle treten neue Kundentypen mit unterschiedlichen Erwartungen: die einen wollen schnelle digitale Abläufe, andere suchen persönliche Nähe, Vertrauen und Orientierung.

Für einen wachsenden Teil der Kunden wird der Versicherungsmakler künftig nicht mehr zwingend gebraucht. Das ist unbequem, aber keine schlechte Nachricht. Es ist vor allem eine Chance für alle, die ihre Rolle rechtzeitig neu bestimmen.

**Die unbequeme Wahrheit**

Viele Vermittlerinnen und Vermittler hören in dieser Diskussion einen scheinbar beruhigenden Rat: „Konzentriere dich auf komplexe Produkte. Berufsunfähigkeit, private Krankenversicherung, Gewerbeversicherung. Die einfachen Produkte überlässt du der KI.“

Das klingt logisch, ist aber falsch. Denn nicht das Produkt entscheidet, ob ein Kunde Beratung sucht. Die Kundentypologie entscheidet das.

Ein digital affiner Unternehmer kann auch eine anspruchsvolle Gewerbepolizze online abschließen, wenn er glaubt, die Lage selbst gut genug beurteilen zu können. Umgekehrt gibt es Kunden, die schon bei einer privaten Haftpflichtversicherung persönliche Begleitung wünschen, weil sie Verantwortung nicht allein tragen möchten.

Die Branche denkt noch zu oft vom Produkt her. Die kommenden Jahre verlangen einen anderen Blick: vom Kunden her.

**Wer kommt noch zum  
Versicherungsmakler – und warum?**

Kunden, die auch künftig den Weg zum Versicherungsmakler suchen, tun das meist aus zwei Gründen.

Erstens: Sie wollen Verantwortung teilen. Je komplexer das Leben oder das Unternehmen wird, desto größer wird der Wunsch nach jemandem, der die Themen überblickt, einordnet und begleitet. Familiengründung, Unternehmenswachstum,

# des Allrounders

Haftungsfragen, neue gesetzliche Anforderungen – all das erzeugt Beratungsbedarf, der über einen Tarifvergleich hinausgeht.

Zweitens: Der Makler ist für diese Kunden eine Vertrauensperson. Es geht um Nähe, Verlässlichkeit und das Gefühl, wirklich verstanden zu werden. Diese Kunden kaufen nicht nur eine Polizze. Sie kaufen Sicherheit im Kopf: „Da ist jemand, der meine Situation kennt und ansprechbar ist, wenn es darauf ankommt.“

Was diese Kunden verbindet: Sie kommen nicht wegen des niedrigsten Preises. Sie kommen, weil sie jemandem vertrauen wollen. Genau hier bleibt der Mensch unverzichtbar.

## Prävention schlägt Regulierung

Eine weitere Entwicklung wird in der Branche noch unterschätzt: Versicherung verschiebt sich schrittweise vom reinen Schadenregulieren zum Schadenvermeiden.

In der Cyberversicherung ist das bereits sichtbar. Wer keine Mindeststandards nachweisen kann, erhält entweder keinen Schutz oder nur zu erschwerenden Bedingungen. Ähnliche Tendenzen werden sich in weiteren Bereichen zeigen – etwa in der Gebäudeversicherung oder bei betrieblichen Risiken insgesamt.

Für Maklerinnen und Makler verändert das die Rolle. Die zentrale Frage lautet künftig nicht mehr nur: „Welcher Tarif passt?“ Sie lautet vorher: „Welche Risiken bestehen – und was können wir tun, damit sie gar nicht erst zum Schaden werden?“

**Kurz gesagt: Sichern vor Versichern.**

## Prävention braucht Kooperationen

An dieser Stelle ist Vorsicht geboten: der Versuch, alle Präventionsthemen selbst abzudecken, ist weder realistisch noch glaubwürdig. Ein Gewerbekunde mit ernsthaften Risiken braucht keine grobe Orientierung, sondern fachliche Tiefe. Cybersicherheit ist in erster Linie ein IT-Thema. Arbeitssicherheit gehört in die Hände qualifizierter Fachkräfte. Rechts- und Compliancefragen brauchen entsprechende Spezialisten. Wer hier als Makler allein auftreten will, riskiert

Halbwissen – und bewegt sich schnell auf unsicherem Terrain.

Die Lösung ist nicht Allwissen, sondern ein belastbares Netzwerk. Dazu gehören zum Beispiel IT- oder Gebäudesicherheitsexperten, Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Datenschutz- und Complianceberater, Rechtsanwälte und Steuerberater. Der Makler der Zukunft muss nicht alles selbst können. Er muss erkennen, wann welcher Spezialist gebraucht wird, und diese Kompetenz für den Kunden zusammenführen. Genau darin liegt ein starker Mehrwert: Der Kunde bekommt Orientierung aus einer Hand, ohne dass der Makler fachliche Grenzen überschreitet.

## Empfehlungen in beide Richtungen

Kooperationen mit Präventionsspezialisten haben noch einen zweiten Vorteil, der oft übersehen wird.

Diese Partner haben selbst Kunden. Und häufig sind das genau die Kunden, die auch für einen Versicherungsmakler interessant sind: Unternehmerinnen und Unternehmer, Freiberufler, Handwerksbetriebe oder mittelständische Betriebe mit echtem Beratungsbedarf.

Wenn solche Partner auf Augenhöhe zusammenarbeiten, entsteht Empfehlungsmarketing in beide Richtungen. Der IT-Sicherheitsberater empfiehlt den Makler, wenn Versicherungsfragen entstehen. Der Makler empfiehlt den IT-Sicherheitsberater, wenn Cyberrisiken erkennbar werden. Beide bedienen dieselbe Zielgruppe, treten aber nicht in Konkurrenz.

Dahinter steht ein einfaches Prinzip: Viele Produkte dienen demselben Grundbedürfnis. Beim Thema Mobilität etwa wollen Kunden nicht nur ein Auto kaufen oder versichern. Sie wollen sicher, individuell und verlässlich mobil sein. Der Autohändler, die Werkstatt, der Mobilitätsdienstleister und der Versicherungsvermittler können dieses Bedürfnis gemeinsam besser bedienen als jeder für sich allein.

Das ist kein Zufall, wenn man es bewusst aufbaut. Es ist ein System.



**Thomas BURDACK**  
Risikocoach und Gründer  
ID Campus, Lübeck

»

### Was jetzt zu tun ist: drei konkrete Schritte

**Schritt 1:** Den eigenen Kundenbestand neu lesen. Nicht zuerst nach Sparten, Verträgen oder Beitragshöhen, sondern nach Kundentypen. Wer sucht persönliche Nähe? Wer will Verantwortung abgeben? Wer entscheidet vor allem nach Preis und Geschwindigkeit? Und wer ist vielleicht längst auf dem Weg in digitale Abschlusstrecken?

Eine hilfreiche Orientierung bietet die Studie „Kundensegmente der Zukunft“ von Sven Gabor Jánoszy und 2bAHEAD. Sie beschreibt neun Kundensegmente. Sechs davon bewegen sich eher im Economy-Bereich: Preis, Effizienz und Funktion stehen im Vordergrund. Drei gehören zum neuen Premium: Dort zählen Identität, Werte und Beziehung. Für Makler ist diese Unterscheidung wichtig, weil nicht jeder Kunde dieselbe Form von Beratung sucht.

**Schritt 2:** Ein Kooperationsnetzwerk aufbauen. Welche Präventionsexperten in der eigenen Region oder Zielbranche sind fachlich stark, verlässlich und offen für Zusammenarbeit? Ein IT-Sicherheitspartner, ein Arbeitsschutzberater oder ein Rechtsanwalt mit Mittelstandserfahrung sind keine netten Extras. Sie werden zu strategischen Bausteinen einer zukunftsfähigen Beratung. Übrigens haben diese etwaigen Kooperationspartner die gleichen Herausforderungen. Auch deren Kunden verändern ihr Verhalten.

**Schritt 3:** Eine klare Positionierungsentscheidung treffen. Wer künftig erfolgreich sein will, muss sich entscheiden. Entweder wird er zum unverzichtbaren Vertrauensanker für Kunden, die Verantwortung teilen und persönliche Begleitung wünschen. Oder er setzt konsequent auf Effizienz, Digitalisierung und Skalierung für Kunden, die schnelle und reibungslose Abläufe schätzen. Beide Wege können funktionieren. Schwierig wird die Mitte: der Makler, der für alle da sein will, sich auf nichts klar festlegt und weder durch persönliche Tiefe noch durch digitale Effizienz überzeugt.

### Fazit

Die Veränderung wartet nicht. Kunden, die digitale Wege bevorzugen, nutzen sie bereits. Und Kunden, die persönliche Begleitung suchen, achten genauer darauf, wem sie wirklich vertrauen.

Der Makler, der heute ein Netzwerk aus Präventionsspezialisten aufbaut, bietet mehr als Versicherungsschutz. Er wird zum Knotenpunkt in einem regionalen oder branchenspezifischen Ökosystem. Er hilft Kunden, Risiken früher zu erkennen, bessere Entscheidungen zu treffen und Schäden möglichst zu vermeiden.

Das ist eine Rolle, die KI nicht einfach ersetzen kann. Denn sie lebt nicht nur von Daten und Analyse, sondern von Vertrauen, Beziehung und Verantwortung.

Wer versteht, wen er wirklich bedient und welchen Mehrwert er liefert, wird nicht verdrängt.

**Er wird gesucht.**





Manchmal muss man seinen Blickwinkel  
verändern, um seinen Kunden  
bestmöglichen Schutz zu bieten.

# MARKEL



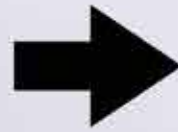
Markel ist ein weltweit führender Spezialversicherer für gewerbliche und berufliche Risiken, bei dem die Menschen im Mittelpunkt stehen.

D&O  
Cyber  
Transport  
Berufshaftpflicht  
Betriebshaftpflicht

# Game on für Versicherungsmakler

## Warum unser Beruf ein neues Rollenbild braucht

LEV  
U



**Moritz HEILFORT**  
Gründer der  
Paladinum GmbH

Ich glaube, wir reden in der Branche manchmal über die falsche Gefahr.

Viele Diskussionen drehen sich gerade um Künstliche Intelligenz. Wird KI Makler ersetzen? Werden Kunden bald alles selbst machen? Braucht es in ein paar Jahren überhaupt noch persönliche Beratung? Und wenn ja: Wofür genau?

Meine Antwort darauf ist ziemlich klar: Ja, persönliche Beratung wird es weiterhin brauchen. Vielleicht sogar mehr denn je. Aber sie wird anders aussehen müssen. Nicht jeder, der heute Versicherungsmakler ist, wird automatisch in diesem neuen Spielfeld bestehen. Und nicht jedes Geschäftsmodell, das die letzten zehn oder zwanzig Jahre funktioniert hat, wird einfach so weiter funktionieren.

**Das klingt unbequem. Ist es auch.  
Aber genau darin liegt die Chance.**

Denn aus meiner Sicht steht nicht nur die Frage im Raum, wie wir KI einsetzen. Die größere Frage lautet: Welches Bild haben wir eigentlich künftig von unserem Beruf? Und welches Bild vermitteln wir jungen Menschen, die vielleicht in diese Branche einsteigen sollen?

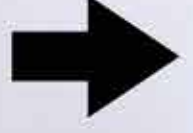
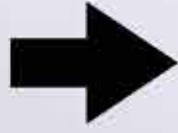
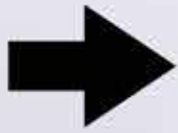
Wenn wir Nachwuchs gewinnen wollen, reicht es

nicht, über freie Ausbildungsplätze, Karriereseiten oder Social-Media-Kampagnen zu sprechen. Wir müssen den Beruf selbst neu erzählen. Nicht geschönt. Nicht künstlich modernisiert. Sondern ehrlich. Als das, was er im besten Fall sein kann: ein unternehmerischer, digitaler, verantwortungsvoller und zutiefst menschlicher Beruf.

Ich mag an dieser Stelle das Bild vom Spiel. Nicht, weil unsere Arbeit ein Spiel wäre. Dafür geht es zu oft um zu ernste Themen. Arbeitskraft, Gesundheit, Altersvorsorge, Haftung, Pflege, Familie, Unternehmensrisiken, Nachfolge, Liquidität im Schadenfall. Das sind keine Nebensächlichkeiten. Das sind oft die Themen, bei denen Menschen erst merken, wie wichtig gute Beratung wirklich gewesen wäre, wenn es eigentlich schon zu spät ist.

Aber das Bild vom Spiel passt trotzdem. Weil es zeigt: **Die Level verändern sich.**

Was früher gereicht hat, reicht heute nicht mehr automatisch. Kunden sind informierter, aber nicht unbedingt entscheidungssicherer. Produkte sind vergleichbarer, aber nicht unbedingt verständlicher. Technik wird leistungsfähiger, aber nicht automatisch sinnvoller. Und der Wettbewerb schläft nicht. Wer als Maklerbetrieb weiterkommen will, muss sein eigenes Rollenbild überprüfen.



Viele Vermittlerbetriebe arbeiten noch in einem Modell, das lange gut funktioniert hat. Man kennt seine Kunden. Man kennt die Produkte. Man vergleicht Bedingungen, holt Angebote ein, spricht mit Versicherern, dokumentiert den Vorgang und sorgt am Ende dafür, dass eine Lösung zustande kommt.

Das ist nicht falsch. Im Gegenteil: **Saubere Vermittlung bleibt wichtig. Fachlichkeit bleibt wichtig. Produktkenntnis bleibt wichtig. Aber es ist eben nicht mehr das ganze Spiel.**

Der eigentliche Wert entsteht heute immer stärker vor dem Produkt. In der Analyse.

In der Einordnung. In der Frage, welches Problem überhaupt gelöst werden soll. Und auch in der Fähigkeit, einem Kunden zu sagen, dass seine eigene Wahrnehmung vielleicht nicht vollständig ist.

Das gilt im Privatkundenbereich genauso wie im Gewerbebereich. Eine junge Familie braucht nicht einfach irgendeine Berufsunfähigkeitsversicherung, eine Risikolebensversicherung oder einen Sparplan. Sie braucht Orientierung: Was ist jetzt wirklich wichtig? Was kann warten? Welche Entscheidung schützt uns am stärksten? Welche Risiken verdrängen wir, weil sie unangenehm sind? Und wie passt das alles zu unserem tatsächlichen Leben?

Ein Unternehmer braucht nicht nur eine Betriebshaftpflicht, eine Cyberdeckung oder eine Sachversicherung. Er braucht jemanden, der versteht, wo sein Geschäftsmodell verletzt ist. Welche Schlüsselpersonen kritisch sind. Wo ein Schaden den Betrieb wirklich stoppt. Welche Risiken nicht in einer Police stehen, aber trotzdem existenzbedrohend sein können. Und welche Benefits helfen, gute Mitarbeitende zu halten, bevor die nächste Kündigung auf dem Tisch liegt

In beiden Fällen reicht es nicht, Tarife zu vergleichen. Der

Makler der Zukunft muss Komplexität übersetzen. Er muss Informationen sortieren, Risiken priorisieren und Entscheidungen greifbar machen. Er muss manchmal bremsen, manchmal anschieben und manchmal widersprechen. Gute Beratung besteht nicht darin, dem Kunden jede Entscheidung abzunehmen. Aber sie muss ihm helfen, eine bessere Entscheidung zu treffen.

**Genau an dieser Stelle wird Künstliche Intelligenz spannend.**

Ich erlebe in der Branche häufig zwei extreme Reaktionen. Die einen feiern KI, als würde sie jedes Problem lösen. Die anderen tun so, als stünde der Untergang des Berufsstandes unmittelbar bevor. Beides halte ich für übertrieben. KI ist für mich weder Heilsbringer noch Endgegner. KI ist ein Mitspieler.

Ein ziemlich starker Mitspieler sogar, wenn man ihn richtig einsetzt. KI kann Dokumente auslesen, Bedingungen zusammenfassen, Texte vorbereiten, Gesprächsnotizen strukturieren, Daten sortieren, Schadenverläufe analysieren, Kundeninformationen verdichten oder Beratungsprozesse unterstützen. Sie kann Dinge übernehmen, die viele von uns bisher viel Zeit gekostet haben und meistens nicht besonders viel Freude bereiten.

Das ist keine Kleinigkeit. Gerade in Maklerbetrieben geht unglaublich viel Energie in Fleißarbeit, Administration und Wiederholung verloren. Wenn KI hier entlastet, entsteht Raum. Raum für bessere Gespräche. Für echte Vorbereitung. Für Nachdenken. Für Strategie. Für Führung.

**Aber KI kann eines nicht: Verantwortung übernehmen.**

Sie spürt nicht, wenn ein Kunde im Gespräch zwar nickt, aber innerlich noch nicht mitgeht. Sie merkt nicht zuverlässig, wann ein Unternehmer eigentlich über ein ganz anderes Problem spricht als das, das auf dem Tisch »

liegt. Sie hat keine Lebenserfahrung. Keine Haltung. Keine Loyalität. Kein Gespür für Zwischentöne. Und sie kann niemandem mit der richtigen Mischung aus Klarheit und Respekt sagen: „So, wie Sie das gerade lösen, ist es zwar billig, aber gefährlich.“

Das ist unsere Aufgabe.

In meinem Verständnis wird die Rollenverteilung künftig sehr klar sein: **KI macht Fleißarbeit. Der Makler macht Führung.**

**KI kann vorbereiten. Der Mensch muss einordnen.**

**KI kann strukturieren. Der Mensch muss priorisieren.**

**KI kann Vorschläge liefern. Der Mensch muss Verantwortung tragen.**

Das klingt einfach, aber viele Betriebe sind darauf noch nicht vorbereitet. Denn damit KI wirklich helfen kann, muss der Maklerbetrieb selbst strukturierter werden. Und genau da wird es unangenehm.

Viele Betriebe sind historisch gewachsen. Das ist normal. Man hat irgendwann angefangen, Kunden beraten, Bestände aufgebaut, Mitarbeitende eingestellt, Systeme ergänzt, Prozesse irgendwie weiterentwickelt. Vieles funktioniert, weil Menschen im Betrieb wissen, wie es läuft. Aber oft steht es nirgendwo sauber. Oder es liegt in verschiedenen Köpfen. Oder in E-Mails. Oder in Notizen. Oder im Verwaltungsprogramm. Oder eben nirgends richtig.

Solange das so bleibt, bleibt KI ein schöner Aufkleber auf einem unaufgeräumten Maschinenraum.

### **Der erste Schritt ist deshalb Fokus.**

Ich weiß, dass dieses Wort schnell nach Einschränkung klingt. Viele Maklerinnen und Makler sind stolz darauf, breit aufgestellt zu sein. Privat, Gewerbe, Vorsorge, Gesundheit, Finanzierung, Sach, Leben, Kfz, bAV, bKV – irgendwie alles. Das kann funktionieren, wenn die Struktur dahinter stark genug ist. Aber ohne klares Profil wird es immer schwerer.

Denn austauschbare Beratung wird vergleichbarer. Standardprozesse werden automatisierbarer. Und Kunden merken schneller, ob jemand nur ein Angebot erstellt oder ihr Problem wirklich verstanden hat.

Fokus bedeutet nicht, dass jeder nur noch eine winzige Nische bedienen darf. Aber ein Betrieb sollte wissen, wofür er steht. Für welche Kunden er besonders relevant ist. Welche Probleme er besonders gut lösen kann. Welche Beratung er bewusst nicht machen möchte. Und welche Art von Mandat wirklich zum eigenen Geschäftsmodell passt.

Das ist nicht nur eine Marketingfrage. Es ist eine Überlebensfrage.

### **Der zweite Schritt sind Standards.**

Viele zucken bei diesem Wort zusammen. Standards klingen

nach Bürokratie, nach Checklisten, nach Einengung. Ich sehe das anders. Gute Standards schaffen Freiheit.

Wenn klar ist, wie ein Erstgespräch vorbereitet wird, welche Informationen immer erhoben werden, wie Empfehlungen dokumentiert werden, wie Folgeprozesse laufen und wie Kundenkommunikation aufgebaut ist, entsteht Verlässlichkeit. Und erst dann kann Technologie sinnvoll unterstützen.

Ein Betrieb ohne Standards kann KI kaum produktiv nutzen. Denn KI braucht Struktur. Wenn jeder Berater anders arbeitet, Daten unterschiedlich erfasst werden und wichtige Informationen irgendwo verschwinden, kann auch die beste Technologie daraus kein gutes System machen.

Standards bedeuten nicht, dass Beratung unpersönlich wird. Im Gegenteil. Sie sorgen dafür, dass die Basis sitzt. Und genau dadurch bleibt im Gespräch mehr Zeit für das Individuelle.

### **Der dritte Schritt ist Datenqualität**

Daten sind für Maklerbetriebe kein lästiges Verwaltungsprodukt mehr. Sie sind ein strategischer Rohstoff. Wer gute Daten hat, kann bessere Beratung leisten. Er erkennt Versorgungslücken schneller, kann Kunden gezielter ansprechen, Bestände professioneller entwickeln und Empfehlungen nachvollziehbarer machen.

Wer schlechte Daten hat, bleibt abhängig von Zufall, Erinnerung und Improvisation. Das mag eine Zeit lang gutgehen. Aber es ist kein Zukunftsmodell.

Fokus, Standards und Datenqualität sind deshalb keine technischen Randthemen. Sie sind unternehmerische Grundfragen. Und genau hier kommen wir zu einem Punkt, der aus meiner Sicht für die Branche mindestens genauso wichtig ist wie KI: das Thema Nachwuchs.

Wir haben kein reines Nachwuchsproblem. Wir haben auch ein Erzählproblem.

Viele junge Menschen haben kein attraktives Bild von unserer Branche. Wenn sie an Versicherungen denken, denken sie an Papier, Kleingedrucktes, unangenehme Verkaufsgespräche, komplizierte Produkte oder Menschen, die einem etwas andrehen wollen. Das ist hart, aber es ist oft die Realität der Außenwahrnehmung.

Und jetzt müssen wir ehrlich sein: Ein Teil davon ist selbst verursacht. Wenn wir den Beruf immer nur über Produkte, Provisionen und Vertriebszahlen erklären, dürfen wir uns nicht wundern, wenn sich nicht jeder dafür begeistert.

### **Dabei kann dieser Beruf unglaublich spannend sein.**

Er verbindet Unternehmertum, Psychologie, Kommunikation, Strategie, Finanzen, Recht, Technologie und echte Verantwortung.

Man spricht mit Menschen über Themen, die sie oft lieber vermeiden würden. Krankheit. Tod. Berufsunfähigkeit. Pflege. Haftung. Alter. Scheitern. Unternehmensrisiken. Geld. Familie. Sicherheit.

Das sind keine einfachen Verkaufsthemen. Das sind Lebensthemen. Und genau deshalb braucht dieser Beruf gute Leute. Menschen mit Charakter. Mit Neugier. Mit Haltung. Mit Interesse an anderen Menschen. Mit Lust auf Unternehmertum. Und ja, auch mit digitaler Kompetenz.

Wenn wir Nachwuchs gewinnen wollen, müssen wir den Beruf größer erzählen. Nicht größer machen, als er ist. Sondern so groß, wie er tatsächlich sein kann, wenn man ihn ernst nimmt.

Wir sollten jungen Menschen **nicht sagen: „Komm zu uns, du kannst Versicherungen verkaufen.“ Wir sollten sagen: „Komm zu uns, du kannst Menschen und Unternehmen helfen, bessere Entscheidungen zu treffen. Du kannst Risiken sichtbar machen, bevor sie zum Problem werden. Du kannst Familien schützen, Betriebe stabilisieren und mit moderner Technologie Beratung neu gestalten“**

Das ist ein anderes Bild.

Und dieses Bild ist notwendig, wenn wir nicht nur Nachwuchs suchen, sondern wirklich Talente gewinnen wollen.

Natürlich reicht eine schöne Erzählung allein nicht. Junge Menschen merken sehr schnell, ob ein Betrieb modern klingt oder modern arbeitet. Wer Nachwuchs gewinnen will, muss auch Strukturen bieten, in denen Entwicklung möglich ist.

Digitale Werkzeuge. Klare Prozesse. Ausbildung, die mehr ist als Mitlaufen. Führung, die erklärt und nicht nur kontrolliert. Eine Kultur, in der Fragen erlaubt sind. Und eine Perspektive, die über den nächsten Abschluss hinausgeht.

Gerade hier kann KI sogar helfen. Junge Mitarbeitende müssen nicht mehr in eine Welt hineinwachsen, in der stumpfe Verwaltungsarbeit als unvermeidbares Schicksal gilt. Sie können lernen, digitale Werkzeuge selbstverständlich zu nutzen. Sie können schneller recherchieren, strukturierter dokumentieren und besser vorbereitet in Gespräche gehen.

Aber auch hier gilt: **KI ersetzt keine Substanz.** Wer fachlich nichts versteht, wird durch KI nicht automatisch gut. Er wird nur schneller oberflächlich. Die eigentliche Qualität entsteht aus der Verbindung: Fachwissen, Prozessklarheit, digitale Werkzeuge und menschliche Beratungskompetenz.

Das ist auch für bestehende Maklerbetriebe eine große Chance. Nicht jeder Betrieb muss riesig werden. Nicht jeder muss alles selbst bauen. Aber jeder sollte sich fragen: Ist mein Unternehmen so aufgestellt, dass junge Menschen hier eine Zukunft sehen können? Oder wirkt mein Betrieb von außen wie ein Modell, das langsam ausläuft?

Diese Frage ist unbequem. Aber sie ist notwendig. Denn der Markt von morgen wartet nicht darauf, bis wir intern alles sortiert haben. Kunden werden anspruchsvoller. Versicherer werden digitaler. Vergleichbarkeit nimmt zu. Plattformen werden stärker. KI wird viele einfache Tätigkeiten »



übernehmen. Und gleichzeitig steigt der Bedarf an echter Beratung.

Das ist kein Widerspruch. Es ist genau der Punkt.

Je mehr Informationen verfügbar sind, desto wichtiger wird Einordnung. Je mehr Tools es gibt, desto wichtiger wird Urteilskraft. Je schneller Prozesse laufen, desto wichtiger wird Verantwortung. Und je digitaler die Welt wird, desto wertvoller wird echte menschliche Klarheit.

Deshalb glaube ich nicht an das Ende des Versicherungsmaklers. Ich glaube aber sehr wohl an das Ende des alten Komforts. Die Zukunft gehört nicht automatisch denen, die schon lange am Markt sind. Sie gehört denen, die bereit sind, ihr Geschäftsmodell aktiv weiterzuentwickeln. Die sich fragen, wo sie wirklich relevant sind. Die ihre Prozesse strukturieren. Die Daten ernst nehmen. Die KI nicht als Spielerei behandeln. Die Nachwuchs nicht nur suchen, sondern entwickeln. Und die den Mut haben, ihr eigenes Berufsbild neu zu denken.

Für mich ist der Versicherungsmakler der Zukunft unabhängiger Berater, Unternehmer, Risikodenker, Vorsorgestrategiegestalter und menschlicher Entscheider in einer zunehmend digitalen Welt.

Er vermittelt nicht nur Produkte. **Er schafft Orientierung.** Er verwaltet nicht nur Bestände. **Er entwickelt Beziehungen.** Er reagiert nicht nur auf Anfragen. **Er erkennt Handlungsbedarf. Und er nutzt Technologie nicht als Ersatz für Beratung, sondern als Verstärker seiner eigenen Qualität.**

Wenn uns dieser Rollenwechsel gelingt, dann ist KI nicht die größte Bedrohung unserer Branche. Dann ist sie ein Werkzeug, das uns hilft, den eigentlichen Wert unserer Arbeit wieder stärker sichtbar zu machen.

Und wenn uns diese neue Erzählung gelingt, dann kann auch der Nachwuchs wieder erkennen, wie spannend dieser Beruf ist. Nicht als Beruf von gestern. Sondern als Beruf für Menschen, die Verantwortung übernehmen, unternehmerisch denken und digitale Möglichkeiten sinnvoll nutzen wollen. Genau deshalb ist jetzt der richtige Moment, über unser Selbstbild zu sprechen. Nicht defensiv. Nicht jammernd. Nicht mit Angst vor Veränderung. Sondern mit Klarheit.

Unser Beruf hat Zukunft. Aber nicht automatisch. Zukunft hat er dann, wenn wir bereit sind, das nächste Level wirklich zu spielen.

**Game on.**

## Rezensionen – Bücher, die in keinem Maklerbüro fehlen sollten!



### Deckungsanfrage und Deckungsablehnung des Versicherers; Jeremias; Verlag Österreich; ISBN: 978-3-7046-9855-1

Deckungsablehnung rechtssicher einordnen: Anforderungen und Umsetzung  
Österreichische Versicherer registrierten 2024 rund 7,97 Millionen Schadensfälle – eine Flut von Fällen, die höchste rechtliche Präzision erfordert. Die Besonderheiten des Versicherungsvertragsrechts prägen sowohl die Deckungsanfrage der Versicherungsnehmer\*innen als auch die Deckungsablehnung des Versicherers.

Dieses Buch bietet eine praxisnahe Orientierung anhand zahlreicher Beispiele aus der Judikatur. Es beleuchtet systematisch die zentralen Themen:

- Fälligkeit der Versicherungsleistung: Wann muss der Versicherer zahlen?

- Anforderungen an eine rechtssichere Deckungsablehnung: Wie ist sie zu begründen und wie sollten Versicherungsnehmer\*innen damit umgehen?
- Qualifizierte Deckungsablehnung und Klagefristsetzung: Welche Voraussetzungen hat diese Erklärung zu erfüllen und wie kann die Leistungsfreiheit des Versicherers verhindert werden?
- Klärung der Leistungspflicht in der Haftpflichtversicherung: Welche Befugnisse hat der Versicherer?
- Welchen Einfluss haben die Behauptungen des geschädigten Dritten?

# WELCHE VERSICHERUNGEN START-UPS WIRKLICH BRAUCHEN

## Einleitung

Start-ups bewegen sich in einem dynamischen und innovationsgetriebenen Umfeld. Neue Technologien, kurze Entwicklungszyklen und hoher Wettbewerbsdruck prägen den Alltag. Gleichzeitig entstehen Risiken oft früher als erwartet. Ein passender Versicherungsschutz ist daher keine Formalität, sondern ein wesentlicher Faktor für nachhaltigen Unternehmenserfolg.

## Problemstellung

In der Gründungsphase liegt der Fokus meist auf Produktentwicklung, Finanzierung und Markteintritt. Risiken werden dabei häufig unterschätzt oder bewusst zurückgestellt. Tatsächlich entstehen Haftungsrisiken jedoch bereits mit dem ersten Angebot, dem ersten Software Release oder dem ersten Kundenkontakt. Viele Start-ups operieren in digitalen und wissensbasierten Geschäftsmodellen.

Schäden äußern sich hier weniger als Sach- oder Personenschäden, sondern vor allem als Vermögensschäden – etwa durch fehlerhafte Software, Beratungsfehler, Datenschutzverstöße oder Systemausfälle. Hinzu kommt die stetig wachsende Bedrohung durch Cyberangriffe. Auch die persönliche Haftung der Geschäftsführung wird häufig erst mit dem Einstieg von Investoren als relevantes Risiko wahrgenommen.

## Zentrale Risiken und Absicherung

Für die operative Tätigkeit ist die Vermögensschadenhaftpflichtversicherung zentral. Sie deckt finanzielle Schäden ab, die Dritten durch Fehler, Pflichtverletzungen oder Rechtsverstöße entstehen. Für IT, SaaS, Beratungs- oder Plattformmodelle ist sie regelmäßig unverzichtbar.

Sobald physische Risiken bestehen – etwa durch eigene Hardware, Büroräume oder Veranstaltungen – ergänzt die Betriebshaftpflichtversicherung den Schutz bei Personen und Sachschäden. Ein besonders kritischer Bereich ist die IT Sicherheit. Cyberversicherungen übernehmen Kosten bei Cyberangriffen, Datenverlusten oder Betriebsunterbrechungen und stellen im Ernstfall spezialisierte Unterstützung bereit.

Gerade datengetriebene Geschäftsmodelle und der Einsatz von Cloud oder KI Systemen erhöhen die Relevanz dieser Absicherung. Für Geschäftsführung und Vorstand ist außerdem die D&O Versicherung von zentraler Bedeutung. Sie schützt vor persönlicher Haftung bei Management Fehlentscheidungen und gehört bei kapitalfinanzierten Start-ups meist zu den expliziten Investorenerwartungen.

## Fazit

Ein wirksamer Versicherungsschutz für Start-ups folgt keinem starren Standard, sondern orientiert sich am Geschäftsmodell und der jeweiligen Entwicklungsphase.

Dennoch haben sich klare Basisbausteine etabliert: Vermögensschadenhaftpflicht, Betriebshaftpflicht, Cyberversicherung und D&O bilden in den meisten Fällen das notwendige Fundament.

Ein professioneller Versicherungsschutz beginnt nicht mit dem ersten Schaden, sondern mit der ersten unternehmerischen Entscheidung. Start-ups, die ihre Risiken frühzeitig strukturieren und absichern, schaffen Vertrauen bei Kunden, Partnern und Investoren. Versicherung wird damit nicht zur Pflichtübung, sondern zu einem strategischen Bestandteil moderner Unternehmensführung.



Manuel Häusler,  
Country Manager Österreich



MARKEL

## Infokasten

### 1. Zentrale Erkenntnis

Die meisten Schäden lassen sich drei Kernversicherungen zuordnen:

- Vermögensschadenhaftpflicht \* alles rund um Fehler in Leistung/Service
- Betriebshaftpflicht → Personen- und Sachschäden
- Cyberversicherung → digitale Risiken

### 2. D&O ist ein Sonderfall

- schützt nicht das Unternehmen, sondern die Geschäftsführung persönlich
- wird oft von Investoren vorausgesetzt

### 3. Typischer Beratungsfehler

- Fokus nur auf Betriebshaftpflicht
- fehlende VSH bei digitalen Geschäftsmodellen

# Dread Disease im Praxis-Check

Was leistet die Dread-Disease-Versicherung eigentlich?



**Mag. Erwin WEINTRAUD**  
ÖVM Landesvorsitzender  
Niederösterreich

Dread Disease Policen setzen also dort an, wo eine schwere Diagnose wie Krebs den Kapitalbedarf schlagartig nach oben treibt.

Die versicherten Krankheiten schränken die Leistungsfähigkeit des Kunden oft massiv ein und ziehen gleichzeitig Zusatzkosten nach sich: Eigenanteile für Therapien, Fahrten, Aufenthalte, Zweitmeinungen oder ein rasch nötiger Umbau von Wohnumfeld und Fahrzeug. Gleichzeitig leidet meist die Kreditwürdigkeit, weil Einkommen wegbricht oder reduziert wird.

Genau hier liefert die DD Deckung ihren Kernnutzen: Wird eine in den Bedingungen definierte Krankheit in einem bestimmten Schweregrad diagnostiziert, erhält der Kunde eine vereinbarte Einmalleistung zur freien Verfügung. Dieses Kapital kann zur Tilgung oder Reduktion eines Immobilienkredits, zur Überbrückung von Einkommensausfällen, zur Finanzierung alternativer Behandlungen oder schlicht zur Stabilisierung der Familienfinanzen eingesetzt werden.

Die DD-Prüfung ist schneller als die BU-Prüfung: Sie fragt nicht, ob der Kunde noch arbeiten kann. Sie prüft nur drei Punkte.

- 1) Diagnose einer versicherten Erkrankung (z. B. Krebs, Herzinfarkt, Schlaganfall),
- 2) der Schweregrad ist vertraglich definiert erreicht,
- 3) der Kunde überlebt die Wartezeit – typisch 14 oder 28 Tage nach Diagnose.

## Dann zahlt die Versicherung.

Für die Beratung bedeutet das: Die BU hält das Einkommen langfristig stabil, die Dread Disease Deckung federt den akuten Schock einer Krebs oder anderen schweren Diagnose mit sofortigem Kapital ab.

## Wo taucht Dread Disease in der Praxis auf?

In vielen Portfolios begegnet uns DD weniger als

# Dread Disease: Der Kapital-Puffer für den Ernstfall

Unabhängig von der Arbeitskraft – Fokus auf die Diagnose.



## Auslöser

Diagnose einer definierten schweren Krankheit (z. B. Krebs, Herzinfarkt, Schlaganfall) ab einem festgelegten Schweregrad.

## Leistung

Einmalzahlung zur freien Verfügung (typischerweise nach kurzer Wartezeit von 14–28 Tagen).

## Verwendung

Tilgung von Immobilienkrediten, Umbaumaßnahmen, Überbrückung bis zur BU-Entscheidung.

### Wichtig:

Die Prüfung fokussiert rein medizinisch auf die Diagnose, nicht auf den Beruf.

eigenständige Hauptversicherung, sondern als Zusatzbaustein. Typische Konstellationen:

- Zusatz zu einer BU Police: Sofortleistung oder kleine Einmalzahlung bei Nachweis bestimmter schwerer Erkrankungen, während die eigentliche BU Prüfung noch läuft.
- Zusatz zu einer Risikolebensversicherung: Vorweggenommene oder zusätzliche Leistung bei schwerer Erkrankung, während der Todesfallschutz weiterläuft.
- Spezielle Kinder DD: Einmalleistung bei schweren kindlichen

Erkrankungen (z. B. Krebs, bestimmte Infektionen oder schwere Funktionsverluste), um Eltern finanziell zu entlasten, wenn ein Elternteil länger ausfällt.

Gerade im Finanzierungskontext sind die Varianten mit Einmalleistung interessant, weil sie entweder eine Teilentschuldung ermöglichen oder als „Liquiditätspuffer“ dienen, wenn beide Elternteile zeitweise nur eingeschränkt arbeiten können.



Merkmal	Berufsunfähigkeitsversicherung (BU)	Dread Disease Versicherung (DD)
Leistungsauslöser	Voraussichtlich mind. 6 Monate, ca. 50 % Einschränkung im zuletzt ausgeübten Beruf.	Diagnose einer definierten schweren Krankheit (z. B. Krebs, Herzinfarkt, Schlaganfall) ab vertraglich festgelegtem Schweregrad.
Prüfmaßstab	Konkreter Beruf, zuletzt ausgeübte Tätigkeit, Umfang der Leistungsfähigkeit.	Medizinische Diagnose, Schweregrad, teilweise Überlebensdauer/Wartezeit.
Leistungsart	Laufende monatliche Rente bis zum vereinbarten Endalter, inkl. Beitragsbefreiung.	Einmalzahlung in vereinbarter Höhe, frei verwendbar.
Zweck im Konzept	Langfristige Einkommensabsicherung bei anhaltender Einschränkung.	Schnelle Liquidität bei schwerer Krankheit, Abdeckung von Kostenspitzen und strukturellen Anpassungen.
Bezug zu psychischen Erkrankungen	Psychische Erkrankungen sind typischerweise eingeschlossen und wichtige Leistungsursache.	Meist nicht versichert, Fokus auf klar definierte somatische Erkrankungen.
Relevanz bei Immobilienfinanzierung	Sicherung der laufenden Raten und Lebenshaltungskosten.	Möglichkeit zur teilweisen Kredittilgung, Überbrückung von Einkommenslücken und Finanzierung von Umbaumaßnahmen.

**Terminal Illness vs. Dread Disease in der Risikoleben**

Eine „Terminal Illness“-Klausel – oft auch als „vorgezogene Todesfalleistung“ bezeichnet – ist im Kern ein Vorgriff auf die normale Ablebensleistung der Risikolebensversicherung. Stellt ein Arzt fest, dass der Kunde mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit innerhalb eines kurzen, vertraglich festgelegten Zeitraums (meist rund zwölf Monate) versterben wird, kann die Todesfallsumme schon zu Lebzeiten ausbezahlt werden. Die Versicherung zahlt also nicht zusätzlich, sondern nur früher; die Gesamtleistung bleibt gleich, wird aber zeitnah verfügbar gemacht. In vielen höherwertigen Ablebens Tarifen ist eine solche vorgezogene Todesfalleistung mittlerweile ein gängiger Premium Baustein.

Wenn dagegen eine „echte“ Dread Disease Leistung in die Risikoleben eingebaut wird, kommt eine zusätzliche Schutzschicht dazu. Bei der vorgezogenen Variante wird bei schwerer Erkrankung ein Teil der Versicherungssumme bereits zu Lebzeiten ausbezahlt, bei der zusätzlichen Variante bleibt der Todesfallschutz voll erhalten und die Schwere Krankheiten Leistung kommt obendrauf. Entscheidend ist dabei: Für die DD Leistung muss kein baldiger Tod zu erwarten sein – auch Krebserkrankungen mit guten Heilungschancen können zu einer Auszahlung führen, während eine Terminal Illness Klausel in solchen Fällen gerade nicht greifen würde.

BU und Dread Disease können im Zusammenspiel deutlich mehr leisten als jedes Produkt für sich – insbesondere, wenn eine Immobilienfinanzierung im Hintergrund läuft. Während die BU das laufende Einkommen absichert, sorgt die Dread Disease Deckung im Ernstfall für einen zusätzlichen Kapitalpuffer, der die Finanzierung stabil hält.

**BU und Dread Disease – unterschiedliche Antworten auf dieselbe Krise**

Aus Sicht der Leistungsauslöser verfolgen beide Produkte unterschiedliche Ansätze:

- Die BU leistet, wenn die Arbeitsfähigkeit im bisherigen Beruf über einen längeren Zeitraum (typisch sechs Monate) deutlich eingeschränkt ist.
- Die Dread Disease Versicherung leistet, wenn eine vertraglich definierte schwere Krankheit wie Krebs, Herzinfarkt oder Schlaganfall einen bestimmten Schweregrad erreicht – unabhängig davon, ob weitergearbeitet werden kann.

In BU Beständen dominieren Muskel Skelett Erkrankungen und psychische Leiden; Tumorerkrankungen und Herz /Gefäßerkrankungen sind wichtige, aber nicht alleinige Hauptursachen. Psychische Erkrankungen spielen im Dread Disease Konzept praktisch keine Rolle, dort konzentrieren sich die Schäden überwiegend auf klar definierte körperliche Erkrankungen. In vielen CI Portfolios machen Krebs, Herzinfarkt und Schlaganfall die große Mehrheit der Schäden aus.

Hauptursachen einer Berufsunfähigkeit (Beispielportfolio)	Anteil an BU Fällen*
Psychische Erkrankungen	33,5%
Muskel und Skelett Erkrankungen	20,1%
Tumorerkrankungen (Krebs)	17,4%
Unfälle	7,8%
Herz und Gefäßerkrankungen	6,5%
Sonstige Ursachen	14,7%

\*Quelle: Gen R, basierend auf „Kennzahlen rund um die Berufsunfähigkeit“ – Morgen & Morgen GmbH April 2022 entnommen aus „Critical Illness und Invaliditätsversicherung – Konkurrenz oder wertvolle Koexistenz? Teil 2“, Ronald Schwärzler, Gen Re.

Auch die Zeitachse unterscheidet sich deutlich: BU Leistungen setzen meist erst nach einer mehrmonatigen Karenzzeit ein; Dread Disease Leistungen fließen in der Regel kurz nach Diagnose und Erreichen des Schweregrads, oft nur mit kurzer Überlebensdauer als Bedingung.

Damit ergänzt Dread Disease die BU auf zwei Ebenen:

- Sie übernimmt kurzfristig hohe Zusatzkosten bei schwerer Erkrankung, die mit der BU Rente allein schwer zu stemmen sind (Therapien, Umbau, Einkommenslücken).
- Sie kann auch dann zahlen, wenn dank moderner Therapien noch keine dauerhafte Berufsunfähigkeit vorliegt, der Kunde aber vorübergehend stark eingeschränkt ist.

In der Praxis hat sich daher folgende Logik bewährt: Zuerst wird ermittelt, welche BU Rente notwendig ist, damit Kreditrate und Lebenshaltungskosten auch bei längerer Berufsunfähigkeit gesichert bleiben. Ergänzend wird eine Dread Disease Summe gewählt, die im Fall einer schweren Erkrankung wie Krebs entweder einen spürbaren Teil der Restschuld reduziert oder mehrere Jahre Mehrkosten und Einkommenslücken überbrückt.

**Realistisch und bedarfsgerecht zur Arbeitskraftabsicherung beraten**

Auch wenn die BU fachlich die umfassendste Lösung darstellt, wäre es selten bedarfsgerecht, die Beratung ausschließlich auf dieses Produkt zu verengen und Alternativen nicht einmal anzusprechen. Genau das befeuert den Effekt, dass Kundinnen und Kunden nach einem abgelehnten oder finanziell nicht tragbaren BU Angebot das Thema Arbeitskraftabsicherung als „erledigt“ betrachten und im Ernstfall ganz ohne Schutz dastehen. Stattdessen braucht es einen offenen Blick auf die individuellen Prioritäten: Neben Beruf, Alter und Gesundheit spielen Lebensplanung, finanzielle Leistungsfähigkeit, familiäre Situation und Risikobereitschaft eine zentrale Rolle. Nur wer Bedarf und Prioritäten kennt, kann aus den verfügbaren Mitteln eine sinnvolle Kombination aus BU, Grundfähigkeits- und Dread Disease Deckung zusammenstellen, ohne in teure Überdeckungen zu rutschen.

# BU & Dread Disease: Das Power-Duo der Arbeitskraftabsicherung

Während die BU als „Goldstandard“ das langfristige Einkommen sichert, bietet die Dread-Disease-Versicherung sofortiges Kapital bei schweren Diagnosen wie Krebs. Die Kombination beider Produkte schließt die Lücke zwischen laufenden Lebenshaltungskosten und akuten finanziellen Schocks.

### Berufsunfähigkeitsversicherung (BU)

**BU: Langfristige Einkommenssicherung**

- Monatliche Rente:** Die BU ersetzt langfristig das Einkommen.
- Leistungsauslöser:** Tätigkeit BU leistet bei Arbeitsunfähigkeit (50%-Hürde).
- Psychische Risiken:** Die BU deckt psychische Leiden ab.

**Steigende Krebsdiagnosen & Reaktivierung**

Dank moderner Medizin überleben mehr Patienten, benötigen aber Kapital für teure Therapien.

### Verteilung der Hauptursachen für Berufsunfähigkeit \*

Psychische Erkrankungen	33,5%
Muskel- und Skelett-Erkrankungen	20,1%
Tumorerkrankungen (Krebs)	17,4%

**Warum die Kombination sinnvoll ist**

**Absicherung von Immobiliendarlehen**

DD-Einmalzahlung → Kredite tilgen  
 BU-Rente → laufende Raten decken

**Überbrückung von Wartezeiten**

DD-Leistung  
 BU-Rente

DD-Leistungen fließen oft schneller als BU-Renten, was sofortige finanzielle Entlastung schafft.

### Dread-Disease-Versicherung (DD)

**DD: Sofortige Liquidität**

- Einmalzahlung:** DD liefert sofortige Liquidität zur freien Verfügung.
- Leistungsauslöser:** Diagnose DD bereits bei medizinischem Nachweis einer definierten Krankheit.
- Somatische Risiken:** DD fokussiert auf körperliche Diagnosen wie Krebs.

Dazu gehört auch, Lücken bewusst zuzulassen, statt jede theoretische Konstellation absichern zu wollen: Der Kunde zahlt seine Beiträge sicher, den Leistungsfall erlebt er hoffentlich nie – wirtschaftlich sinnvoll ist daher oft eine Kombination, die die größten Risiken abdeckt und kleinere Restrisiken akzeptiert.

## Erwartungsmanagement und Dokumentation

Für unsere Haftung – aber auch für die Zufriedenheit im Leistungsfall – ist die saubere Trennung der Leistungsauslöser zentral: Berufsunfähigkeit im zuletzt ausgeübten Beruf mit einer laufenden Rente auf der einen Seite, Diagnose einer vertraglich definierten schweren Krankheit mit Einmalleistung auf der anderen. Diese Unterschiede müssen im Gespräch klar benannt werden, insbesondere im Hinblick auf psychische Erkrankungen und chronische Verläufe ohne klaren medizinischen Schweregrad.

In der Dokumentation sollte nachvollziehbar sein, welche Risiken und Lebensbereiche abgedeckt sind, welche Bausteine aus Budget oder Gesundheitsgründen nicht umgesetzt wurden und

welche Lücken der Kunde bewusst akzeptiert. Wer gegenüber dem Kunden sauber zwischen laufender Einkommensrente und einmaliger Kapitalleistung unterscheidet, reduziert Enttäuschungen im Leistungsfall und stärkt zugleich die eigene Rolle als Risikoeklärer, der mit den verfügbaren Mitteln eine tragfähige Lösung baut – statt nur ein einzelnes Produkt zu verkaufen.

## Hilfreich im Tagesgeschäft eines Versicherungsmaklers

### Musterformulare für Versicherungsmakler

Die administrative Tagesarbeit des Versicherungsmaklers ist gekennzeichnet von einer gewissen Routine und Standard-Arbeiten im Backoffice. Dieses Handbuch beinhaltet mindestens 80% jener Schriftstücke, welche üblicherweise von der Kollegenschaft benötigt werden.

Weitere Informationen und Preise auf [www.oevm.at](http://www.oevm.at)



ÖVM-Mitglieder vor den Vorhang, Teil 15

# Vertrauen ist unser stärkstes Produkt

Isabell Gänser-Schnöll, Prokuristin VD SPAR Versicherungsdienst



„Billiger machen kann jeder.“  
Isabell Gänser-Schnöll, MBA

**Wenn ein Konzern wie SPAR mit tausenden Standorten und zehntausenden Mitarbeitenden auf eine eigene Maklerlösung setzt, dann geht es um weit mehr als klassische Versicherungsdienstleistung. Es geht um Struktur, Vertrauen – und um Menschen, die beides verbinden. Eine von ihnen ist Isabell Gänser-Schnöll, Prokuristin.**

Der VD SPAR Versicherungsdienst ist kein gewöhnlicher Maklerbetrieb: Entstanden 1991 aus der strategischen Überlegung heraus, die eigene Konzernstärke zu nutzen, entwickelte sich eine Lösung, die bis heute einzigartig ist.

„SPAR betreibt rund 3.300 Standorte im In- und Ausland und bezahlt dafür jährlich Versicherungsprämien in Millionenhöhe. Dadurch entstand die Idee, diese Konzernstärke gezielt zu nutzen – zum Vorteil aller Mitarbeitenden und Kaufleute“, erklärt Isabell Gänser-Schnöll.

Das Ergebnis: Mitarbeitende erhalten Zugang zu

Versicherungen zu Konzernkonditionen, selbständige Kaufleute profitieren von maßgeschneiderten Gewerbepaketen. Über Jahre gewachsene Deckungskonzepte sorgen dafür, dass im Schadenfall rasch und ohne Reibungsverluste geholfen werden kann.

Der Versicherungsdienst bleibt dabei bewusst im Hintergrund – und genau das ist Teil seines Erfolgs.

### **Die eigentliche Herausforderung liegt im Inneren**

Während viele Marktteilnehmer mit Inflation, Regulierung oder Wettbewerb ringen, sieht Gänser-Schnöll die zentrale Herausforderung an anderer Stelle: „Unsere größte Herausforderung ist es, möglichst allen Mitarbeitenden im SPAR Konzern die besonderen Mehrleistungen persönlich näher zu bringen und vor Ort bei unseren Kund:innen zu sein.“

Mit einem Team von rund 35 Personen steht man einer Organisation mit über 52.000 Beschäftigten gegenüber – eine Dimension, die gleichermaßen

Herausforderung und Chance ist. „Diese Größenordnung ist herausfordernd, gleichzeitig aber auch ein enormes Potenzial, das wir stetig weiter ausbauen.“

### Nähe statt Anonymität

Was den VD SPAR Versicherungsdienst besonders macht, ist die Beziehung zu den Kundinnen und Kunden. Es sind keine anonymen Marktteilnehmer, sondern Kolleginnen und Kollegen.

„Da wir in erster Linie Kolleg:innen sowie unsere selbständigen Kaufleute innerhalb des Konzerns beraten, steht bei uns Vertrauen an oberster Stelle“, so Isabell Gänser-Schnöll.

Diese Nähe verändert auch den Beratungsansatz. Standardprodukte treten in den Hintergrund, individuelle Lösungen in den Vordergrund. Unterstützt wird das durch Rahmenvereinbarungen, die die Verhandlungsmacht des Konzerns gezielt nutzen.

### Bewusste Zurückhaltung bei KI

Während Digitalisierung und Künstliche Intelligenz die Branche zunehmend prägen, bleibt man im SPAR-Umfeld bewusst selektiv. „In unserem Bereich setzen wir derzeit noch nicht verstärkt auf Künstliche Intelligenz“, sagt Gänser-Schnöll. „Für uns stehen nach wie vor die persönlichen Kontakte, die individuelle Beratung und ein echter, verlässlicher Ansprechpartner im Mittelpunkt.“ Gerade im Schadenfall zeige sich, dass Technologie den menschlichen Faktor nicht ersetzen könne.

### Vom Zufall zur Berufung

Der Einstieg in die Branche war kein strategisch geplanter Schritt. „Wie viele andere bin ich nach der Matura eher zufällig in diesen Beruf gekommen“, erzählt sie. Seit 1999 ist sie nun in der Versicherungswelt tätig.

Ihr Weg führte sie über einen Industriemakler und später auch auf die Versicherungsseite. Diese doppelte Perspektive prägt ihre Arbeit bis heute. „Diese Einblicke in beide Welten helfen mir, Zusammenhänge besser zu verstehen und praxisnahe Lösungen zu entwickeln.“

### Führung, die geprägt hat

Ein entscheidender Faktor ihrer Karriere ist die Zusammenarbeit mit ihrem langjährigen Vorgesetzten: „Ich habe mit Herbert Radner seit vielen Jahren hinweg einen Vorgesetzten, der mich nicht nur begleitet, sondern auch konsequent fordert

und fördert und prägt.“

Diese Erfahrung wirkt in ihrem eigenen Führungsverständnis. „Seine Werte und seine Art zu führen, möchte ich auch in Zukunft weitertragen.“

Mit dem Abschluss ihres MBA-Studiums und ihrer Ernennung zur Prokuristin wurden die nächsten Schritte bereits eingeleitet: Ab Mitte 2027 würde sie sich freuen, wenn sie die künftigen Geschicke des VD SPAR und der Konzernversicherung leiten darf.

### Mehr als nur ein Job

Was sie an ihrem Beruf besonders schätzt, ist die konkrete Wirkung auf das Leben anderer Menschen.

„Eine der schönsten Seiten ist, dass wir Versicherungsschutz schaffen können, der wirklich zur jeweiligen Lebenssituation passt – mit möglichst geringer Prämie und gleichzeitig höchstmöglichem Schutz.“

Und sie ergänzt mit einem Satz, der ihre Haltung auf den Punkt bringt: „Billiger machen kann jeder.“ Gerade in schwierigen Situationen zeigt sich für sie der wahre Wert guter Beratung. Gleichzeitig scheut sie sich nicht, auch die weniger angenehmen Seiten anzusprechen:

„Weniger schön ist es, wenn man mit existenziellen Sorgen oder schwierigen Schadensfällen konfrontiert ist. Umso wichtiger ist es, dass unsere Kund:innen dann einen verlässlichen Ansprechpartner haben.“

### Verwurzelt und geerdet

Abseits des Berufs findet Gänser-Schnöll ihren Ausgleich im Privaten – vor allem in der Zeit mit ihrer Familie und in ihrer Heimat. „Besonders wichtig ist mir mein Elternhaus im Ausseerland. Dort kann ich Kraft tanken und neue Energie sammeln.“ Diese Bodenständigkeit spiegelt sich auch in ihrer beruflichen Haltung wider: klar, menschlich und langfristig orientiert.

**VD SPAR Versicherungsdienst-Gesellschaft m.b.H.**

Europastraße 3  
5015 Salzburg



Mag. Alexander MEIXNER  
Vorstand ÖVM

# VfGH kippt § 12 Abs. 3 VersVG

## Ende der „einjährigen Klagsfrist“ nach Deckungsablehnung

Mit Erkenntnis vom 28. April 2026 hat der Verfassungsgerichtshof (VfGH) die Bestimmung des § 12 Abs. 3 VersVG als verfassungswidrig aufgehoben.

Die Entscheidung hat erhebliche praktische Auswirkungen auf die Schadenbearbeitung und Prozessführung im Versicherungsrecht. Die bisherige Möglichkeit des Versicherers, durch eine qualifizierte Deckungsablehnung eine einjährige Präklusivfrist auszulösen, wird beseitigt. Die Aufhebung tritt allerdings erst mit Ablauf des 31. Mai 2027 in Kraft.

### Anlassfall

Dem Verfahren lag ein Feuerschaden zugrunde. Der Versicherungsnehmer hatte für sein Wohnhaus eine

Feuerversicherung abgeschlossen. Nach einem Brand im Dezember 2021 verweigerte der Versicherer mit E-Mail vom 6. Juli 2022 qualifiziert die Deckung unter Hinweis auf § 12 Abs. 3 VersVG. Erst im Dezember 2024 brachte der Versicherungsnehmer Klage ein.

Die Vorinstanzen gingen davon aus, dass der Anspruch präkludiert sei, weil die einjährige Klagsfrist des § 12 Abs. 3 VersVG abgelaufen war. Der OGH leitete daraufhin ein Gesetzesprüfungsverfahren beim VfGH ein.

### Bisherige Rechtslage

Nach § 12 Abs. 1 VersVG verjähren Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag grundsätzlich in drei Jahren. Absatz 3 enthielt jedoch eine massive Sonderregelung zugunsten des Versicherers:

**Lehnte der Versicherer einen Anspruch qualifiziert<sup>1</sup> ab, begann eine einjährige Frist zur gerichtlichen Geltendmachung, bei deren Ablauf der Anspruch endgültig unterging.**

Es handelte sich dabei nicht bloß um eine Verjährungsfrist, sondern um eine materielle Ausschlussfrist (Präklusivfrist). Der Anspruch erlosch daher vollständig – unabhängig davon, ob die Deckungsablehnung materiell richtig war oder nicht. Der Versicherer konnte im Prozess sogar weitere Ablehnungsgründe „nachliefern“, weil keine Eventualmaxime<sup>2</sup> galt.

### Argumentation des OGH

Der OGH sah darin eine unsachliche Privilegierung des Versicherers:

#### ■ Einseitige Verkürzung der Durchsetzungsmöglichkeiten

Kein anderer Schuldner im allgemeinen Zivilrecht könne durch einseitige Erklärung eine derart drastische Verkürzung der Klagsfrist bewirken. Der Versicherer könne hingegen durch Deckungsablehnung den Versicherungsnehmer binnen eines Jahres zur Klage zwingen – andernfalls gehe der Anspruch vollständig unter.

#### ■ Privilegierung gegenüber dem eigenen Vertragspartner

Während Ansprüche des Versicherers gegen den Versicherungsnehmer weiterhin der dreijährigen Verjährung unterliegen, galt die Präklusivfrist ausschließlich gegen



den Versicherungsnehmer. Der OGH betonte ausdrücklich, dass sich dies zulasten der typischerweise schwächeren Vertragspartei auswirke.

#### ■ **Fehlende sachliche Rechtfertigung**

Zwar erkannte der OGH an, dass Versicherer ein Interesse an rascher Klärung und Beweissicherung haben. Allerdings seien Versicherungsnehmer ohnehin weitreichenden Anzeige-, Auskunfts- und Mitwirkungsobliegenheiten unterworfen. Auch das Argument der bilanziellen Planbarkeit überzeugte den OGH nicht vollständig. Andere Unternehmen müssten ebenfalls mit offenen Forderungen während laufender Verjährungsfristen kalkulieren.

#### **Entscheidung des VfGH**

Der VfGH folgte im Ergebnis den Bedenken des OGH und hob § 12 Abs. 3 VersVG auf.

Der Gerichtshof stellte klar:

- Die Regelung bewirke eine erhebliche Sonderbegünstigung des Versicherers.
- Der Versicherer könne durch einseitige Erklärung die Rechtsdurchsetzung massiv verkürzen.
- Dies gehe über eine sachlich gerechtfertigte Sonderregelung hinaus.

Besonders kritisch sah der VfGH, dass die Frist unabhängig davon ausgelöst wurde, ob die Deckungsablehnung materiell richtig war. Gleichzeitig blieb der Versicherer nicht einmal an seine ursprüngliche Begründung gebunden. Damit entstand ein erhebliches strukturelles Ungleichgewicht zulasten des Versicherungsnehmers.

#### **Praktische Auswirkungen für Versicherungsmakler**

Die Entscheidung ist für die Praxis des Versicherungsmaklers außerordentlich relevant:

##### ■ **Entschärfung des Klagedrucks**

Bislang mussten Makler nach einer qualifizierten Deckungsablehnung äußerst rasch reagieren. Wurde die Klagefrist übersehen, war der Anspruch endgültig verloren – selbst bei objektiv bestehender Deckung. Dieses erhebliche Haftungsrisiko wird künftig entschärft.

##### ■ **Stärkere Bedeutung der allgemeinen Verjährung**

Nach Wegfall des § 12 Abs. 3 VersVG bleibt grundsätzlich die dreijährige Verjährungsfrist des Absatz 1 maßgeblich. Die bloße Deckungsablehnung des Versicherers wird nicht mehr automatisch zu einer drastischen Verkürzung der gerichtlichen Durchsetzung führen.

##### ■ **Auswirkungen auf Schadenmanagement**

Makler sollten dennoch weiterhin auf rasche Anspruchsdurchsetzung achten:

- Beweissicherung bleibt zentral.
- Möglichkeit, den „Druck“ auf den Versicherer im Sinne des § 11 Abs. 1 zweiter Satz und Abs. 2 VersVG aufzubauen, sollte uneingeschränkt genutzt werden.
- Deckungsprozesse sollten weiterhin frühzeitig vorbereitet werden.

- Vergleichsverhandlungen und Fristenkontrolle bleiben wesentlich.

#### ■ **Beachtung der Übergangszeit**

Die Aufhebung tritt erst mit Ablauf des 31. Mai 2027 in Kraft. Bis dahin bleibt § 12 Abs. 3 VersVG weiterhin anwendbar. Für aktuelle Schadenfälle besteht daher weiterhin höchste Vorsicht.

#### **Fazit**

Der VfGH beendet mit diesem Erkenntnis eine jahrzehntelang kritisierte Sonderstellung der Versicherer. Die Möglichkeit, durch einseitige Deckungsablehnung eine einjährige Präklusivfrist auszulösen, wurde als gleichheitswidrige Privilegierung angesehen.

Für Versicherungsmakler bedeutet die Entscheidung langfristig eine deutliche Entschärfung der Haftungs- und Fristenproblematik im Deckungsprozess. Gleichzeitig bleibt bis zum Inkrafttreten der Aufhebung besondere Aufmerksamkeit erforderlich: Bis Ende Mai 2027 gilt § 12 Abs. 3 VersVG weiterhin unverändert.

Das Erkenntnis markiert einen der bedeutendsten Eingriffe in das österreichische Versicherungsvertragsrecht der letzten Jahre und dürfte erhebliche Auswirkungen auf die zukünftige Schadenpraxis und Prozessstrategie der Versicherer haben.

## **ACHTUNG**

- ! **Streng genommen gilt die Aufhebung des § 12 Abs 3 VersVG vorerst nur für den Anlassfall, der beim VfGH den Stein ins Rollen brachte.**
- ! **Ablehnungen auf Basis des § 12 Abs 3 VersVG sind weiterhin möglich.**
- ! **Die Rechtslage bei Deckungsablehnungen, bei denen die einjährige Frist erst nach dem Außerkrafttreten des § 12 Abs 3 VersVG am 31.5.2027 endet (und die daher nach 31.5.2026 ausgesprochen werden), ist unklar.**
- ! **Es bleibt abzuwarten, ob der Gesetzgeber eine Ersatzregelung treffen wird oder die aufgehobene Bestimmung gänzlich entfällt.**

Der ÖVM wird bei den österreichischen Versicherern eine Umfrage durchführen, deren Ziel es sein wird, herauszufinden, wie die Assekuranzen dieses richtungweisende Urteil selbst sehen und wie sie gedenken, zukünftig mit der einjährigen Verfallsfrist umzugehen. Über das Ergebnis dieser Umfrage werden wir in der nächsten Ausgabe des Makler Intern berichten.

<sup>1</sup> Angabe des Ablehnungsgrundes und insbesondere der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolgen

<sup>2</sup> Die Eventualmaxime (auch Konzentrations- oder Häufungsgrundsatz) ist ein Grundsatz im Zivilprozessrecht. Sie verpflichtet die Parteien (Kläger und Beklagte), alle Angriffs- und Verteidigungsmittel so früh wie möglich, spätestens im jeweiligen Prozessstadium, vorzubringen



Prof. Gerhard VEITS  
Vorstand ÖVM



# VersVG-Bestimmungen in der Praxis

## § 39 VersVG (Folgeprämienverzug)

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach Abs. 2 und 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, ohne Beachtung dieser Vorschriften, ist unwirksam.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintrittes mit der Zahlung der Folgeprämie im Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, daß der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung ohne sein Verschulden verhindert war.

(3) Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzug ist. Die Kündigung kann bereits mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, daß sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzug ist; darauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich aufmerksam zu machen. 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.

(4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 bis 3 nicht aus.

### Zweck der Regelung:

Der § 39 VersVG regelt die Konsequenzen, wenn sich ein VN mit der Folgeprämie in Zahlungsverzug befindet. Der Eintritt der Verzugsfolgen setzt neben dem Zahlungsverzug auch voraus, dass der VN qualifiziert gemahnt wurde und in der Folge innerhalb der gesetzten Zahlungsfrist die Folgeprämie nicht entrichtet hat und sich in schuldhaftem Verzug befindet.

Abgesehen davon kann der VR auch Verzugszinsen geltend machen. Hier gelten die gleichen „Zinsregeln“ wie etwa umgekehrt bei einem Zahlungsverzug des VR. Somit beträgt der Verzugszins bei Verträgen von Konsumenten 4 % (§§ 1000, 1333 ABGB) und bei Verträgen von Unternehmern 9,2 % über Basiszinssatz (§ 456 UGB).

### Was ist eine „Folgeprämie“?

Folgeprämien sind all jene Prämien, die keine Erst- oder Einmalprämien sind, d.h. dass Folgeprämien bei laufender Prämienzahlungsverpflichtung alle auf die (zeitlich) erste Prämie folgenden Prämienzahlungen des VN an den

VR sind. Bei Änderung eines bestehenden Vertrags liegt Folgeprämie nur vor, wenn der „alte“ Vertrag fortgesetzt, nicht aber ein „neuer“ Vertrag begründet wird.

### Fälligkeit der „Folgeprämie“

Nachdem der § 35 VersVG nur für Erstprämien anzuwenden ist, muss die Fälligkeit von Folgeprämien gemäß den Bestimmungen des ABGB beurteilt werden. Demnach wird die Folgeprämie jeweils am ersten Tag der neuen Versicherungsperiode fällig. Davon abweichend können die Parteien aber auch andere Fälligkeiten vertraglich vereinbaren.

### Qualifizierte Mahnung

Wie bereits erwähnt ist eine „qualifizierte Mahnung“ des VR eine der Voraussetzungen für den Eintritt der negativen Rechtsfolgen für den VN. Eine solche qualifizierte Mahnung liegt vor, wenn folgende Anforderungen (kumulativ) vom Versicherer erfüllt wurden:

- Empfangsbedürftige Erklärung, d.h. der VR muss beweisen können, dass die Mahnung beim Empfänger angekommen ist; (Die Zugangsfiktion des § 10 VersVG ist anzuwenden)
- Fristsetzung von mindestens zwei Wochen; (in der Feuerversicherung gem. § 91 VersVG von einem Monat)
- Rechtsbelehrung = die Aufklärung über die drohenden Rechtsfolgen bei Nichteinhaltung der gesetzten Zahlungsfrist. In jedem Fall sind alle in Betracht kommenden Rechtsfolgen vollständig anzugeben, ansonsten ist die Mahnung unwirksam.

### Form der Mahnung

Ganz allgemein muss der VN nach dem äußeren Anschein der Mahnung besonders eindrucksvoll an seine Zahlungspflicht erinnert werden. Ein Aufdruck einer Mahnung auf der Rückseite eines Erlagscheines in unauffälligem Schriftbild wurde vom OGH als nicht ausreichend beurteilt. Wie der § 39 (1) VersVG bestimmt, muss die Mahnung des VR „schriftlich“ erfolgen.

Allerdings ist keine persönliche Unterschrift erforderlich, es genügt eine faksimilierte Unterschrift. Jedenfalls wäre daher eine bloß mündliche Mahnung ebenso unwirksam wie eine Mahnung per E-Mail, nachdem in beiden Fällen die Unterschrift fehlt. Die Unterfertigung einer E-Mail mit dem Namen des VR in Druckbuchstaben ist nicht als Faksimile (Nachbildung des eigenhändigen Schriftzuges) der Unterschrift des VR anzusehen. Wird hingegen der E-Mail eine Mahnung als pdf-Datei beigefügt, welche die Faksimile des VR trägt, wäre dem Schriftformgebot genüge getan.

### Rechtsfolgen

#### a.) Leistungsfreiheit des VR

Der VR ist leistungsfrei, wenn der Versicherungsfall nach dem Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintritt und der VN noch immer im (verschuldeten) Zahlungsverzug ist.

#### b.) Kündigungsmöglichkeit des VR

Der VR kann nach dem Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn der VN noch immer mit der Zahlung im Verzug ist. Die Kündigung kann entweder erst nach Fristablauf erfolgen (isolierte Kündigung) oder schon mit der Mahnung und Bestimmung der Zahlungsfrist verbunden werden (verbundene Kündigung). Wie aus dem Gesetzestext erkennbar ist, steht es dem VR frei, eine Kündigung auszusprechen („kann“). Der Zahlungsverzug des VN löst somit weder eine Pflicht des VR zur Vertragskündigung aus, noch wird der Vertrag von Gesetzes wegen beendet.

#### Unverschuldeter Prämienrückstand

Im § 39 (2) VersVG ist normiert, dass eine Leistungsfreiheit des VR ausscheidet, wenn der VN ohne sein Verschulden an der fristgerechten Prämienzahlung gehindert war. Der Beweis für den unverschuldeten Prämienrückstand hat jedenfalls der VN zu erbringen. Wurde der VN durch höhere Gewalt an der rechtzeitigen Zahlung verhindert oder wurde der VN unzurechnungsfähig, liegt kein vom VN verschuldeter Verzug vor.

#### Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten

Der § 39 (4) VersVG stellt fest, dass die Nichtzahlung von Zinsen und/oder Kosten durch den VN weder eine Kündigung noch eine Leistungsfreiheit des VR begründen können.





Susanne KONDZIOLKA  
BLOCH  
Vorständin ÖVM

# Die KI-Panik und ich – eine Bestand

**Warum ich keine Angst mehr vor dem nächsten KI-Webinar habe.  
Und warum manche Kollegen langsam aufwachen sollten.**

Es gibt diesen Moment. Man scrollt durch LinkedIn, sieht den dritten „KI veränderte alles“-Post des Tages, und denkt kurz: Verpasse ich gerade etwas? Sollte ich dieses Webinar buchen? Und das andere? Und das?

Ich kenne dieses Gefühl. Ich hatte es lange Zeit selbst – dieses leise, aber hartnäckige Unbehagen, nicht auf dem neuesten Stand zu sein. In einer Branche, in der wir ohnehin schon jonglieren – Regulatorik, Kunden, Versicherer, eigene Weiterbildung – kommt da eine neue Baustelle dazu, die sich anfühlt wie ein Fundament, das sich unter einem verschiebt.

Dabei habe ich irgendwann gemerkt: Die Panik ist das eigentliche Problem. Nicht die KI.

## **Was ich wirklich tue – und was ich damit nicht sage**

Ich arbeite seit einiger Zeit mit KI-Tools in meinem Büroalltag. Ich werde hier keine Liste aufzählen und auch kein Patentrezept liefern – dafür ist das Thema zu sehr im Fluss. Was heute funktioniert, kann morgen schon überholt sein. Und ehrlich gesagt sind manche Experimente, die ich gerade mache, noch lange nicht spruchreif.

Was ich aber sagen kann: Der Einstieg war viel weniger dramatisch, als ich erwartet hätte.

Es begann damit, dass ich Texte diktieren ließ, die ich früher mühsam formuliert hätte. Dann ließ ich Entwürfe prüfen, umformulieren, kürzen. Irgendwann merkte ich, dass Aufgaben, für die ich früher 45 Minuten gebraucht hatte, in 10 Minuten erledigt waren. Kein Aha-Moment. Eher das Gefühl, eine Tür aufzumachen, die schon die ganze Zeit nicht abgesperrt war.

## **Vom Werkzeug, das niemand erklärt hat**

Was mich am meisten überrascht hat: KI ist kein Zauberstab. Sie ist auch kein Bedrohungsszenario. Sie ist ein Werkzeug. Wie die Spracherkennung am Handy, die die halbe Tischrunde bei einem Seminar einst fasziniert hat. Damals war nicht das Thema dass es neu war, sondern dass es jemand einfach benutzt hat.

Ich habe damals zugeschaut und gedacht: Das kann ich auch. Und dann nichts getan. Jahrelang.

Genau das ist das Muster, das ich heute in unserer Branche sehe. Nicht Unwissenheit. Nicht fehlende Intelligenz. Sondern eine Mischung aus Respekt vor dem Unbekannten und der Hoffnung, dass das Thema sich vielleicht von selbst erledigt, wenn man lange genug wartet. Es erledigt sich nicht.

## **Zwei Typen von Kollegen**

Wenn ich in meinem Netzwerk schaue, sehe ich gerade zwei Lager.

Die einen sind in der Panikschleife: Jedes Webinar, jede Neuigkeit, jeder Beitrag löst das Gefühl aus, wieder zu weit hinten zu sein. Sie sammeln Wissen, aber kommen nicht zum Ausprobieren. Die anderen schlafen noch in der Pendeluhr – im besten Sinne gemütlich, aber mit dem festen Glauben, dass das an der eigenen Branche vorüberziehen wird. An Versicherungsmaklern. An kleinen Büros. An uns.

Beide liegen falsch.

Die Panik lähmt statt zu bewegen. Und die Gemütlichkeit wird teuer, weil der Abstand zu jenen, die schon angefangen haben, jeden Monat etwas größer wird.

## **Was mich wirklich beschäftigt**

Ich mache mir keine Sorgen um Kollegen, die KI ausprobieren und wieder lassen. Ich mache mir Sorgen um jene, die es nie probiert haben und trotzdem meinen, eine Meinung darüber zu haben.

Wer einmal selbst erlebt hat, wie man mit einem KI-Tool eine neue Geschäftsidee durchdenkt -- sachlich, ohne Schönfärberei, ohne den höflichen Freund, der einem nicht widersprechen will -- der versteht, worum es wirklich geht. Nicht um Zeiterparnis. Sondern um eine Qualität des Denkens, die man so im Alltag selten findet. Ich nenne sie inzwischen meine KI-Buddies. Und ich schätze genau das an ihnen: Sie haben keine Gefühle, die ich schonen müsste.

Danach kann man sachlich entscheiden: nutze ich das oder nicht. Das ist eine gute Position.

# saufnahme

Wer es aber nie ausprobiert hat, entscheidet aus dem Bauch. Meistens gegen das Neue. Meistens mit schlechtem Gewissen.

## Mein ehrlicher Rat

Nicht das nächste große KI-Seminar buchen. Nicht warten, bis man „bereit“ ist. Stattdessen: einen einzigen konkreten Schritt tun. Eine E-Mail, die man sonst selbst formuliert, einmal einem KI-Tool zum Entwurf geben. Einen Gesprächsleitfaden. Eine kurze Zusammenfassung. Schauen, was dabei herauskommt. Und dann selbst urteilen.

Das kostet keine Schulung. Keine Investition. Keine neue Software. Es kostet eine Viertelstunde und etwas Neugier. Ich bin keine KI-Expertin. Ich bin eine Maklerin, die experimentiert – manchmal mit schönen Ergebnissen, manchmal mit mäßigen. Aber ich habe aufgehört, Panik zu haben. Und ich habe aufgehört zu glauben, dass Abwarten eine Strategie ist.

Beides hat mir gut getan.

# KI



# Die Reise geht weiter

## ÖVM zeigt einmal mehr den Puls der Zeit: Thaleon5 als starke Initiative aus dem Maklermarkt heraus

Der österreichische Reiseversicherungsmarkt befindet sich in Bewegung. Steigende Kundenerwartungen, zunehmende Anforderungen an Beratung und Dokumentation sowie der Wunsch nach einfachen, digitalen Abschlussmöglichkeiten verändern ein Segment, das für Versicherungsmaklerinnen und Versicherungsmakler enormes Potenzial bietet. Genau in diesem Umfeld setzt eine neue Initiative an, die einmal mehr zeigt: Der ÖVM erkennt Entwicklungen frühzeitig, denkt voraus und schafft fortlaufend konkrete Vorteile für seine Mitglieder.

Mit **Thaleon5** entsteht ein neuer Reiseversicherungs-Assekurateur, entwickelt von Maklern für Makler. Damit wird nicht bloß ein weiteres Produktangebot geschaffen, sondern ein deutliches Signal gesetzt: Der unabhängige Maklermarkt gestaltet seine Zukunft aktiv mit. Der ÖVM ist Teil dieses starken Konsortiums und bringt sich gemeinsam mit weiteren führenden Marktpartnern in eine Initiative ein, die Erfahrung, Marktzugang, technologische Kompetenz und praktisches Maklerwissen bündelt.

Hinter Thaleon5 stehen mit **IGV Austria, EFM Versicherungsmakler, Wefox Austria, ÖVM sowie Selsa/chegg.net** namhafte Organisationen und Plattformen des österreichischen Maklermarktes. In dieser Form entsteht ein Zusammenschluss, der den Anspruch verfolgt, die Position ungebundener Versicherungsmaklerinnen und Versicherungsmakler nachhaltig zu stärken.

Für ÖVM-Mitglieder bedeutet Thaleon5 vor allem eines: praxisnahen Mehrwert. Geplant ist ein wettbewerbsfähiges und klar strukturiertes Reiseversicherungsprodukt, einfache digitale Prozesse für Abschluss und Verwaltung, verlässliche Unterstützung im Schadenfall sowie zusätzliche Ertragschancen in einem wachsenden Marktsegment. Gerade die Reiseversicherung zeigt, wie wichtig qualifizierte Beratung bleibt. Kundinnen und Kunden erwarten heute schnelle Lösungen, transparente Leistungen und Sicherheit im Ernstfall. Gleichzeitig steigt die Komplexität durch unterschiedliche Reiseformen, Stornorisiken, medizinische Notfälle im Ausland und Assistance-Leistungen.

Ein wesentlicher Qualitätsfaktor ist die Zusammenarbeit mit **Allianz Partners**. Internationale Assistan-





VEREINT. VERLÄSSLICH. VERSICHERT.

ce-Kompetenz, professionelle Schadenabwicklung und finanzielle Stabilität im Hintergrund sorgen dafür, dass die Produkte nicht nur im Vertrieb überzeugen, sondern auch im Leistungsfall halten, was sie versprechen. Damit wird die Rolle des Maklers als kompetenter Berater weiter gestärkt – genau dort, wo Kundennähe, Vertrauen und fachliche Begleitung den entscheidenden Unterschied machen.

Besonders hervorzuheben ist auch der technologische Zugang der Initiative. Zentrale Prozesse und digitale Abläufe wurden bereits über digitale Systeme für Makler-Homepages vorbereitet. Dadurch wird Thaleon5 nicht als theoretisches Konzept gedacht, sondern als sofort nutzbare Unterstützung für den Arbeitsalltag. Digitale Effizienz und persönliche Beratung schließen einander nicht aus – im Gegenteil: Sie schaffen gemeinsam die Grundlage für moderne, erfolgreiche Maklerarbeit.

Für den ÖVM ist die Beteiligung an Thaleon5 ein weiteres Beispiel dafür, wie Interessenvertretung heute verstanden werden muss: nicht nur reagieren, sondern gestalten. Nicht nur informieren, sondern ermöglichen. Nicht nur über Zukunft sprechen, sondern konkrete Werkzeuge schaffen, mit denen Mitglieder im Markt stärker auftreten können.

Thaleon5 ist damit keine externe Lösung, sondern eine unternehmerische Initiative aus dem Maklermarkt heraus. Sie zeigt, was möglich ist, wenn starke Partner gemeinsame Ziele verfolgen: ein leistungsfähiges Reiseversicherungsangebot, das praxisnah ist, den Vertrieb unterstützt und langfristige Stabilität bietet.

Der ÖVM wird seine Mitglieder wie gewohnt über die nächsten Schritte, Produkte und konkreten Einsatzmöglichkeiten informieren. Klar ist schon jetzt: Diese Initiative hat das Potenzial, einen neuen Standard im Reiseversicherungsmarkt zu setzen. Entscheidend wird sein, dass der Maklermarkt diese Chance gemeinsam nutzt, weiterentwickelt und aktiv positioniert.

Denn eines steht fest: Wenn Maklerinnen und Makler ihre Zukunft selbst gestalten, entstehen Lösungen, die genau dort ansetzen, wo sie gebraucht werden – in der täglichen Beratung, beim Kunden und im Leistungsfall. Genau dafür steht der ÖVM.



Mag. Alexander MEIXNER  
Vorstand ÖVM



## Serie Sozialversicherung

# Mehr Beitrag, weniger Leistung?

## Die neue Realität der Krankenversicherung für Pensionisten

Die österreichische Sozialversicherung gilt seit Jahrzehnten als tragende Säule des Sozialstaates. Gerade die gesetzliche Krankenversicherung war lange Zeit Ausdruck eines Systems, das unabhängig von Einkommen oder Vermögen einen breiten Zugang

zu medizinischer Versorgung gewährleisten sollte. Doch die aktuellen Entwicklungen zeigen zunehmend, dass dieses System wirtschaftlich und strukturell unter erheblichem Druck steht. Besonders deutlich wird dies bei Pensionisten.

Mit der Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge für Pensionisten, steigenden Gesundheitskosten, längeren Wartezeiten und einer zunehmenden Verlagerung medizinischer Leistungen in den privaten Bereich stellt sich für viele Betroffene erstmals die Frage: Reicht die gesetzliche Krankenversicherung künftig noch aus? Für Versicherungsmakler ergibt sich daraus ein hochaktuelles Beratungsfeld mit enormer gesellschaftlicher Relevanz.

### Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge

Ein besonders sensibles Thema war zuletzt die Anhebung der Krankenversicherungsbeiträge für Pensionisten. Der Beitragssatz wurde von 5,1 % auf 6 % erhöht. Für viele Betroffene bedeutet dies eine spürbare Nettoeinbuße bei gleichzeitig steigenden Lebenshaltungs- und Gesundheitskosten.

Politisch wurde diese Maßnahme vor allem mit der angespannten finanziellen Situation des Gesundheitssystems argumentiert. Tatsächlich steigen die Gesundheitsausgaben seit Jahren kontinuierlich an. Gründe dafür sind insbesondere:

- die demographische Entwicklung,
- die steigende Lebenserwartung,
- der medizinische Fortschritt,
- höhere Personalkosten im Gesundheitswesen,
- sowie der zunehmende Pflegebedarf.

Das Problem dabei: Während die Kosten massiv steigen, wächst die Zahl der Beitragszahler deutlich langsamer als die Zahl jener Personen, die Leistungen beziehen.

### Die schleichende Zwei-Klassen-Medizin

Parallel dazu zeigt sich immer deutlicher eine Entwicklung, die viele Menschen subjektiv längst wahrnehmen: die zunehmende Differenzierung zwischen gesetzlicher und privater Gesundheitsversorgung. In zahlreichen Facharztbereichen sind Kassenordinationen kaum noch verfügbar oder mit langen Wartezeiten verbunden. Viele Patienten weichen daher auf Wahlärzte aus. Die

Kosten werden jedoch oft nur teilweise rückerstattet.

Gerade ältere Menschen sind davon besonders betroffen:

- häufigere Arztbesuche,
- steigender Medikamentenbedarf,
- längere Behandlungszyklen,
- erhöhter Bedarf an Diagnostik,
- zunehmende Wahrscheinlichkeit stationärer Aufenthalte

Die gesetzliche Krankenversicherung sichert zwar weiterhin eine medizinische Grundversorgung ab, der Zugang zu rascher, individueller und komfortorientierter Versorgung wird jedoch zunehmend zu einer Frage der privaten Finanzkraft.

### Pensionisten zwischen Inflation und Gesundheitskosten

Besonders problematisch ist die Situation deshalb, weil Pensionisten meist nur eingeschränkte Möglichkeiten haben, Einkommensverluste auszugleichen. Gleichzeitig trifft gerade diese Bevölkerungsgruppe die Inflation besonders stark.

Neben den allgemeinen Preissteigerungen steigen insbesondere:

- Medikamentenkosten,
- Pflegekosten,
- Selbstbehalte,
- Kosten für Heilbehelfe,
- private Gesundheitsausgaben.

Viele Pensionisten verfügen zwar über Immobilien- oder Sparvermögen, jedoch nicht über ausreichend liquide Mittel. Dadurch entsteht häufig eine paradoxe Situation: Vermögen ist vorhanden, laufende Gesundheitskosten werden jedoch zunehmend zur Belastung. Gerade hier zeigt sich die enorme Bedeutung einer rechtzeitigen Vorsorgeplanung.

### Die Rolle des Versicherungsmaklers verändert sich

Die aktuelle Entwicklung verändert auch die Rolle des Versicherungsmaklers nachhaltig. Der klassische Produktvermittler wird zunehmend zum ganzheitlichen Vorsorgeberater. Im Mittelpunkt stehen heute Fragen wie:

- Wie kann medizinische Versorgung im Alter abgesichert werden?
- Welche Versorgungslücken entstehen durch die gesetzliche Krankenversicherung?
- Wie können Pflege- und Betreuungskosten finanziert werden?
- Welche Liquiditätsreserven stehen im Alter zur Verfügung?
- Wie kann Vermögen vor Pflegekosten geschützt werden?

Gerade bei älteren Kunden gewinnt die generationenübergreifende Beratung massiv an Bedeutung. Häufig betrifft die finanzielle

Belastung durch Krankheit oder Pflege nicht nur den Pensionisten selbst, sondern auch Kinder oder Angehörige.

### Private Gesundheitsvorsorge gewinnt massiv an Bedeutung

Die aktuellen Entwicklungen führen zwangsläufig zu einer Aufwertung privater Gesundheitsvorsorge. Besonders relevant werden dabei:

#### ■ Sonderklasseversicherungen

Der Zugang zu Ein- oder Zweibettzimmern, freie Arztwahl und kürzere Wartezeiten gewinnen im Alter erheblich an Bedeutung.

#### ■ Ambulante Zusatzversicherungen

Wahlärzte, moderne Diagnostik und Therapien werden zunehmend zum Standardbedürfnis vieler Kunden.

#### ■ Pflegevorsorge

Die Finanzierung langfristiger Pflege zählt mittlerweile zu den größten finanziellen Risiken im Alter.

#### ■ Vermögensschutzmodelle

Immer wichtiger wird die Frage, wie bestehendes Vermögen vor den wirtschaftlichen Folgen langer Pflege- oder Krankheitsphasen geschützt werden kann.

### Gesundheitsvorsorge wird zur Wohlstandsfrage

Die Entwicklung zeigt klar: Das österreichische Gesundheitssystem

bleibt leistungsfähig, entwickelt sich jedoch zunehmend in Richtung eines Basisschutzsystems. Wer darüber hinausgehende Leistungen möchte – etwa rasche Termine, Komfort, Wahlfreiheit oder hochwertige Pflege –, wird künftig immer stärker privat vorsorgen müssen.

Für Versicherungsmakler entsteht daraus eine enorme Verantwortung. Es geht längst nicht mehr nur um den Verkauf einzelner Produkte. Vielmehr geht es um die strategische Absicherung von Lebensqualität im Alter.

Die gesellschaftliche Brisanz dieses Themas wird in den kommenden Jahren weiter steigen. Denn die Kombination aus alternder Bevölkerung, steigenden Gesundheitskosten und budgetären Grenzen des Sozialstaates wird die Diskussion über die Zukunft der Krankenversicherung nachhaltig prägen.

### Die zentrale Frage lautet daher zunehmend:

Reicht die gesetzliche Krankenversicherung künftig noch aus – oder wird hochwertige Gesundheitsversorgung immer mehr zur privaten Vorsorgefrage? Genau diese Frage wird viele Kunden künftig beschäftigen. Und genau hier liegt eine der wichtigsten Beratungsaufgaben moderner Versicherungsmakler.

# Fehlfunktion einer PEG-Sonde<sup>1</sup> ist eine plötzlich auftretende Erkrankung! 70b 32/25v

Bei dieser Entscheidung setzte sich der Oberste Gerichtshof erstmals umfassend mit der Frage auseinander, ob der Defekt eines im Körper integrierten medizinischen Hilfsmittels – konkret einer PEG-Sonde – einen Versicherungsfall im Sinne einer Reisekrankenversicherung darstellen kann.

### Was war geschehen?

Zwischen dem Kläger und einer Versicherung bestand ein Reiseversicherungsvertrag, der unter anderem eine Deckung für medizinische Kosten infolge einer stationären Behandlung einer Krankheit vorsah.

Der Kläger litt seit einer Krebsoperation im Jahr 2010 an einer dauerhaften Einschränkung der Nahrungsaufnahme und musste über eine PEG-Sonde ernährt werden. Während des Aufenthalts in den USA trat eine Fehlfunktion der Sonde auf. Der Kläger konnte dadurch nicht mehr ernährt werden und musste stationär in einem Krankenhaus behandelt werden.

Der Kläger forderte die bedingungsgemäße Übernahme der angefallenen Kosten, der Versicherer begehrte die Klageabweisung. Ein technisches Gebrechen eines implantierten medizinischen Geräts bzw. Hilfsmittels sei keine plötzlich auftretende akute Erkrankung oder ein Unfall und somit kein Versicherungsfall. Grund für die Notwendigkeit der Sonde sei eine Erkrankung, die vor dem Vertragsabschluss bzw. vor Antritt der Reise eingetreten sei. Darüber hinaus habe der Kläger vorgebracht, stets „für derartige Fälle“ einen „Ersatzbutton“ mitzuführen, liege kein nicht vorhersehbares Ereignis vor.

### Aus den Bedingungen:

#### III. Allgemeiner Teil

[...]

#### 6. Was ist nicht versichert?

##### 6.1. Kein Versicherungsschutz besteht:

a) wenn der Eintritt des Schadenfalles vorhersehbar oder zur Zeit des Abschlusses des Versicherungsvertrages bereits eingetreten war;

»

<sup>1</sup> Perkutane Endoskopische Gastrostomie-Sonde



[...]

#### IV. Besonderer Teil

[...]

##### A: Versicherung medizinischer Kosten

##### 1. Was ist versichert?

1.1. Versicherungsfall ist eine plötzlich auftretende akute Erkrankung oder ein Unfall oder der Eintritt des Todes des Versicherten während einer versicherten Reise.

[...]

#### Wie hat der OGH entschieden?

Im Mittelpunkt stand die Frage, ob der Defekt der PEG-Sonde eine „plötzlich auftretende akute Erkrankung“ darstellt.

Eine höchstgerichtliche Rechtsprechung zur Frage, ob der Defekt bei Hilfsmitteln den Krankheitsbegriff erfüllt, lag in Österreich nicht vor. Von der deutschen Lehre wird jedoch vertreten, dass dann, wenn das Versagen eines im Körper integrierten Hilfsmittels zu körperlichen Beeinträchtigungen bzw. einem Krankheitszustand führt, vom Vorliegen einer „unerwarteten schweren Erkrankung“ ausgegangen werden muss.

Der OGH differenzierte folglich zwischen:

- der chronischen Grundkrankheit des Klägers und
- dem plötzlich eingetretenen Defekt des integrierten Hilfsmittels.

Nach Ansicht des Höchstgerichts bestand die chronische Erkrankung darin, dass der Kläger Nahrung nicht mehr oral aufnehmen konnte. Diese Einschränkung wurde jedoch durch die PEG-Sonde kompensiert. Erst der Defekt der Sonde führte dazu, dass plötzlich wieder ein neuer anormaler körperlicher Zustand entstand, nämlich die Unmöglichkeit jeglicher Nahrungsaufnahme.

Der OGH qualifizierte diesen Zustand als eigenständige akute Erkrankung im Sinn der Versicherungsbedingungen. Besonders bedeutsam ist dabei die Aussage des Gerichts, dass ein Defekt eines in den Körper integrierten Hilfsmittels dann als Krankheit anzusehen ist, wenn dieser zu körperlichen Beeinträchtigungen oder einem Krankheitszustand führt.

Ebenso verwarf der OGH den Einwand der Vorhersehbarkeit. Allein der Umstand, dass der Kläger vorsorglich einen Ersatzbutton mitführte, beweise noch nicht, dass ihm konkrete Umstände bekannt gewesen wären, die den Eintritt eines Defekts wahrscheinlich erscheinen ließen. Vorsichtsmaßnahmen seien kein Indiz für eine erhebliche Eintrittswahrscheinlichkeit eines Schadens.

#### Welche Schlussfolgerungen können aus dem Urteil gezogen werden?

Die Entscheidung ist aus mehreren Gründen bemerkenswert.

Der OGH stellt klar, dass nicht schematisch auf eine bestehende Grunderkrankung abzustellen ist. Vielmehr ist zu prüfen, ob tatsächlich dieselbe Erkrankung verwirklicht wurde oder ob ein neuer, eigenständiger akuter Zustand eingetreten ist. Ein solcher Zustand stellt auch dann eine unerwartete schwere Erkrankung dar, wenn sie auf das Versagen eines im Körper integrierten Hilfsmittels zurückzuführen ist.

Der OGH stellt in diesem Zusammenhang auch eindeutig fest, dass „akut“ den Gegensatz zu „chronisch“ darstellt und „plötzlich und ohne zuvor erkennbare Anzeichen auftretend“ bedeutet.

Mit dieser Argumentationslinie eröffnet sich eine versichererfreundliche Betrachtungsweise für weitere Fälle moderner Medizintechnik, etwa bei:

- Implantaten,
- Herzschrittmachern,
- Insulinpumpen oder
- anderen körperintegrierten Hilfsmitteln.

Ebenso bedeutsam ist die Aussage zur Vorhersehbarkeit. Der OGH verhindert hier eine ausufernde Interpretation zulasten des Versicherungsnehmers. Wer Vorsorge trifft oder Ersatzteile mitführt, gesteht damit noch keine erhebliche Wahrscheinlichkeit eines Schadenseintritts ein.

Für die Praxis der Reiseversicherung bedeutet das Judikat daher eine deutliche Einschränkung pauschaler Leistungsablehnungen bei medizinischen Vorzuständen. Versicherer werden künftig genauer differenzieren müssen, ob tatsächlich dieselbe Vorerkrankung betroffen ist oder ein neuer akuter Versicherungsfall eingetreten ist.

#### Quellen:

www.konsumentenfragen.at  
www.ogh.gv.at  
www.ris.bka.gv.at



Nähere Infos über Ihre Makler:innenbetreuung  
oder auf [www.donauversicherung.at/hybrid-select](http://www.donauversicherung.at/hybrid-select)

# Ich wi// mit der DONAU vorsorgen, wie es zu meinem Leben passt.

Mit flexibler Einzahlung, Ertragschancen durch Fonds und ETFs, Sicherheitsnetz durch optionale Veranlagungsmöglichkeiten in den Deckungsstock der klassischen Lebensversicherung, namentlichem Bezugsrecht für rasche Auszahlung ohne Verlassenschaftsverfahren und vielen weiteren Vorteilen.

Ich wi// zur DONAU.

  
VIENNA INSURANCE GROUP

Das **Basisinformationsblatt** zu diesem Produkt ist bei Ihrem DONAU-Berater schriftlich und elektronisch (E-Mail) erhältlich. Die jeweils aktuellste Fassung finden Sie auch auf unserer Webseite [www.donauversicherung.at/basisinformationsblaetter](http://www.donauversicherung.at/basisinformationsblaetter)



# Tarifkombination StrahlendER GO! Wir bewahren und versichern Ihr Lächeln.

Mit der ERGO Zahnerhaltversicherung und der ERGO Zahnersatzversicherung.  
Ihr umfassender Schutz vor hohen Zahnarztkosten.

**Weitere Details zu diesen Versicherungsprodukten erhalten  
Sie bei Ihrem Makler- und Agenturbetreuer  
[ergo-versicherung.at/makler](https://ergo-versicherung.at/makler)**

Werbung. Produkte der ERGO Versicherung AG, Modecenterstraße 17, 1110 Wien

**Einfach, weil's wichtig ist.**

**ERGO**

Absender

Österreichischer Versicherungsmaklerring  
Gottfried Alber Gasse 5/5, 1140 Wien

Österreichische Post AG, MZ 08Z037665 M