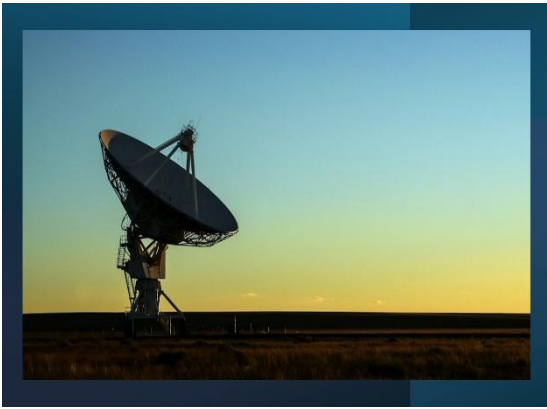




Der RechtsprechungsRadar Versicherungsrecht

7. Oktober/16. Dezember 2025

Sascha Piontek
Richter am Bundesgerichtshof
Lehrbeauftragter an der TH Köln

Allgemeiner Teil

s. auch
OLG Dresden, Urt. v. 26.7.2023
- 1 U 520/23,
r+s 2023, 764 = VersR 2024, 293

OLG Hamm,
Beschluss vom 18.2.2025 -
20 U 122/24,
r+s 2025, 496

„Sommerfrost“ (Inhalt des Versicherungsvertrages)

s. auch Günther,
jurisPR-VersR 7/2025
Anm. 2

NZB anhängig
(IV ZR 75/25)

Sachverhalt:

Der Kl. nimmt die Bekl. auf Leistungen aus einer bei dieser für ein im Jahr 1963 errichtetes Mehrfamilienhaus bestehenden Wohngebäudeversicherung in Anspruch.

Das Haus hatte der Kl. Ende 2014 von einer Wohnungsgesellschaft erworben, wobei der Besitzübergang im Mai 2015 erfolgte.

Für das Gebäude bestand eine Wohngebäudeversicherung bei der Bekl. Nach Besitzübergang bat der Kl. die Bekl. um Überlassung der Police und um Erteilung weiterer Informationen zu Vorschäden.

Streitig ist, ob für den Versicherungsvertrag eine im Jahr 2010 zwischen der Veräußerin und der Bekl. abgeschlossene

Rahmenvereinbarung galt. Der Versicherungsschein enthält Bestimmungen zum Versicherungsumfang (u.a. Elementarschäden, „unbenannte Gefahren“), ohne weitere Grundlagen zu benennen.

Ende Dezember 2017 stellte der Kl. Rissbildungen fest und zeigte dies der Bekl. am 23.1.2018 an, die daraufhin den Versicherungsvertrag am 26.1.2018 kündigte. Bereits zuvor hatte sie einen Gutachter entsandt.

Im Mai 2018 lehnte die Bekl. eine Einstandspflicht ab.

Der Kl. leitete ein selbständiges Beweisverfahren zur Schadensursache ein, in dem die Sachverständigen zum Ergebnis gelangten, die Schäden seien durch sog. „Sommerfrost“ eingetreten, bei dem durch anhaltende Trockenheit im Boden kleine Hohlräume entstanden seien, wegen derer das Fundament abgesackt sei.

In einem Verfahren vor dem LG Münster nahm die Bekl. den Kl. erfolglos auf Zahlung vermeintlich ausstehender Versicherungsprämien in Anspruch. Das LG wies die Klage wegen der von der Bekl. mit Schreiben vom 26.1.2018 erklärten Kündigung ab.

Die auf Feststellung der Einstandspflicht der Bekl. für die durch das Absacken des Fundaments entstandenen Schäden ist in beiden Instanzen erfolglos geblieben.

➤ Entscheidung des OLG:

(1) Einstandspflicht der Bekl. ergibt sich nicht aus einem Anerkenntnis

- Dagegen, dass der Kündigung ein Erklärungsinhalt dahingehen entnommen werden kann, bedingungsgemäß eintreten zu wollen, spricht wohl bereits, dass dem Kl. am Tag des Zugangs der Kündigung auch mitgeteilt wurde, dass der von der Bekl. beauftragte Gutachter erst am 30.1.2018 vor Ort gewesen sei, um Feststellungen zur Ursache und ggf. zum Umfang des Schadens zu treffen. Unabhängig von der genauen Definition des Begriffs des Versicherungsfalles, der gem. **§ 92 Abs. 1 VVG** Voraussetzung einer Kündigung des Vertrages ist, war es für den Kl. erkennbar, dass die Bekl. durch die Kündigung des Vertrages sicherlich keine Einstandspflicht bestätigen wollte, deren Voraussetzungen sie durch die Beauftragung eines Gutachters gerade erst zu prüfen begonnen hatte.

- Aber auch wenn dem Kl. die Kündigung zugegangen sein sollte, bevor ihn die Information über die noch nicht abgeschlossene Prüfung der Einstandspflicht erreichte, durfte er den in der Kündigung enthaltenen **Verweis auf den „Versicherungsfall“** nach Treu und Glauben unter Berücksichtigung der Verkehrssitte nicht dahin verstehen, dass die Bekl. für den Schaden einstehen würde. Denn die Einstandspflicht des VR hängt auch beim Eintritt des „Versicherungsfalles“ von einer Vielzahl weiterer Voraussetzungen ab, über deren Vorliegen mit einem Verweis auf den „Versicherungsfall“ nichts ausgesagt wird.

(2) Einstandspflicht der Bekl. ergibt sich nicht aus der Wohngebäudeversicherung

(a) Geltung der Rahmenvereinbarung

- Unerheblich ist, dass Rahmenvereinbarung in Versicherungsschein nicht genannt wird:

Zwar muss sich aus dem **Versicherungsschein**, den der VR dem VN gem. **§ 3 Abs. 1 VVG** auszustellen hat, grds. – sei es auch durch Verweisungen – der gesamte Inhalt des Versicherungsvertrages ergeben, so dass auch die dem Vertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen aufgeführt sein müssen. Das besagt aber nicht, dass wirksam einbezogene AVB oder andere Nebenabreden dann nicht gelten, wenn sie im Versicherungsschein ganz oder teilweise nicht genannt sind. Denn für den Versicherungsschein gilt allenfalls die **widerlegbare Vermutung seiner Richtigkeit**.

- Hier: Versicherungsschein enthält keinerlei Hinweise auf irgendwelche Bedingungswerke. Weder die VGB, von deren Einbeziehung der Kl. selbst ausgeht, noch die Rahmenvereinbarung, auf deren Geltung sich die Bekl. (auch) beruft, sind im Versicherungsschein genannt. Die Rechtsvorgängerin des Kl. und der Kl. konnten aber nicht davon ausgehen, einen Versicherungsvertrag geschlossen bzw. übernommen zu haben, für den keinerlei Bedingungswerk gilt, sei es in Gestalt Allgemeiner und/oder Besonderer Bedingungen zur Wohngebäudeversicherung, sei es in Gestalt einer Rahmenvereinbarung.



**Mit § 5 VVG hat
das nichts zu tun!**

- Die Einbeziehung der von ihr vorgelegten Rahmenvereinbarung hat die Bekl. substantiiert behauptet; dem ist der Kl. nicht in erheblicher Weise entgegengetreten.

(b) Inhalt der Rahmenvereinbarung

Nr. 4.6.4 Rahmenvereinbarung:
Erdsenkung: naturbedingte Absenkung des Erdbodens
über natürlichen Hohlräumen

- Die Sachverständigen haben ausgeführt, dass bei großer Trockenheit der Boden, in dem das Objekt des Kl. gegründet ist, nachgegeben hat. Hierzu kam es, weil durch das Austrocknen des Bodens die zuvor mit Wasser gefüllten Poren durch das Gewicht des Hauses zusammengedrückt werden konnten. In einem solchen Fall liegt ein Absenken des Erdbodens über natürlichen Hohlräumen nicht vor (vgl. auch OLG Köln BeckRS 2021, 49380; OLG Nürnberg r+s 2007, 329; OLG Dresden r+s 2023, 764).

- Auch wenn nach den Ausführungen der Sachverständigen die vor der Austrocknung mit Wasser gefüllten Räume einige Zentimeter groß sein können und deshalb vom Wortsinn her durch die Austrocknung durchaus eine Vielzahl von kleinen „**natürlichen Hohlräumen**“ entstanden sein mag, erfüllt dies nicht die Voraussetzungen der Klausel. Denn der durchschnittliche VN wird bei der Lektüre der Klausel erkennen, dass sich für eine bedingungsgemäße Erdsenkung der Erdboden absenken muss, und zwar über natürlichen Hohlräumen.
- Beim **sog. Sommerfrost** senkt sich indes nicht der Erdboden über einem darunter befindlichen Hohlraum. „Darunter“ muss sich der Hohlraum vor der Absenkung befinden, weil ansonsten sich der Erdboden nicht „über“ einem Hohlraum absenken kann. **Der Boden bleibt - bildlich besprochen - beim sog. „Sommerfrost“ dort, wo er schon immer war. Er ist durch die andere Zusammensetzung nur schrumpfungsfähig und daher weniger tragfähig geworden.**

Nr. 4.8 (21. Spiegelstrich) Rahmenvereinbarung:

Nicht versichert sind „Schäden durch Reißen, Senken, Schrumpfen oder Dehnen von Gebäuden und Gebäudeteilen einschließlich Hof- und Gehsteigbefestigungen sowie Straßen.“

- Rissbildung im Keller ist nach eigenem Vorbringen des Kl. und den Feststellungen der Sachverständigen dadurch entstanden, dass sich das Fundament des Hauses wegen des geschrumpften Bodens **gesenkt** hat. Das Fundament ist ein Teil des Gebäudes.
- Warum der Kl. die Begriffe „Senkung“ und „Senken“ unterschiedlich verstehen möchte, erschließt sich nicht.

(3) Auswirkungen des Rechtsstreits um Prämienzahlung?

„Unstreitig erklärte die Kl. unter dem 26.1.2018 wirksam und fristgemäß die Kündigung des Vertrages ... nach Eintritt eines Versicherungsfalles vom 23.12.2017, § 92 Abs. 1, Abs. 2 S. 1 VVG.“

Die Wirksamkeit der von der Bekl. erklärten Kündigung als Vorfrage und das Vorliegen eines Versicherungsfalles, wie er gem. § 92 Abs. 1 VVG Voraussetzung für die Kündigung war, sind **nicht rechtskräftig** festgestellt worden.

Durch den Vorprozess ist das Vorliegen eines „Versicherungsfalles“ auch nicht in sonstiger Weise mit **Bindungswirkung** festgestellt. Denn wenn über einen Anspruch aus einem gegenseitigen Vertrag erkannt wird, wird damit nicht rechtskräftig über das Bestehen des Vertragsverhältnisses entschieden.

§ 6 Abs. 4 S. 1 VVG:

... soweit für den VR ein Anlass für eine Nachfrage und Beratung des VN erkennbar ist; ...

(4) Keine Beratungspflichtverletzung („Quasi-Deckung“)

- Keine Anhaltspunkte dafür, dass Bekl. **konkreten Beratungsbedarf** des Kl. im Hinblick auf den Umfang des übernommenen Schutzes aus der Gebäudeversicherung erkannt hat.

Denn der Kl. teilte der Bekl. mit E-Mail vom 12.5.2015 mit, dass er mehrere Immobilien übernommen hatte, und bat lediglich um Übersendung der Policen und Mitteilung etwaiger Schäden in den vergangenen fünf Jahren. **Hieraus musste die Bekl. nicht ablesen, dass der Kl. an weiteren Informationen über den Inhalt der übernommenen Versicherungsverträge interessiert war.** Denn der Erwerber eines Grundstücks kann die Informationen zum bestehenden Gebäudeversicherungsschutz auch vom Veräußerer erlangen. Außerdem durfte die Bekl. angesichts der angezeigten Übernahme gleich mehrerer Mietobjekte davon ausgehen, es mit einem im Immobiliengeschäft gewandten VN zu tun zu haben. Die Bekl. hat den Kl. damit nicht unzureichend über die Bedingungen des übernommenen Vertrages unterrichtet. Sie hatte auch keinen Anlass, den Kl. im Hinblick auf einen bedarfsgerechten Versicherungsschutz zu beraten.

Dass die Bekl. nach Schadenseintritt dem Kl. fehlerhaft nicht die Rahmenvereinbarung überließ, begründet keinen schadensersatzrechtlichen Deckungsanspruch. Denn die unzureichenden Informationen, die der Kl. durch die **unterbliebene Übersendung der Rahmenvereinbarung** erhielt, sind für die Ersatzpflicht nicht ursächlich geworden. In Kenntnis der sich aus der Rahmenvereinbarung ergebenden Bedingungen hätte sich zwar der Kl. nach seinem Vorbringen um einen besseren Versicherungsschutz bemühen können. Nach Eintritt des Schadens war dieser aber nicht mehr versicherbar.“

**OLG Brandenburg,
Beschlüsse vom 15.3./9.4.2024 -
11 U 265/23,
BeckRS 2024, 7792 u. 7797**

**Rückwärtsversicherung
(Darlegungs- und
Beweislast)**

Sachverhalt:

Der VN, von Beruf Versicherungsmakler, begehrt vom bekl. VR Leistungen aus einer Unfallversicherung. Der - behauptete - Unfall soll sich am **9.9.2017** ereignet haben. Der VR beruft sich - u.a. - auf Leistungsfreiheit gem. § 2 Abs. 2 S. 2 VVG.

Der VN behauptet, er habe den Antrag am **4.9.2017** „aus der EDV ausgedruckt“, unterzeichnet und über seine „Sekretärin“, seine damalige Lebensgefährtin, auf dem Postweg an den VR versandt. Der VR behauptet den Eingang des Antrags am **12.9.2017**; an diesem Tag ist der Antrag unstreitig mit einem Poststempel versehen worden. Eine Zeugenvernehmung der ehemaligen Lebensgefährtin bleibt ohne Ergebnis.

Das Problem:

Wer trägt die Beweislast für die Abgabe des Antrags?

- **Das OLG nimmt eine „grundsätzliche“ Beweislast des VR für die Kenntnis, aber dennoch eine Beweislast des VN für den Zeitpunkt der Abgabe seiner Vertragserklärung an:**

„Den Beweis der Kenntnis des Eintritts des Versicherungsfalls vor Abgabe der Vertragserklärung kann ein VR ... nur führen, wenn feststeht, wann der VN seine Vertragserklärung abgegeben hat ... Ausgehend davon kann die Darlegungs- und Beweislast des VR zur Kenntnis vom Eintritt des Versicherungsereignisses, der sich auf § 2 Abs. 2 S. 2 VVG beruft, erst dann ausgelöst werden, wenn der Zeitpunkt der Abgabe vorab geklärt ist. Da sich dieser Zeitpunkt der Wahrnehmung des VR regelmäßig entzieht, ist der VN nicht nur gehalten, substantiiert und plausibel darzulegen, wann und unter welchen Umständen er seine Vertragserklärung abgegeben haben will ...

Der VN muss infolgedessen den Abgabezeitpunkt auch beweisen.

Würde man das anders sehen ... , könnte sich ein VN ... der Rechtsfolge des § 2 Abs. 2 S. 2 VVG jederzeit dadurch entziehen, dass er sich schlicht auf eine vor dem Eintritt des Versicherungsfalls erfolgte Abgabe beruft. Dem VR stünde in einem solchen Fall keine Möglichkeit offen, ihm nicht zugängliche Umstände zu beweisen ...“

➤ BGH, Urt. v. 21.6.2000 - IV ZR 157/99, r+s 2000, 489 = VersR 2000, 1133:

- „Es kommt deshalb darauf an, wann der [VN] seinen Versicherungsantrag gestellt hat und ob zu diesem Zeitpunkt der [VN] - oder sein Vertreter (§ 2 Abs. 3 VVG [a.F.]) - schon Kenntnis von dem Versicherungsfall hatte. **Die Beweislast hierfür trifft die Beklagte [VR]. Sie muß die Voraussetzungen für die von ihr in Anspruch genommene Leistungsfreiheit beweisen.**“

**Armbrüster in Prölss/Martin, VVG 32. Aufl.
§ 2 Rn. 43a:**

„Verbreitet wird Abs. 2 als *Risikoausschluss* angesehen ... Demnach wäre der VR beweispflichtig ... Richtigerweise handelt es sich dagegen um eine **Begrenzung der gewährten Deckungserweiterung** ... Der VersSchutz ist daher in den Fällen des Abs. 2 von vornherein begrenzt. Die Beweislast trägt mithin der VN.“

➤ **BGH, Urt. v. 21.3.1990 - IV ZR 40/89, BGHZ 111, 29 =
r+s 1990, 189 = VersR 1990, 618:**

- „Maßgebend für die Frage, ab wann die Kenntnis des VN zur Leistungsfreiheit führt, ist danach der Zeitpunkt der Antragstellung. Der (zukünftige) VN hat alles zum Zustandekommen des Vertrages seinerseits Erforderliche getan, wenn er das ausgefüllte Antragsformular dem VR oder seinem Bevollmächtigten übergeben oder zur Post gegeben hat. Die Revision will demgegenüber auf den Zeitpunkt des Eingangs beim VR abstellen. Dazu besteht kein Anlaß. Dem Schutzbedürfnis des VR vor etwaigen Manipulationen ist dadurch ausreichend Rechnung getragen, daß der VN den Beweis für Kenntniserlangung erst nach Absendung erbringen und die Anzeigepflicht des § 16 VVG [a.F.] erfüllen muß.“

**OLG Hamm,
Beschluss vom 15.1.2024 -
20 U 223/23,
VersR 2024, 1599**

**Vorvertragliche
Anzeigeobliegenheit
(Textform der Antragsfragen)**

§ 19 Abs. 1 S. 1 VVG:
Der VN hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des VR, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der VR in Textform gefragt hat, dem VR anzuzeigen.

➤ D.h.:

- VR muss nach einem Umstand in Textform fragen.
- Der abgefragte Umstand muss gefahrerheblich sein.
- Der Gefahrumstand muss dem VN im maßgeblichen Zeitpunkt (Abgabe der Vertragserklärung des VN) bekannt sein.

Sachverhalt:

Der an MS erkrankte VN begehrt vom bekl. VR Leistungen aus einer Berufsunfähigkeitsversicherung.

Die bei Antragstellung am 13.1.2015 gestellten Gesundheitsfragen, u.a. ob er

„in den letzten fünf Jahren von einem Arzt, Heilpraktiker oder Therapeut (z.B. Psychotherapeut) wegen Krankheiten oder Beschwerden der Psyche, des Gehirns, des Nervensystems (z.B. Depressionen, Gemütsstörung, Psychose, Neurose, Essstörung, Sprachstörungen, Gleichgewichtsstörungen, Anfallsleiden, Lähmungen, Kopfschmerzen, Migräne, Multiple Sklerose, Fibromyalgie) untersucht, beraten oder behandelt“

worden sei, hatte der VN verneint, obwohl er noch im Herbst bei einem Neurologen wegen Kribbelns an Händen und Füßen und am Oberkörper neurologisch sowie in einem radiologischen Versorgungszentrum mittels MRT untersucht worden war. Diagnostiziert worden war eine Somatisierungsstörung.

Der VR erklärt deshalb den Rücktritt vom Vertrag wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigeobligenheit. Der VN hält den Rücktritt für unwirksam. Ihm seien die Fragen nicht in Textform gestellt worden.

Nach den getroffenen Feststellungen hatte der für den VR tätige Agent dem VN die Gesundheitsfragen vorgelesen und die Antworten in einen **Laptop** eingegeben. Anschließend war der Agent das Antragsformular noch einmal mit dem VN durchgegangen, wobei er den Bildschirm so platziert hatte, dass der VN den Text lesen konnte. Erst danach hatte der VN - auf einem Unterschriftenpad - die Unterschrift geleistet. Der Agent hatte dem VN den Antrag einschließlich der Gesundheitsfragen, seiner Antworten und der Belehrung gem. § 19 Abs. 5 VVG sodann auf einem Datenträger überlassen, wobei unklar ist, ob die Übergabe vor oder nach der Unterschriftsleistung geschah.

Die Klage ist in beiden Instanzen erfolglos geblieben.



Textform

Problem:

**Die Fragen des VR müssen dem VN
„bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung“
vorliegen!**

§ 126b BGB:

***„in einer Urkunde oder in einer anderen zur dauerhaften Wiedergabe in
Schriftzeichen geeigneten Weise“***



**Mündliche Fragen (des Versicherungsvermittlers) genügen nicht.
Aufzeichnung in Papierform oder elektronischer Form ist erforderlich.
Überlassung des Dokuments oder der Datei!
(Beweislast: VR!)**

- S. zunächst OLG Hamm, Beschl. v. 12.8.2021 - 20 U 123/21, r+s 2023, 260 = VersR 2022, 296:

Sachverhalt (verkürzt):

VN nimmt den VR mit der Behauptung auf Leistungen aus einer BUZ in Anspruch, er sei aufgrund einer Arthrose des rechten Sprunggelenks seit 2018 als Schornsteinfeger bedingungsgemäß berufsunfähig.

Den zugrunde liegenden Antrag hatte der VN im Jahr 2016 über eine Agentin des VR gestellt und sämtliche Gesundheitsfragen, u.a. nach Krankheiten, Störungen oder Beschwerden der Gelenke in den letzten 5 Jahren verneint. Tatsächlich hatte der VN bereits 2014 eine Bandkapselruptur im rechten oberen Sprunggelenk erlitten und sich in der Folgezeit mehrerer Behandlungen unterziehen müssen.

Die Antragsaufnahme erfolgte dergestalt, dass die Agentin die Gesundheitsfragen im Einzelnen vorlas und Eintragungen unmittelbar am Bildschirm ihres Rechners vornahm.

Am Ende des Antragsgesprächs erhielt der VN ein Druckstück des Antrags zur Unterschrift. Dieses unterzeichnete er und erhielt eine Ausfertigung.

Der VR erhielt im Rahmen der Leistungsprüfung Kenntnis von den Vorerkrankungen. Er berief sich auf eine fahrlässige Verletzung der vorvertraglichen Anzeigeobliegenheit und machte von seinem Recht auf Vertragsanpassung durch - rückwirkende - Einfügung eines Risikoausschlusses Gebrauch.

Der VN macht geltend, dass sich der VR auf eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigeobliegenheit gem. § 19 Abs. 1 S. 1 VVG und die sich aus § 19 Abs. 2 bis 4 VVG ergebenden Rechte nicht berufen könne, da ihm die Gesundheitsfragen bei der konkreten Antragsaufnahme nicht in Textform gestellt worden seien.

➤ Problem: Elektronische Antragsaufnahme

- Eine Antragsaufnahme mittels Laptop oder Notebook entspricht dem Textformerfordernis nicht, wenn die Antragsaufnahme im EDV-Gerät erfolgt und die aufgenommenen Daten per Datenfernübertragung dem VR übermittelt werden, ohne dass dem Antragsteller eine Urkunde oder ein anderes zur dauerhaften Wiedergabe in Schriftzeichen geeignetes Medium (z.B. Diskette, USB-Stick, CD-Rom, E-Mail, Computer-Fax) zur Verfügung gestellt wird, weil dann der Dokumentationsfunktion des **§ 126b BGB** nicht Rechnung getragen wird (s. OLG Hamm VersR 2015, 1551; KG VersR 2014, 1357; Karczewski, r+s 2012, 521, 526 mwN; a.A. MünchKomm-VVG/Langheid, 3. Aufl. § 19 Rn. 67, wonach das bloße Vorlesen der Antragsfragen genügen soll).

1Ist durch Gesetz Textform vorgeschrieben, so muss eine lesbare Erklärung, in der die Person des Erklärenden genannt ist, auf einem dauerhaften Datenträger abgegeben werden. 2Ein dauerhafter Datenträger ist jedes Medium, das

- 1.es dem Empfänger ermöglicht, eine auf dem Datenträger befindliche, an ihn persönlich gerichtete Erklärung so aufzubewahren oder zu speichern, dass sie ihm während eines für ihren Zweck angemessenen Zeitraums zugänglich ist, und
- 2.geeignet ist, die Erklärung unverändert wiederzugeben.

➤ Problem: Zeitpunkt der Erfüllung des Textformerfordernisses

- Muss das Textformerfordernis bereits bei der Beantwortung der Gesundheitsfragen erfüllt sein oder reicht es aus, wenn der Vermittler die Fragen vorliest, die Antworten in das Antragsformular einträgt und erst dann dem Antragsteller das ausgefüllte Formular zur Durchsicht und Unterschrift vorlegt?
- Dazu KG VersR 2014, 1357: Wird der Versicherungsantrag auf einem Laptop ausgefüllt, liest der Agent dem VN die Gesundheitsfragen dabei wortwörtlich vor und gibt ihm vor deren Beantwortung ausreichend Zeit, das Antragsformular selbst zu lesen, reicht dies zur Einhaltung der Textform nicht aus. *Darüber hinaus* ist jedenfalls erforderlich, dass dem VN die Fragen dauerhaft in lesbarer Form - als Papierdokument oder elektronisches Dokument - zur Verfügung gestellt werden [und] ihm zumindest das vom Agenten ausgefüllte Formular **vor der Unterzeichnung** noch einmal **zur Durchsicht** vorgelegt wird oder dass er die Fragen mitlesen kann, also verkörpert vor Augen hat.

- Ähnlich OLG Saarbrücken ZfS 2013, 223: In Textform sind die Gesundheitsfragen auch dann gestellt, wenn der Versicherungsvertreter dem VN die in einem Antragsformular enthaltenen Gesundheitsfragen vorliest, dessen Antworten einträgt und das Antragsformular zur Durchsicht und Unterzeichnung vorlegt.
- Weiter gehend verlangt das LG Berlin r+s 2014, 7, dass der VN die Gefahrfragen bereits **bei der Beantwortung** in Textform vorliegen hat: „Das bloße Vorlesen der Antragsfragen durch den Versicherungsvertreter, ohne dass der VN die praktische Möglichkeit hat, dabei selbst die Fragen zu sehen, genügt ... dem Textformerfordernis nicht ... Etwa die nachträgliche Überlassung des ausgefüllten Fragebogens genügt demnach grundsätzlich nicht, da die Fragen zu dieser Zeit aus der Sicht des VN nicht mehr gestellt, sondern schon beantwortet sind.“
- **Verfälscht der Agent** bei der Wiedergabe **den Sinngehalt der Gesundheitsfragen**, wird die in § 19 VVG geforderte Textform nicht eingehalten, weil die mündlich verfälscht wiedergegebene Frage gerade nicht textlich fixiert ist (OLG Saarbrücken VersR 2015, 91).

- Vermittelt hingegen ein **Makler** den Vertrag, kommt es nicht darauf an, ob der Antragsteller selbst die Gefahrfragen in Textform gestellt bekommt, da der Makler insoweit an die Stelle des Antragstellers tritt (OLG Köln VersR 2015, 477; KG VersR 2019, 666):
Hat es der Makler übernommen, die Gesundheitsfragen zum Zweck der Antrags-einreichung beim VR zu formulieren und anstelle des VN zu beantworten, so gelten die Fragen nach dem Gesundheitszustand unabhängig davon, ob sie dem VN bekannt waren, als Fragen des VR „in Textform“.
- Im Streit um die Frage, ob der Vermittler Agent oder Makler war, trägt der VR - wenn davon die Verletzung der Anzeigepflicht abhängt - die **Beweislast**, da er die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht beweisen muss (OLG Saarbrücken NJW-RR 2006, 1467). Die vermeintlich entgegenstehende Entscheidung OLG Köln VersR 2006, 774 („Es obliegt dem klagenden VN, darzulegen und zu beweisen, dass der Versicherungsvermittler Mitarbeiter bzw. Agent des VR gewesen ist, denn nur in diesem Fall wäre dessen Verhalten dem VR zuzurechnen.“) betrifft nicht die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht, sondern eine Arglistanfechtung des VN mit einer deswegen abweichenden Beweislastverteilung.

➤ OLG: Textformerfordernis ist gewahrt.

- Nicht erforderlich, dass dem Antragsteller die Gefahrfragen bereits im Zeitpunkt ihrer Beantwortung verkörpert vor Augen stehen müssen. Demgemäß kann auch das Vorlesen der Antragsfragen durch den Versicherungsvermittler ausreichen, ohne dass der Antragsteller im Zeitpunkt ihrer Beantwortung die praktische Möglichkeit hat, die Fragen zu sehen.
- Textformerfordernis ist bereits dann gewahrt, wenn der Agent dem Versicherungsinteressenten die Gefahrfragen (1.) wörtlich *vorliest* und ihm (2.) - auch nach Beantwortung - die *Fragen dauerhaft in lesbarer Form zur Verfügung stellt*, sofern ihm (3.) das vom Agenten ausgefüllte *Formular* vor der Unterzeichnung jedenfalls *noch einmal zur Durchsicht vorgelegt wird*.

- Hier unstrittig, dass Agentin dem VN Gesundheitsfragen wörtlich vorgelesen und ihm das Antragsformular nach Beantwortung zur Unterzeichnung vorgelegt hat. Nicht streitentscheidend ist, ob der VN die Gesundheitsfragen im Zeitpunkt der Beantwortung mitlesen konnte und *es bedurfte auch keiner tatsächlichen „adäquaten Durchsicht“ durch den VN.*
- Allein entscheidend, ob die Fragen von der Agentin mit dem VN in einer Art und Weise durchgegangen worden sind, die es erlauben, dieses Vorgehen einer sorgsamem, nicht unter Zeitdruck stehenden und ggf. durch klärende Rückfragen ergänzten Lektüre des Fragetextes gleichzusetzen.

- Auffassung des VN, auch dann, wenn die Gesundheitsfragen unstreitig vorgelesen worden sind und der Antragsteller die Möglichkeit erhält, seine Antworten vor Unterzeichnung des Antrags noch einmal zu prüfen, müsse der Antragsteller zur erneuten Durchsicht *aufgefordert* werden oder gar *tatsächlich* das Antragsformular *noch einmal durchsehen*, beruht auf einem Fehlverständnis des § 19 Abs. 1 S. 1 VVG.
- Es reicht mithin aus, wenn der VN die Gelegenheit erhält, die Fragen - auch nach ihrer Beantwortung - in Textform zur Kenntnis zu nehmen (HK-VVG/Schimikowski, 4. Aufl. § 19 Rn. 12 mwN). Dass der VN die Fragen bereits im Zeitpunkt ihrer Beantwortung mitlesen kann, erfordert § 19 Abs. 1 S. 1 VVG demgegenüber nicht (s. insoweit Karczewski, r+s 2012, 521, 525 f.).

- OLG Dresden, Beschl. v. 5.4.2022 - 4 U 172/22,
BeckRS 2022, 10726:

Leit(d)sätze!?

1. Steht die Frage im Streit, wie ein dem Abschluss eines Versicherungsvertrages vorausgegangenes Antragsgespräch abgelaufen ist, können aus der glaubhaften Bekundung einer allgemein praktizierten Übung rechtsfehlerfrei auch Rückschlüsse auf ihre Anwendung im konkreten Einzelfall gezogen werden.
2. Kann der Versicherungsnehmer über den Monitor die Gesundheitsfragen in einem Antragsformular mitlesen, sind ihm diese in Textform überlassen worden.

„Konnte die Kl., wie vom Landgericht bindend festgestellt, über den Monitor die Gesundheitsfragen mitlesen, dann sind damit die Formerfordernisse des § 19 Abs. 1 VVG, nämlich dass die Gesundheitsfragen in Textform zu stellen sind, ausreichend beachtet worden (vgl. dazu nur OLG Hamm, Beschl. v. 23.8.2021 - 20 U 123/21, juris m.w.N.). Einer Belehrung gem. § 19 Abs. 5 VVG bedurfte es dagegen bei Arglist nicht (vgl. BGH, Urt. v. 12.3.2014 - IV ZR 306/13, juris).“

OLG Hamm aaO:

*„Hiernach ist das Textformerfordernis bereits dann gewahrt, wenn der Agent dem Versicherungsinteressenten die Gefahrfragen wörtlich vorliest **und** ihm – auch nach Beantwortung – die Fragen dauerhaft in lesbarer Form zur Verfügung stellt, sofern ihm das vom Agenten ausgefüllte Formular vor der Unterzeichnung jedenfalls noch einmal zur Durchsicht vorgelegt wird.“*

➤ Entscheidung des OLG im Ausgangsfall:

- Auf diese Weise ist das Antragsdokument dem VN jedenfalls nach dem Ausfüllen durch den Agenten noch einmal in verkörperter Form, nämlich gespeichert auf einem Datenträger und am Bildschirm lesbar, vorgelegt worden.
- Für die Einhaltung der Textform macht es keinen Unterschied, ob der Interessent und der Agent gemeinsam ein früher übliches Antragsformular, ein am Computer ausgefülltes und sodann ausgedrucktes Formular oder ein gespeichertes Formular am Bildschirm durchgehen. Es kommt nur darauf an, dass das gemeinsame Durchgehen des Dokuments einer sorgsamem, nicht unter Zeitdruck stehenden und ggf. durch klärende Rückfragen ergänzten Lektüre des Fragetextes gleichzusetzen ist.
- Hierfür spielt aber das Medium, durch das der Inhalt des Dokuments visualisiert wird, als solches keine Rolle.

- Ohne konkrete Anhaltspunkte ist insbes. auch nicht etwa anzunehmen, dass eine Lektüre am Bildschirm von vornherein nur geringere Verständnismöglichkeiten bietet als eine Lektüre auf Papier, zumal in beiden Varianten kein Zeitdruck bestehen darf und die Möglichkeit für klärende Rückfragen gegeben sein muss. Diese Voraussetzungen waren gegeben.
- Dem VN sind die Vertragsunterlagen einschließlich der von ihm gegebenen Antworten auf die Gesundheitsfragen auch auf einem Datenträger überlassen worden. Damit ist die Dokumentationsfunktion erfüllt.
- **Ob der Agent den Datenträger vor oder nach der Unterschriftsleistung übergeben hat, ist unerheblich. Auch bei einem Antrag in Schriftform ist es ausreichend, dass der Antragsteller die für ihn bestimmte Durchschrift erst nach seiner Unterschriftsleistung und anschließender Trennung der durchgeschriebenen Papierbögen ausgehändigt bekam.**

Belehrungspflicht: § 19 Abs. 5 S. 1 VVG

VR kann sich auf die Rechte des § 19 Abs. 2 bis 4 VVG nur berufen, wenn er VN

durch **gesonderte Mitteilung** in Textform
auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung
hingewiesen hat!

Gilt nicht bei Arglist!



Formale Belehrungserfordernisse

Allgemeiner Grundsatz:

Belehrung muss ihre Warnfunktion erfüllen!



**„Gesonderte Mitteilung“ = Absetzung vom übrigen Text oder
separates Blatt**

Drucktechnische Hervorhebung durch grafische Mittel!

Unmittelbarer räumlicher Zusammenhang mit den Antragsfragen!

Im Falle eines separaten Blattes:

Konkreter Hinweis auf Fundstelle!

(Nachweisbarkeitssicherung!)

„Gesonderte Mitteilung in Textform“

- Ein vom Antragsformular getrenntes Schriftstück ist ausreichend, aber nicht erforderlich. Es genügt eine Belehrung innerhalb eines noch andere Mitteilungen enthaltenden Schriftstücks. In diesem Fall muss sich die Belehrung durch ihre Platzierung und drucktechnische Gestaltung vom übrigen Text derart abheben, dass sie für den VN nicht zu übersehen ist (BGHZ 210, 113 Rn. 13 = r+s 2016, 281 unter Hinweis auf BGHZ 196, 67 Rn. 15, 24 zu § 28 Abs. 4 VVG).
- Dies kann durch Schriftart, -größe, Fett-, Kursiv- oder Normaldruck, Zeichenabstand, Zeilen- oder Absatzeinzüge oder Schriftfarbe geschehen. Andere graphische Mittel zur Hervorhebung von Text, wie Balken, Kästen, Pfeile oder eine besondere Hintergrundfärbung können ebenfalls eingesetzt werden (vgl. BGHZ 196, 67 Rn. 25).

➤ **Aber:** Nicht nur die Gestaltung, sondern auch die Platzierung der Belehrung im oder beim Antragsformular entscheidet über deren Wirksamkeit.

- Eine Platzierung der Belehrung auf der letzten Seite des Formularsatzes, mehrere Seiten nach der Unterschrift des VN, ist nicht ausreichend (OLG Stuttgart VersR 2014, 691):

„... Das LG hat zwar als unstreitig und für den Senat gem. § 529 Abs. 1 Nr. 1 ZPO bindend festgestellt, dass der Kl. durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen worden sei. Dies greift die Berufung auch nicht an. Ob die Belehrung ... die gem. § 19 Abs. 5 S. 1 VVG erforderliche Form einhält, ist jedoch keine Tatsachenfrage, über die die Parteien disponieren können, sondern zugleich eine Frage der nicht disponiblen Rechtsanwendung. Der Senat ist daher im Rahmen seiner Pflicht zur umfassenden Rechtsprüfung auf der Grundlage des ihm zur Entscheidung unterbreiteten Sachverhalts berechtigt und verpflichtet, auch die Einhaltung der formellen Anforderungen an die genannte Belehrung zu prüfen.“

(dagegen Neuhaus, Die vorvertragliche Anzeigepflicht in Recht und Praxis, Rn. 112: VN darf die Meinung des Gerichts nicht aufgezwungen werden.)

- **Hinweise auf der Rückseite eines mehrseitigen Formularsatzes dürften nicht genügen, weil sie leicht zu übersehen sind (OLG Hamm, Urt. v. 20.8.2014 - 20 U 267/13, juris Rn. 28; OLG Karlsruhe r+s 2016, 67).**
- **Der Hinweis muss im räumlichen und zeitlichen Kontext mit den Antragsfragen erfolgen. Eine Belehrung nur in den Versicherungsbedingungen reicht nicht aus, da sie die Warnfunktion nicht erfüllt (OLG Hamm VersR 2011, 469 - Dornbracht).**
 - Eine gesonderte Mitteilung in Textform ist als anlassbezogene, lediglich von den allgemeinen Vertragsunterlagen, insbes. dem Versicherungsschein, aber auch den Versicherungsbedingungen und dem Produktinformationsblatt, getrennte Form des Hinweises zu verstehen (BGHZ 196, 67 Rn. 17 zu § 28 Abs. 4 VVG).
- **Eine Belehrung, die auf Seite 67 (!) eines dem Antrag beigefügten Anlagenkonvoluts abgedruckt ist, reicht jedenfalls dann nicht aus, wenn nicht in unmittelbarer Nähe zu den Gefahrfragen die genaue Fundstelle der Belehrung genannt wird (OLG Stuttgart VersR 2014, 985).**

- Eine „Doppelbelehrung“, in der der VR zunächst unmittelbar im räumlichen Zusammenhang mit den gestellten Gesundheitsfragen (ggf. ergänzend durch eine gesondert zu unterschreibende Erklärung) auf die möglichen Folgen der Verletzung der gesetzlichen Anzeigeobliegenheit allgemein hinweist und diese sodann an einer genau bezeichneten Stelle im Einzelnen erläutert, ist mit dem Belehrungserfordernis des § 19 Abs. 5 VVG vereinbar (BGHZ 210, 113 Rn. 16 = r+s 2016, 281; vgl. auch OLG München r+s 2016, 68 Rn. 4-6; VersR 2016, 515; anders zu der der Entscheidung des BGH zugrunde liegenden Erklärung: OLG Hamm VersR 2016, 103).

➤ Entscheidung des OLG im Ausgangsfall:

- Diesen Anforderungen (BGHZ 210, 113) genügt die Belehrung. Die Belehrung ist durchgehend **fett gedruckt**.
- Es schadet nicht, dass die Belehrung mit „Bitte beachten Sie“ und nicht mit noch deutlicher warnenden Worten überschrieben ist.
- Einem durchschnittlichen VN kann die Belehrung schon deshalb nicht entgehen, weil sie als einziger längerer Absatz in dem 14-seitigen Antragsdokument durchgehend in Fettdruck gehalten ist. Der Belehrungstext fällt selbst einem ungeübten Leser, der nicht gesondert nach der Belehrung sucht, sofort ins Auge.
- An der besonderen drucktechnischen Gestaltung ändert es nichts, dass das Formular und damit auch die Belehrung dazu bestimmt waren, dem Antragsteller nicht in Papier, sondern zur Lektüre am Bildschirm vorgelegt zu werden.

- Selbst bei einem raschen Durchscrollen des Dokuments fällt die Belehrung sofort auf. Selbst wenn ein Leser zur nächsten Seite oder zu ferneren Seiten gesprungen sein sollte, bleibt der optische Eindruck so präsent, dass er dazu anregt, zu dem durch Fettdruck hervorgehobenen, also offenbar wichtigen Textabschnitt zurückzukehren.
- **Nach der Unterschrift erhielt der VN den Datenträger.**

**LG Neuruppin,
Urteil vom 19.3.2024 -
6 O 87/23,
ZfS 2024, 568**

**Vorvertragliche
Anzeigeobligiegenheit
(Textform II)**

Sachverhalt:

Der VN beantragte am 18.6.2012 unter Vermittlung eines Agenten des später bekl. VR den Abschluss einer selbständigen BU-Versicherung. Die im schriftlichen Antragsformular enthaltenen Gesundheitsfragen sind sämtlich mit „Nein“ beantwortet. Tatsächlich war der VN 2009 wegen BWS-Blockierungen und 2010 wegen Lumbago, jeweils mit Verordnung von Physiotherapie, arbeitsunfähig krankgeschrieben worden.

Nach einem Leistungsantrag im Jahr 2019 erklärt der VR den Rücktritt vom Vertrag. Seine Leistungspflicht ab Dezember 2018 anerkennt er kurze Zeit später mit einem gesonderten Schreiben. Mit seiner Feststellungsklage möchte der VN den Fortbestand des Vertrages festgestellt wissen. Er behauptet, die Gesundheitsfragen seien ihm vom Agenten nicht gestellt worden.

➤ Entscheidung des LG: Stattgabe der Klage

- Beweislast für die von § 19 Abs. 1 S. 1 VVG vorausgesetzte Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht liegt bei VR. Diesem ist der Beweis nicht gelungen.
 - Beweisaufnahme habe vielmehr ergeben, dass die Gesundheitsfragen im Zuge einer **Umdeckung der BU-Versicherung** dem Versicherten nicht (erneut) gestellt, die Formulare stattdessen *eigenmächtig* durch den Agenten ausgefüllt worden seien, der einziger Nutznießer der Umdeckung gewesen sei, und der Antrag dem Versicherten schließlich lediglich zur Unterschrift vorgelegt worden war, wobei der Agent nur die zu unterzeichnende Seite vorgelegt habe.

- Fehlt es an der Kenntnis des Antragstellers von den vom VR schriftlich gestellten Gesundheitsfragen, liegt mit Blick auf diese Fragen schon objektiv eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nicht vor. Fragen, die nicht zur Kenntnis des Antragstellers gelangt sind, kann dieser nicht unrichtig beantwortet haben. Auf die unrichtige Beantwortung schriftlich gestellter Gesundheitsfragen kann der VR demgemäß ein Recht zum Rücktritt von den Versicherungsverträgen (§ 19 Abs. 2 VVG) nicht stützen. Auf ein Verschulden des Antragstellers bei der Verletzung der Anzeigepflicht kommt es deshalb insoweit schon nicht mehr an.

Ohnehin: Verfälscht der Agent bei der Wiedergabe den Sinngehalt der Gesundheitsfragen, wird die in § 19 VVG geforderte Textform nicht eingehalten, weil die mündlich verfälscht wiedergegebene Frage gerade nicht textlich fixiert ist (OLG Saarbrücken VersR 2015, 91).



- Allerdings ist der VN nach § 19 Abs. 1 S. 1 VVG **auch ohne ausdrückliche Fragen** des VR gehalten, bei Schließung des Vertrages alle ihm bekannten Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, dem VR anzuzeigen. Der VR kann aber auch aus dem Unterlassen einer solchen Anzeige – die hier wegen Vorerkrankungen des VN in Betracht kommen könnte – ein Recht zum Rücktritt nicht herleiten. Denn der VR kann sich – abgesehen vom Fall eines arglistigen Verhaltens des Antragstellers – auf die unterlassene Anzeige gem. § 19 Abs. 1 S. 1 VVG dann nicht berufen, wenn er im Antragsformular zwar ausdrücklich und schriftlich Fragen nach gefahrerheblichen Umständen gestellt hat, diese Fragen dem Antragsteller aber durch das Verhalten des Versicherungsagenten nicht zur Kenntnis gelangt sind. Das folgt aus der gesetzlichen Wertung des **§ 18 VVG**.

**LG Nürnberg-Fürth,
Urteil vom 23.7.2024 -
20 O 2041/23,
BeckRS 2024, 27646**

**Vorvertragliche
Anzeigeobliegenheit bei
Vertragserweiterung**

Sachverhalt:

Der VN begehrt Leistungen aus einer seit 2009 beim bekl. VR gehaltenen Zahnzusatzversicherung, zu der er im Oktober 2020 einen Antrag auf Erweiterung des Versicherungsschutzes stellte.

Die in dem Antrag auf Erweiterung gestellten Gesundheitsfragen, u.a. ob derzeit zahnärztliche Maßnahmen stattfinden oder angeraten sind, sind verneint. Das Antragsformular ist vom VN unterzeichnet und enthält die Erklärung, alle Fragen seien vollständig und richtig beantwortet worden. Für 2018 enthält seine Patientenakte folgenden Eintrag: *„Patient möchte erst den Unterkiefer machen lassen und wenn wir fertig sind im Oberkiefer neuen Zahnersatz planen.“* Hiervon erfährt der VR, nachdem der VN im Jahr 2021 zwei Heil- und Kostenpläne bei ihm einreicht.

Der VR erklärt daraufhin - gestützt auf § 19 Abs. 2, Abs. 4 S. 1 VVG - eine Vertragsanpassung und lehnt die Erbringung von Leistungen für die in Aussicht genommene Behandlung des Oberkiefers ab.

Der VN macht geltend, der Antrag sei ihm vom Agenten bereits ausgefüllt übergeben worden. Eine Aufklärung über das Erfordernis einer Angabe von Gesundheitsdaten sei ihm nicht vermittelt worden. Jedenfalls seien dem VR die relevanten Gesundheitsdaten aufgrund vorangegangener Zahnbehandlungen vor Abschluss des streitgegenständlichen Vertrages bekannt gewesen. Der VR sei im Jahr 2020 nicht mehr berechtigt gewesen, erneute Gesundheitsfragen zu stellen, da es sich insoweit nur um die Erweiterung einer bereits bestehenden Versicherung gehandelt habe.

Der VR behauptet demgegenüber, die handschriftlichen Eintragungen im Antrag habe der VN selbst vorgenommen. Jedenfalls fehle es an einem Versicherungsfall iSv § 1 Abs. 2 AVB, der nach Beginn des Versicherungsschutzes (§ 2 Abs. 1 AVB), also innerhalb des Haftungszeitraumes, eingetreten sei.

➤ Entscheidung des LG: Klagabweisung

- VR war gem. § 19 Abs. 4 S. 1 VVG zur Vertragsänderung berechtigt.
- **Anwendbarkeit der §§ 19 ff. VVG** nicht auf neue Versicherungsverträge beschränkt. Erfasst werden auch Vertragsänderungen, jedoch nur solche, mit denen die bisherige Leistungspflicht des VR inhaltlich oder zeitlich **erweitert** wird, ohne dass ein bestehender Versicherungsvertrag dem VN einen Anspruch darauf gibt (BeckOK-VVG/Spuhl, § 19 Rn. 13 mwN).
- Fragen sind objektiv falsch beantwortet: Behandlung des Oberkiefers war bereits angeraten.
- VN hat Anzeigeobliegenheit vorsätzlich verletzt.
Vorsatzvermutung

- Soweit VN angegeben hat, die Angaben zum Zahnstatus bzw. die Gesundheitsfragen seien bereits ausgefüllt gewesen, habe er dies nicht nachgewiesen.

Denn Agentin hat ausgesagt, dass sie sich zwar an das konkrete hier streitgegenständliche Vertragsverhältnis nicht mehr erinnern könne, es aber in den Fällen, in denen Bestandskunden eine Erweiterung der Zusatzversicherung angeboten wurde, so gewesen sei, dass an die Kunden die vollständigen Vertragsunterlagen übersandt worden seien, wobei nur die mit Computer geschriebenen Teile, welche im Bestand gespeichert waren, bereits ausgefüllt gewesen seien. Die entsprechenden Gesundheitsfragen seien dabei **in der Regel** nicht vorab ausgefüllt gewesen.

„Mithin stehen sich die Aussagen des VN und der Zeugin gegenüber, ohne dass einer der Aussagen ein höherer Beweiswert zukommen würde.“

non liquet

- Im Ergebnis kann die Frage, ob die Gesundheitsfragen bereits vorausgefüllt waren, sogar offengelassen werden. Denn der VN hat weiter ausgeführt, dass er den Vertrag durchgelesen und unterzeichnet habe, ohne Änderungswünsche oder Monierungen geltend zu machen. Selbst wenn die Gesundheitsfragen bereits ausgefüllt gewesen sein sollten, wäre der VN gehalten gewesen, die entsprechenden falschen Angaben vor Unterzeichnung zu korrigieren.
- Hat er jedoch den Antrag unterzeichnet, ohne diesen vorher mit der gebotenen Sorgfalt zu lesen und prüfen, würde dies ebenfalls jedenfalls einen Fahrlässigkeitsvorwurf begründen.

Frage vorrangig, ob bei dieser Art der Antragsaufnahme das Textformerfordernis erfüllt ist. Das aber hat als objektive Tatbestandsvoraussetzung der VR zu beweisen. Abgrenzung zu Fallgestaltungen, in denen der Agent das Formular eigenmächtig ausfüllt und dem VN zur Unterschrift vorlegt?

- **Vgl. Piontek, jurisPR-VersR 12/2020 Anm. 2 (zu OLG Schleswig NJW-RR 2020, 1294):**

Im Grds. stellt bei Einschaltung eines Versicherungsagenten eine ungeprüfte Unterschrift unter das Formular keine Verletzung der Anzeigeobliegenheit dar, wenn der VN dem Versicherungsagenten vertrauen durfte. Denn es ist nicht zu erwarten, dass der VN das Tun eines Fachmannes kontrolliert, solange an dessen Seriosität keine Zweifel bestehen (HK-VVG/Schimikowski, § 19 Rn. 12 mwN).

Anders aber, wenn der Agent die Fragen gar nicht vorgelesen, sondern sie zunächst ohne Rückfrage beantwortet und anschließend dem VN das Formular zum **Durchlesen** gegeben hat; dann sind die Formerfordernisse des § 19 Abs. 1 S. 1 VVG gewahrt (HK-VVG/Schimikowski aaO).

Aber: Liegt eine (vorsätzliche) Erklärung „ins Blaue hinein“ vor, wenn der VN darauf vertraut, dass der Agent das Formular korrekt ausgefüllt hat und damit rechnet, dass es keiner weiteren Angaben bedarf?

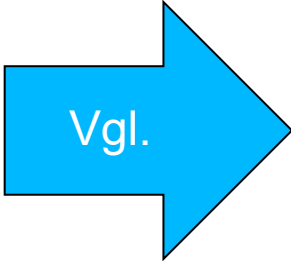
■ Ohnehin: Vorvertraglichkeit des Versicherungsfalles.

1. Der VersFall in der privaten Krankenvers. beginnt mit der ersten Inanspruchnahme einer ärztlichen Tätigkeit, die durch die betroffene Krankheit verursacht worden ist. Zur „Behandlung“ einer Krankheit gehört nicht nur die unmittelbare Heiltätigkeit, sondern auch schon die erste ärztliche Untersuchung, die auf die Erkennung des Leidens abzielt, ohne Rücksicht darauf, ob sofort oder erst nach weiteren Untersuchungen eine endgültige und richtige Diagnose gestellt und mit den eigentlichen Heilmaßnahmen begonnen worden ist (Anschluss an BGH, Beschl. v. 17. 12. 2014, IV ZR 399/13, r+s 2015, 142). (amtl. Leits.)

2. Wenn im Rahmen der Zahnzusatzvers. in Ansehung der Behandlung einzelner Zähne (hier: Oberkiefer) Vorvertraglichkeit im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 2 MB/KK 2009 vorliegt, kann dennoch eine Leistungspflicht des Versicherers für andere Bereiche des Gebisses (hier: Unterkiefer) bestehen. (amtl. Leits.)

3. Mit der Regelung in § 2 Abs. 1 MB/KK 2009, dass solche „VersFälle“, die vor Beginn des VersSchutzes eingetreten sind, vom Deckungsschutz ausgenommen werden, erlegt sich der Versicherer selbst die Beweislast dafür auf, dass der VersFall schon vor Eintritt des VersSchutzes begonnen hat. (amtl. Leits.)

OLG Hamm, Urt. v. 11. 9. 2015 – 20 U 211/14



Vgl.

**OLG Saarbrücken,
Beschluss vom 15.1.2025 -
5 W 83/24,
r+s 2025, 597 = VersR 2025, 603**

**Treuwidrigkeit der Berufung
auf die Rechte aus
§ 19 Abs. 2 VVG**

Sachverhalt:

Die VN begehrt PKH für eine beabsichtigte Klage auf Leistungen aus einer Berufsunfähigkeitsversicherung mit der Behauptung, sie sei infolge einer COVID-Infektion seit Oktober 2022 berufsunfähig.

Der maßgebliche Vertrag kam aufgrund eines Antrags der VN vom 11.9.2019 zustande. Der VR fordert nach dem Leistungsantrag der VN mit Schreiben vom 23.1.2023 weitere Unterlagen zur Prüfung seiner Eintrittspflicht an und erklärt zugleich unter Verweis auf eine *mögliche* Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht den Rücktritt, hilfsweise die Kündigung sowie die rückwirkende Anpassung des Versicherungsvertrages. Die VN wendet sich dagegen mit anwaltlicher Hilfe, woraufhin der VR anbietet, seine Entscheidung zu überprüfen und zudem erneut um Übersendung weiterer - insbes. medizinischer - Unterlagen zum Zweck der Leistungsprüfung bittet. Der VR mahnt in der Folgezeit Beitragsrückstände an und erklärt für den Fall ausbleibender Zahlung die Kündigung des Vertrages. Weitere Unterlagen übersendet die VN - trotz Aufforderung - nicht.

➤ Entscheidung des OLG:

- Es fehlt jedenfalls an der Fälligkeit des Leistungsanspruchs, so dass eine (beabsichtigte) Klage zumindest als derzeit unbegründet abgewiesen werden müsste.
- Gem. **§ 14 Abs. 1 S. 1 VVG** sind Geldleistungen des VR erst mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des VR nötigen Erhebungen fällig. Nötige Erhebungen sind diejenigen, die ein durchschnittlich sorgfältiger VR des entsprechenden Versicherungszweigs anstellen muss, um den Versicherungsfall, seine Leistungspflicht und den Umfang der von ihm zu erbringenden Leistung zu prüfen und abschließend festzustellen (OLG Saarbrücken r+s 2024, 1015 = VersR 2024, 237; r+s 2020, 523 = VersR 2019, 1546). Dies schließt auch solche Nachforschungen ein, die klären sollen, ob der VN bei Vertragsschluss seine vorvertraglichen Anzeigepflichten iSv **§ 19 Abs. 1 S. 1 VVG** erfüllt hat (BGHZ 214, 127 = r+s 2017, 232 = VersR 2017, 469).

- Fälligkeit tritt ein, wenn der VR die ihm vorliegenden Unterlagen und Erkenntnisse geprüft hat und er – auch unter Berücksichtigung einer gewissen Überlegungsfrist – weiß, ob und in welcher Höhe er leisten muss; maßgeblich ist der Zeitpunkt, zu dem die Erhebungen bei korrektem Vorgehen beendet sein müssten.
- Auch der Zugang einer ernsthaften und endgültigen Leistungsablehnung eines bestehenden Anspruchs führt zur Fälligkeit, weil der VR dadurch zum Ausdruck bringt, er erachte die Ermittlungen für abgeschlossen (vgl. BGH VersR 2020, 276 Rn. 20; OLG Saarbrücken r+s 2020, 523).
- Demgegenüber bestehen auf Seiten des VN damit korrespondierende vertragliche (sonst gesetzliche, § 31 VVG) **Mitwirkungsobliegenheiten**: Dieser kann nach Lage der Dinge gehalten sein, ihm gestellte Fragen zu beantworten, Unterlagen vorzulegen sowie – im Rahmen des Zumutbaren – an ärztlichen Untersuchungen mitzuwirken (§ 9 Abs. 1 und 2 BUZ; vgl. BGHZ 214, 127).
- Unterlässt er diese Mitwirkung trotz Aufforderung des VR, verhindert er den Abschluss der Ermittlungen, weshalb dann – ohne Rücksicht auf ein etwaiges Verschulden – nach § 14 Abs. 1 VVG keine Fälligkeit eintritt (vgl. BGH r+s 2023, 912 = VersR 2023, 969; OLG Saarbrücken r+s 2024, 1015 = VersR 2024, 237; OLG Hamm VersR 2021, 92).

- Antrag auf Feststellung des Fortbestands wegen der **Kündigung** fehlt ebenfalls Erfolgsaussicht, da VR Vertrag **wegen Prämienverzugs** wirksam nach §§ 38 Abs. 3, 166 Abs. 2 und 3, 176 VVG gekündigt hat.
- **Vertrag bestand ungeachtet der zuvor erfolgten Ausübung der Rechte aus § 19 VVG fort.**
- Auf diese Erklärung könnte sich VR nicht berufen, ohne damit gegen **Treu und Glauben** zu verstoßen. Schon aus erstem Antwortschreiben durfte die – anwaltlich vertretene – VN schließen, der VR werde bei Vorlage geeigneter Belege nicht auf einer Beendigung des Vertrages durch Rücktritt oder Kündigung beharren. Dieser Eindruck bestätigte sich in der Folge dadurch, dass VR später die vermeintliche Anzeigepflichtverletzung nicht mehr aufgriff, sondern lediglich ein neues Formular für die Leistungsprüfung übersandte. Spätestens dadurch erweckte der VR bei der VN endgültig den Anschein und das Vertrauen darauf, Rücktritt und Kündigung seien hinfällig (§ 242 BGB; vgl. OLG Frankfurt r+s 1999, 335; weitergehend für Verzicht Prölss/Martin/Armbrüster, VVG 32. Aufl. § 21 Rn. 32).

**OLG Dresden,
Beschluss vom 28.1.2025 -
4 U 1361/24,
r+s 2025, 369**

**Arglistanfechtung
(Falschbeantwortung
durch Dritten)**

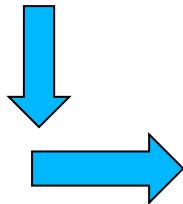
Sachverhalt:

Der VN begehrt mit der Behauptung, er sei aufgrund einer psychotischen Erkrankung berufsunfähig, Leistungen aus einer beim bekl. VR gehaltenen Berufsunfähigkeitsversicherung. Diese hatte - kurz nachdem der VN volljährig geworden war - sein Vater am 15.11.2017 in Anwesenheit des VN beantragt und die Frage nach Einnahme von verschreibungspflichtigen Medikamenten und Behandlung bei Ärzten oder Therapeuten verneint. Den Antrag unterzeichnete der Vater des VN.

Im Rahmen der Leistungsprüfung erhielt der VR davon Kenntnis, dass der VN seit Beginn seiner Schulzeit bis Ende 2017 wegen ADHS mit Ritalin behandelt worden und deshalb auch in psychotherapeutischer Behandlung gewesen war; am 28.11.2016 war zudem ein Drogenscreening durchgeführt worden. Anamnestisch hatte der VN laut Arztberichten angegeben, bereits seit seinem sechzehnten Lebensjahr Drogen konsumiert zu haben, davon „seit ca. 4 Jahren täglich mit bis zu 20 Gramm Cannabis über fünf Tage“. Der VR erklärt daraufhin die Arglistanfechtung.

➤ Entscheidung des OLG:

- **Anfechtung (§ 22 VVG iVm § 123 Abs. 1 Alt. 1 BGB) wirksam.**
 - Einer Zurechnung steht **§ 123 Abs. 2 BGB** nicht entgegen.
Hat – wie hier – nicht der Erklärungsempfänger (VN) die Täuschung verübt, so kann dann nicht angefochten werden, wenn dieser „Dritter“ ist. Dritter ist (nur), wer am Rechtsgeschäft nicht beteiligt ist. Begriff des „Dritten“ wird grds. **eng ausgelegt** (BGHZ 20, 36 = NJW 1956, 705; OLG Dresden r+s 2018, 302 Rn. 34 mwN).



BGH Urt. vom 21. 6. 1974, V ZR 15/73, NJW 1974, 1505). **Ein am Zustandekommen eines Vertrages Beteiligter ist dann nicht als Dritter anzusehen, wenn sein Verhalten dem des Anfechtungsgegners gleichzusetzen ist** (vgl. BGHZ 33, 302; BGH Urt. vom 20. 6. 1962, V ZR 209/60, NJW 1962, 1907; Urt. vom 26. 9. 1962, VIII ZR 103/62, NJW 1961, 811; Urt. vom 5. 4. 1965, VIII ZR 182/63, MDR 1965, 653; Urt. vom 6. 7. 1978, III ZR 63/76, NJW 1978, 2144; Urt. vom 8. 2. 1979, III ZR 2/77, NJW 1979, 1593). Das gilt insbes. für den vom Erklärungsempfänger beauftragten **Verhandlungsführer oder Verhandlungsgehilfen**, der wegen seiner engen Beziehungen zum Erklärungsempfänger als dessen Vertrauensperson oder Repräsentant auftritt (vgl. BGHZ 33, 302, 310; BGHZ 47, 224, 230). **Ob diese Voraussetzungen vorliegen, ist in jedem Einzelfall unter Würdigung der Gesamtumstände und der Interessenlage festzustellen** (st. Rspr., z. B. BGHZ 47, 224, 229; BGH Urt. v. 26. 9. 1962 – VIII ZR 113/62 = NJW 1962, 2195 = WM 1962, 1194 – und vom 8. 2. 1979 – III ZR 2/77 = NJW 1979, 1593 = WM 1979, 429 unter II 3; BGH, Urt. v. 28. 9. 1988 – VIII ZR 160/87 –, Rn. 28, juris). Werden diese Maßstäbe an das Handeln und Auftreten der Streithelferin zu 2

- Dritter ist damit nur der am Geschäft Unbeteiligte, wer dagegen **im Lager des Erklärungsempfängers** steht, ist im Zweifel nicht Dritter. Insbes. ist auch nicht als Dritter anzusehen, wer maßgeblich am Zustandekommen des Vertrags mitgewirkt hat

- Unabhängig davon, ob der VN das Verhalten seines Vaters im Einzelnen kannte oder gar billigte, war dieser schon deshalb nicht als „unbeteiligter Dritter“ anzusehen, weil er nach eigenem Bekunden ein **großes Interesse** daran hatte, seinen **Sohn bestmöglich abzusichern** und nach eigener Aussage alles für ihn zu tun bereit war, was angesichts der Krankheitsgeschichte des VN auch ohne Weiteres nachvollziehbar erscheint. Darüber hinaus hat der Vater des VN die **Antragsgespräche geführt, die Gesundheitsfragen für den VN beantwortet** und damit maßgeblich zur Annahme des Vertrages beigetragen. Die Folge ist aber, dass der VN sich das Verhalten seines Vaters zurechnen lassen muss und die auf dessen Täuschung beruhende Vertragsannahme wirksam anfechtbar war.

**OLG Hamm,
Urteil vom 4.4.2025 -
20 U 33/21,
NJW-RR 2025, 808**

**Arglistanfechtung
(Begründungspflicht?)**

Sachverhalt:

Der VN macht Ansprüche aus einer Berufsunfähigkeitsversicherung geltend. Dieser liegt ein Antrag vom 6.3.2010 zugrunde, der vom VN und dem Vermittler S unterzeichnet ist. Die im Antragsformular u.a. gestellte Frage D3

„Wurden für Sie bereits Berufs-, Erwerbsunfähigkeits- oder Pflegerenten (-zusatz) versicherungen bei anderen Lebensversicherungsunternehmen abgeschlossen oder sind solche Anträge in den letzten 5 Jahren – auch gleichzeitig mit diesem Antrag – gestellt worden (Angabe jährliche AVB-BU-/EU-/Pflegerente unter Erläuterungen)?“

ist durch Ankreuzen bejaht. In dem dafür vorgesehenen Feld heißt es weiter: *„D3 Antrag bei B. gestellt im Juni 2009, Vertrag wurde widerrufen, kam somit nicht zustande.“*

Tatsächlich hatte der VN einen Vertrag bei der B. beantragt, der aber nach ärztlicher Stellungnahme nur mit einem Leistungsausschluss für WS-Erkrankungen angenommen wurde. Unter Einschaltung des S widersprach der VN dem Zustandekommen dieses Vertrags. Weitere, vom jeweiligen VR abgelehnte Anträge auf Abschluss einer BU-Versicherung stellte der VN bei drei Gesellschaften in den Jahren 2006, 2007 und 2009.

Im Jahr 2014 macht der VN Ansprüche aus der BU-Versicherung geltend. Nach Leistungsprüfung erklärt der VR im Dezember 2014 mit zwei Schreiben, deren Zugang jeweils streitig ist, den Rücktritt vom Vertrag. Mit Schreiben vom 3.2.2015 wiederholt der VR den Rücktritt und erklärt außerdem die Anfechtung wegen arglistiger Täuschung. Zur Begründung verweist er darauf, der VN sei - entgegen der im Antragsformular weiter gemachten Angaben - am 8.5.2006 wegen Skoliose der BWS und Schmerzen und am 31.5.2006 wegen degenerativer Veränderungen der BWS mit rechtskonvexer Skoliose behandelt worden.

Das Landgericht hat die Klage abgewiesen.
Die dagegen gerichtete Berufung hatte teilweise Erfolg.
Der VR habe sich nicht mit Erfolg durch Rücktritt oder Anfechtung vom Vertrag lösen können
[,habe den VN aber wirksam auf eine neue Tätigkeit verwiesen].

➤ Entscheidung des OLG:

- **Anfechtung vom 3.2.2015 (§ 22 VVG iVm § 123 Abs. 1 Alt. 1 BGB) nicht wirksam.**
 - VN hat im Antragsformular lediglich **objektiv falsche Angaben zu früheren Anträgen** auf Abschluss von BU-Versicherungen bei anderen Versicherern gemacht; die sonstigen Fragen im Antragsformular hat er nicht objektiv unwahr beantwortet *[wird ausgeführt]*.
 - Soweit VR in der Klageerwiderung einwendet, VN habe trotz eines damaligen GdB von 30 die unter D2 gestellte **Frage nach einem Schwerbehindertenausweis** verneint, so ist beides richtig, führt aber nicht zu falschen Antworten auf die gestellten Fragen. Denn VR fragt unter D2 nicht nach einem anerkannten GdB, sondern ausdrücklich nach einem „Schwerbehindertenausweis“ und bittet lediglich in diesem Zusammenhang um die Angabe des Prozentsatzes und weitere Erläuterungen. Ein „Schwerbehindertenausweis“ wird aber erst ab einem GdB von 50 ausgestellt.

- **Frage nach anderweitig abgeschlossenen oder beantragten BU-Versicherungen in den letzten 5 Jahren** hat VN zwar durch Ankreuzen bejaht, in dem handschriftlichen Zusatz bei den geforderten Erläuterungen aber lediglich den abgeschlossenen und dann wieder aufgelösten Vertrag bei der B im Jahr 2009 angegeben. Tatsächlich gab es neben dem vom VN im Antrag offenbarten Vertrag noch weitere Anträge. Ob der VN die Frage nach Anträgen bei anderen Versicherern auch im Hinblick auf den abgeschlossenen und sodann wieder aufgelösten Vertrag bei der B verkürzt und damit falsch beantwortet hat, bedarf keiner Entscheidung.
- Ebenfalls bedarf es keiner Entscheidung, ob der VN – wie von ihm behauptet – von dem ihn als **Makler** unterstützenden S in diesem Zusammenhang mitgeteilt bekam, es komme nur auf den zeitlich letzten Antrag an. Möglicherweise hat ihm der Makler auch gesagt, dass er den Grund für den Widerspruch gegen den Vertrag bei der B nicht mitteilen müsse, was jeweils gegen Vorsatz und Arglist des VN sprechen würde. Schließlich ist auch nicht zu entscheiden, ob dem VN eine etwaige Arglist des Maklers zuzurechnen wäre.

- Anfechtung scheitert daran, dass sich VR nicht auf das Verschweigen der anderweitigen Versicherungsanträge stützt.
 - In § 22 VVG, der lediglich auf die Vorschriften über die Anfechtung im BGB verweist, ist zwar – anders als für den Rücktritt in § 21 Abs. 1 S. 2 VVG – keine Begründungspflicht für die Anfechtungserklärung normiert. Nach hA muss indes der **Anfechtungsgrund für den Anfechtungsgegner zumindest erkennbar** sein. Andere als die in der Anfechtungserklärung ausgedrückten Gründe kann der Anfechtende nur innerhalb der Anfechtungsfrist „nachschieben“ (Prölss/Martin/Armbrüster, VVG 32. Aufl. § 22 Rn. 33 mwN).
 - Da sich VR auf diese (ihm bekannten) Informationen nur als Beleg für frühere Behandlungen berief, ohne auch nur anzudeuten, dass er sich wegen der Existenz früherer Anträge bei anderen Versicherern getäuscht oder auch nur irritiert fühlte, konnte der VN das Anfechtungsschreiben nur so verstehen, dass die anderweitigen Anträge als solche keine Rolle für die Willensbildung des VR spielten.

**OLG Dresden,
Beschluss vom 21.3.2024 -
4 U 1975/23,
VersR 2024, 923**

**Spontane
Anzeigeobliegenheit**

Sachverhalt:

Der VN begehrt mit seiner Klage die Feststellung des Fortbestands einer bei dem bekl. VR im Jahr 2015 genommenen BUZ.

In der zugrunde liegenden Vorschlagsanforderung finden sich keine Gesundheitsfragen. Stattdessen enthält der Antrag eine bereits vorgedruckte Erklärung, deren Richtigkeit der VN durch Ankreuzen des dafür vorgesehenen Kästchens bestätigt. Diese Erklärung hat folgenden Wortlaut:

„Hiermit erkläre ich,

- dass ich zur Zeit voll arbeitsfähig bin und dass ich in den letzten 2 Jahren nicht länger als 2 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig war und
- dass in diesem Zeitraum auch keine der folgenden Erkrankungen bei mir festgestellt oder behandelt wurde: Herz-Kreislaufkrankungen, Krebs, Schlaganfall, Nierenversagen, Zucker und Lebererkrankungen, psychische Erkrankungen, HIV-Infektion/Aids, Erkrankungen oder Beschwerden des Bewegungsapparates (z.B. Rücken, Knie, Hüfte).“

Der VR übersendet nach der Vorschlagsanforderung ein Angebot/Versicherungsschein.

Im Juli 2022 beantragt der VN mit der Begründung, dass er an M. Parkinson leide, Leistungen aus der Versicherung. Der VR lehnt seine Leistungspflicht mit Schreiben vom 24.8.2022 ab und erklärt die Arglistanfechtung. Zur Begründung verweist er darauf, dass der VN die Gesundheitserklärung falsch beantwortet habe, da er vorbestehende Beweglichkeitsstörungen des rechten Arms bzw. des rechten Beins nicht angegeben habe, die bereits 2015 (vor Abgabe der Erklärung des VN) als idiopathisches Parkinsonsyndrom diagnostiziert worden seien.

Die Klage bleibt in beiden Tatsacheninstanzen erfolglos.

Die spontane Anzeigepflicht

- Höchststrichterlich (nach wie vor) nicht geklärt ist die Frage, ob eine Arglistanfechtung möglich ist, wenn der VR nach dem „verschwiegenen“ Gefahrumstand nicht gefragt hat, ob also auch nach neuem Recht eine spontane Anzeigepflicht (vgl. § 18 VVG a.F.) des VN in Betracht kommt.
 - BT-Drs. 16/3945 S. 64:
 - „Das Verschweigen eines gefahrerheblichen Umstandes, den der VR nicht oder nur mündlich abgefragt hat, kann bei Arglist des VN ein Anfechtungsrecht des VR nach § 123 BGB begründen.“
 - Problem: Eine Pflicht, den Gefahrumstand zu offenbaren, lässt sich dem § 19 Abs. 1 VVG gerade nicht entnehmen.

Der Meinungsstand

DGL WIGIMU8229UD

Für eine Arglistanfechtung ist kein Raum.

Spontane Offenbarungspflicht aus Treu und Glauben in sehr restriktiv zu handhabenden Ausnahmefällen, die sich auf die Mitteilung außergewöhnlicher und besonders wesentlicher Informationen bezieht, welche das Aufklärungsinteresse des VR so grundlegend berühren, dass sich dem VN ihre Mitteilungsbedürftigkeit aufdrängen muss. Um die mit § 19 Abs. 1 VVG bezweckte Abschaffung der spontanen Anzeigepflicht nicht zu unterlaufen, Beschränkung auf solche Gefahrumstände, die so selten und fernliegend sind, dass dem VR nicht vorzuwerfen ist, sie nicht abgefragt zu haben.

Aufklärungspflicht auch dann, wenn Umstände betroffen, die nach Einschätzung des VN trotz unterbliebener Frage gefahrerheblich.

Rixecker, ZfS 2008, 340;
unklar OLG Düsseldorf r+s 2010, 326

Knappmann, VersR 2011, 724, 726; ders. in VersR-Hdb., 3. Aufl. § 14 Rn. 150;
so auch OLG Hamm VersR 2015, 1551;
Beschl. v. 10.7.2019 - 20 U 72/19, juris Rn. 16;
OLG Celle r+s 2016, 500; enger MünchKomm-VVG/Bußmann, 3. Aufl. § 22 Rn. 17: „gravierende, auf der Hand liegende Umstände“

Armbrüster in Prölss/Martin, VVG, 31. Aufl. § 22 Rn. 3 mwN; Langheid in Langheid/Rixecker, VVG 7. Aufl. § 22 Rn. 2

➤ Entscheidung des OLG: Arglistanfechtung greift durch!

- **Aber:** VN war nicht verpflichtet, seine unstreitig bereits diagnostizierte Parkinson-Erkrankung als neurologische Erkrankung im Rahmen einer spontanen Anzeigepflicht anzugeben, denn der VR hat hiernach nicht in Textform gefragt (§ 19 Abs. 1 S. 1 VVG).
 - Zwar kann sich über die Anzeigepflicht hinaus aus **Treu und Glauben** auch eine Aufklärungspflicht des VN in Bezug auf nicht oder nicht ordnungsgemäß in Textform erfragte Umstände ergeben. Grds. darf sich aber der VN darauf verlassen, dass der VR die aus seiner Sicht gefahrerheblichen Umstände erfragt. Es kann dem VN daher in der Regel nicht als Verstoß gegen Treu und Glauben angelastet werden, wenn er den Fragenkatalog des VR als abschließend ansieht und keine weitergehenden Überlegungen dazu anstellt, welche Umstände für den VR darüber hinaus von Interesse sein könnten.

- Nach der gesetzlichen Wertung obliegt zunächst dem VR die Mitteilung der Umstände, die er für gefahrerheblich ansieht. **Eine spontane Anzeigepflicht besteht daher nur bei Umständen, die zwar offensichtlich gefahrerheblich, aber so ungewöhnlich sind, dass eine auf sie abzielende Frage nicht erwartet werden kann** (vgl. OLG Celle VersR 2017, 211). Diese Umstände bestehen bei neurologischen Erkrankungen, zu denen auch Parkinson gehört, gerade nicht, da diese nicht ungewöhnlich sind.
- Darüber hinaus bezieht sich die Erklärung, deren Abgabe der VR in dem Versicherungsantrag verlangt hat, auf unterschiedliche Krankheitsbilder, darunter aber nicht Erkrankungen des Nervensystems. Der VN musste daher nicht davon ausgehen, dass er ungefragt Angaben zum Parkinson als neurologische Erkrankung zu machen hatte.

- Denn die Gestaltung der Erklärungen war für den durchschnittlichen VN, auf dessen Sicht es insoweit ankommt, so zu verstehen, dass den VR eine entsprechende Erkrankung dann nicht interessierte, wenn die vorformulierte Erklärung abgegeben werden konnte.
- Der VR konnte umgekehrt nicht erwarten, dass Fragen, die er nur unter bestimmten Umständen stellte, durch Antragsteller von sich aus auch dann beantwortet würden, wenn die entsprechenden Voraussetzungen nicht vorlagen.

- S. insoweit auch LG Wiesbaden VersR 2023, 169.
- Anders LG Heidelberg ZfS 2017, 275 m. abl. Anm. Rixecker sowie abl. Anm. Schimikowski, jurisPR-VersR 1/2017 Anm. 5; ähnlich aber LG Aachen r+s 2017, 180.
- S. dazu - nachgehend - OLG Karlsruhe VersR 2018, 866 m. abl. Anm. Neuhaus;
zust. dagegen Piontek, r+s 2019, 1:
 - Keine Täuschung durch Nichtangabe einer diagnostizierten MS, da angesichts der Fragestellung des VR keine Pflicht zur Angabe dieser Erkrankung bestand. Das „arglistige“ Verschweigen eines nicht anzeigepflichtigen Umstands stellt keine Täuschung im Sinne des Gesetzes dar.

➤ Entscheidung des OLG (II):

- Gleichwohl hat VN bei der Beantwortung der Gesundheitsfragen die ihm obliegenden Offenbarungspflichten objektiv verletzt und den VR insoweit über seinen Gesundheitszustand arglistig getäuscht.
 - **Denn:** Der VR hat im Formular auch nach „Erkrankungen oder Beschwerden des Bewegungsapparates“ gefragt; solche hat der VN aber wissentlich verschwiegen. Denn ausweislich des Arztberichts vom 2.6.2015 lagen bei dem VN seit 2013 bemerkbare und sich seither schleichend verstärkende Beschwerden im rechten Arm und im rechten Bein im Sinne einer verminderten Beweglichkeit und Unterbrechungen bei feinmotorischen Bewegungen sowie ein Rigor im rechten Handgelenk und Ellbogengelenk vor.

**BGH,
Urteil vom 25.9.2024 -
IV ZR 350/22,
BGHZ 241, 362 = r+s 2024, 953
= VersR 2024, 1482**

Sicherheitsobliegenheit

Sachverhalt:

Der VN macht gegen die bekl. VR (Konsortium) Ansprüche aus einer Wohngebäudeversicherung geltend, der die VGB 2014 zugrunde liegen.

Im September 2018 hatte ein Brand Teile des versicherten Gebäudes zerstört. Ausgangspunkt dieses Brandes war ein vom VN an der Hausfassade errichteter und mit einer Holzkonstruktion ummantelter - entgegen § 40 Abs. 6 LBauO nicht vom zuständigen Schornsteinfeger abgenommener - Pizzaofen.

Die VR werfen dem VN dieserhalb einen vorsätzlichen Verstoß gegen Sicherheitsvorschriften durch die Inbetriebnahme des Ofens ohne Abnahme vor. Ferner berufen sie sich auf Leistungsfreiheit wegen einer arglistigen Verletzung der Aufklärungspflicht.

Bedingungslage



"B § 8 Obliegenheiten des Versicherungsnehmers

1. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalls

a) Vertraglich vereinbarte Obliegenheiten, die der Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalls zu erfüllen hat, sind

aa) die Einhaltung aller gesetzlichen, behördlichen sowie vertraglich vereinbarten Sicherheitsvorschriften (siehe A § 17)"

"A § 17 Vertraglich vereinbarte, besondere Obliegenheiten des Versicherungsnehmers vor dem Versicherungsfall, Sicherheitsvorschriften

1. Sicherheitsvorschriften

Als vertraglich vereinbarte, besondere Obliegenheiten hat der Versicherungsnehmer ..."

➤ Entscheidung des OLG:

- Keine Verletzung der Obliegenheit aus B § 8 Nr. 1 a) aa) VGB 2014. **Klausel** ist aufgrund ihrer für einen durchschnittlich verständigen VN unüberschaubaren Reichweite **intransparent** und damit unwirksam.
- Und: Keine arglistige Obliegenheitsverletzung, weil VN (wahrheitswidrig) angegeben hat, der Schornsteinfeger habe erklärt, den Ofen nach einer ersten Besichtigung während der Errichtung nicht noch einmal in Augenschein nehmen zu wollen. Es fehlt an Indizien dafür, dass der VN mit seiner Falschangabe das Regulierungsverhalten der VR habe beeinflussen wollen. Eine vorsätzliche Obliegenheitsverletzung kann ebenfalls mangels entsprechender Anhaltspunkte nicht festgestellt werden.

Grobe Fahrlässigkeit werde zwar zulasten des VN vermutet, die Obliegenheitsverletzung sei aber weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des VR ursächlich.

➤ Entscheidung des BGH: Aufhebung und Zurückverweisung

- Ob eine Klausel in AVB, die dem VN die Einhaltung aller gesetzlichen, behördlichen sowie vertraglich vereinbarten Sicherheitsvorschriften auferlegt, dem Transparenzgebot genügt, ist allerdings umstritten.
 - Überwiegende Ansicht hält Klausel für wirksam
(s. OLG Hamm r+s 2021, 459 Rn. 33 ff.; OLG Celle VersR 2010, 666; OLG Zweibrücken VersR 2010, 664; ausdrücklich: Langheid/Rixecker/Rixecker, VVG 7. Aufl. § 28 Rn. 21; Schimikowski in FS Langheid, 2022, S. 423, 429 f.; Günther, jurisPR-VersR 1/2018 Anm. 2).
 - Gegenansicht hält Klausel für zu **unbestimmt** und damit intransparent (KG r+s 2022, 693 Rn. 4; OLG Schleswig VersR 2019, 1557 m. zust. Anm. Marlow; BeckOK VVG/Marlow, § 28 Rn. 17.1; VersR-Hdb./Marlow, 3. Aufl. § 13 Rn. 9; Jula, Betriebsunterbrechungsversicherung FBUB § 8.B Rn. 9).

- Klausel genügt Anforderungen des **Transparenzgebots (§ 307 Abs. 1 S. 2 BGB)**.
 - Allerdings: **Bestimmtheitsgebot** kommt bei der Vereinbarung von Obliegenheiten wegen der einschneidenden Wirkung der Leistungsfreiheit besondere Bedeutung zu. Die Versicherungsbedingungen müssen erkennen lassen, was der VN im Einzelnen zu tun oder zu unterlassen hat, um seinen Anspruch auf die Versicherungsleistung nicht zu gefährden (BGHZ 223, 57 Rn. 19).
 - Ein **durchschnittlicher, um Verständnis bemühter VN** entnimmt der Klausel, dass er zum Erhalt seines Versicherungsschutzes vor Eintritt des Versicherungsfalles vertraglich vereinbarte Obliegenheiten zu erfüllen hat. B § 8 Nr. 1 a) aa) VGB 2014 verdeutlicht ihm, dass zu diesen vertraglich vereinbarten Obliegenheiten die Einhaltung bestimmter Sicherheitsvorschriften gehört, die **verschiedenen Ursprungs**, nämlich gesetzlicher, behördlicher und vertraglicher Natur, sein können.

- Keine Schwierigkeiten bereitet dem durchschnittlichen VN das Verständnis der sich für ihn aus vertraglich vereinbarten Sicherheitsvorschriften ergebenden Rechte und Pflichten. Nähere Angaben zu solchen Sicherheitsvorschriften erwartet er schon nach dem **Bedingungswortlaut und dem ihm erkennbaren Sinnzusammenhang** im Versicherungsvertrag und damit in den diesem Vertrag zugrunde liegenden AVB. Nimmt der VN, dem Verweis in B § 8 Nr. 1 a) aa) VGB 2014 folgend, die Regelungen in A § 17 VGB 2014 in den Blick, bestätigt sich ihm aus Überschrift und Wortlaut dieser Klausel, dass dort vertraglich als Obliegenheit vereinbarte Sicherheitsvorschriften aufgeführt sind. Zweifel an der Reichweite dieser Bezugnahme ergeben sich für ihn nicht.
- Aber auch die Bezugnahme auf gesetzliche und behördliche Sicherheitsvorschriften in B § 8 Nr. 1 a) aa) VGB 2014 ist nicht intransparent.

- Für einen durchschnittlichen VN sind gesetzliche und behördliche Sicherheitsvorschriften **rechtlich verbindliche Anordnungen staatlichen Ursprungs, die gerade das versicherte Risiko vor einer versicherten Gefahr schützen sollen.**
- Unter welchen Voraussetzungen eine rechtlich verbindliche Anordnung zu einer bedingungsgemäßen Sicherheitsvorschrift wird, ist für einen durchschnittlichen VN ausreichend erkennbar.
Unter Sicherheitsvorschriften versteht der durchschnittliche VN ... allein solche Anordnungen, die gerade das versicherte Risiko vor einer versicherten Gefahr schützen sollen. Das sind nur Vorschriften, die bezwecken, den Eintritt des Versicherungsfalles mindestens zu erschweren, und dazu bei abstrakter, vom Einzelfall losgelöster Betrachtung auch geeignet sind.
- Ausdrücke „gesetzlich“ und „behördlich“ verweisen den durchschnittlichen VN auf einen öffentlich-rechtlichen Ursprung der Sicherheitsvorschriften.

- In **zeitlicher Hinsicht** bleibt nicht unklar, welche gesetzlichen oder behördlichen Sicherheitsvorschriften zu beachten sind. Zwar lässt der Wortlaut von B § 8 Nr. 1 a) aa) VGB 2014 offen, ob nur diejenigen gesetzlichen oder behördlichen Sicherheitsvorschriften erfasst sind, die bei Abschluss des Versicherungsvertrages gegolten haben, oder ob auch nach Vertragsschluss eintretende Änderungen an bestehenden Vorschriften oder neu hinzukommende Sicherheitsvorschriften beachtet werden müssen. Dem **Sinn und Zweck** der Obliegenheit entnimmt ein durchschnittlicher VN aber, dass es sich bei B § 8 Nr. 1 a) aa) VGB 2014 um eine dynamische Verweisung handelt.
- **Denn:** Den bezweckten Schutz der versicherten Sache gewährt die Obliegenheit für den durchschnittlichen VN erkennbar nur dann lückenlos, wenn sie den VN auch zur Beachtung geänderter oder neu hinzukommender Sicherheitsvorschriften anhält. Ein VR, der seine Leistungspflicht an das Einhalten gesetzlicher oder behördlicher Sicherheitsvorschriften knüpft, möchte für die versicherte Gefahr nur bei Beachtung der jeweils geltenden Anordnungen eintreten. Dies bestätigt den VN in seiner Annahme eines Gleichlaufs zwischen den für ihn geltenden öffentlich-rechtlichen Anordnungen und der vertraglichen Obliegenheit.

- So verstanden ist der Inhalt der Obliegenheit **ausreichend bestimmt**:
 - Die Verweisung auf Sicherheitsvorschriften außerhalb der AVB steht der Bestimmtheit der Klausel nicht entgegen. Eine Obliegenheit des VN kann nicht in jedem Fall so konkret gefasst werden, dass sie jede erdenkliche Situation in ihrem Anwendungsbereich genau beschreibt. Ohne Verweisungen können allzu detaillierte, unübersichtliche, nur schwer durchschaubare oder auch unvollständige Klauselwerke entstehen, die ihrerseits den Interessen der VN abträglich wären.
 - Auch eine **dynamische Verweisung** auf ein anderes Regelwerk stellt an sich keine unangemessene Benachteiligung dar. Sie **muss** allerdings **eindeutig als solche erkennbar sein**, weil mit ihr dem Vertragspartner das Risiko zukünftiger Rechtsänderungen aufgebürdet wird, so dass er den Umfang der auf ihn zukommenden Belastungen anhand der bei Vertragsschluss geltenden Vorschriften nicht ermitteln kann.

- B § 8 Nr. 1 a) aa) VGB 2014 führt dem durchschnittlichen VN auch hinreichend deutlich vor Augen, **welche** Vorschriften er als gesetzliche oder behördliche Sicherheitsvorschriften zu beachten hat, um den Versicherungsschutz nicht zu gefährden. Bei richtigem Verständnis verbleibt ihm **kein** zur Intransparenz führender **ungerechtfertigter Beurteilungsspielraum**.
- Verweisung ist auch nicht deshalb intransparent, weil sich der Inhalt der in Bezug genommenen Sicherheitsvorschriften aus B § 8 Nr. 1 a) aa) VGB 2014 selbst nicht ergibt. Grundsätzlich genügt es, dass der **Text der Vorschrift**, auf die verwiesen wird, **für jedermann ohne weiteres zugänglich** ist. Eine lediglich präzisierende Verweisung begründet deshalb regelmäßig keinen Verstoß gegen das Transparenzgebot.

Zusätzlich den Abdruck oder die Aushändigung von Vorschriften zu verlangen, die der VN unschwer einsehen kann, überspannte die Anforderungen an das Verständlichkeitsgebot.

- Und: Berufungsgericht hat auch Arglist des VN hinsichtlich seiner Falschangabe mit einer unzureichenden Begründung verneint. Will der VR den ihm obliegenden Nachweis führen, der VN habe ihm gegenüber arglistig falsche Angaben gemacht, so trifft, wenn - wie hier - objektiv falsche Angaben vorliegen, den VN eine **sekundäre Darlegungslast**. Er muss plausibel darlegen, wie und weshalb es zu den objektiv falschen Angaben gekommen ist. Erst wenn er ihn entlastende Umstände vorträgt, ist es Sache des VR, diese zu widerlegen.

**OLG Brandenburg,
Beschluss vom 2.4.2025 -
11 U 183/24,
r+s 2025, 591 m. abl. Anm. Felsch**

**Anzeigeobliegenheit nach
Arglistanfechtung des VR?**

Sachverhalt:

Der VN begehrt vom bekl. VR, bei dem er eine Wohngebäude- und Hausratversicherung hält, Entschädigungsleistungen aus einem Leitungswasserschaden.

Nach Meldung eines ersten LW-Schadens aus August 2018 erklärt der VR im Februar 2019 die Anfechtung des Vertrages wegen arglistiger Täuschung. Eine nachfolgende Klage des VN hat Erfolg. Das Landgericht verurteilt den VR im August 2020 - rechtskräftig - zur Erbringung von Leistungen und stellt fest, dass der Vertrag nicht durch die Anfechtung nichtig sei.

Im November 2020 zeigt der VN dem VR einen weiteren LW-Schaden aus August 2019 an. Er habe diesen nicht früher angezeigt, weil er den damals laufenden Prozess um den ersten Versicherungsfall und um die Wirkung der Anfechtungserklärung nicht habe „gefährden“ oder „belasten“ wollen. Der VR hält sich wegen Verletzung der Anzeigeobliegenheit für leistungsfrei.

➤ Entscheidung des OLG: Arglistige Verletzung der Anzeigepflicht

- Obliegenheit bestand im August 2019, da Anfechtungserklärung den Vertrag (s. § 28 Abs. 2 S. 1 VVG: „Bestimmt der Vertrag ...“) nicht beendet hatte.
- Konstellation unterscheidet sich maßgeblich von jener, in der ein VR nach der an ihn gerichteten Anzeige des Versicherungsfalles die Leistung ablehnt und damit zu erkennen gibt, auf die pflichtgemäßen Mitteilungen des VN nicht mehr angewiesen zu sein (BGH r+s 2013, 273 Rn. 18).

a) Nach st. Rspr. des Senats hat ein VN nach dem VersFall Aufklärungs- oder Auskunftspflichten nur solange zu erfüllen, wie er es mit einem Versicherer zu tun hat, der noch prüfungs- und damit verhandlungsbereit ist. Mit der endgültigen Leistungsablehnung des Versicherers enden, solange der Versicherer an ihr festhält, die Verhandlungen über eine Entschädigungsleistung, während derer der Versicherer auf Angaben eines redlichen VN angewiesen ist. Nur bis zu der Erklärung, die Leistung abzulehnen, besteht mithin die besondere Schutzbedürftigkeit des Versicherers, der im VersRecht mit der – dem übrigen Schuldrecht unbekannten – Sanktion der Leistungsfreiheit wegen schuldhaft begangener Pflichtenverletzungen Rechnung getragen werden darf (vgl. nur Senatsurt. vom 7. 6. 1989 – IVa ZR 101/88, BGHZ 107, 368, 370f. m.w.N. = r+s 1998, 296). 18

- VN hat sich im August 2019, als er meinte, ein (weiterer) Versicherungsfall sei eingetreten, zwar der zuvor erklärten Auffassung des VR gegenübergesehen, ein Versicherungsvertrag bestehe wegen der erklärten Anfechtung nicht. Aber er hatte bereits um Rechtsschutz gegen diese von ihm für unrichtig gehaltene Auffassung nachgesucht und auf die Feststellung geklagt, der Versicherungsvertrag sei nicht wegen der Anfechtungserklärung nichtig.
- Sein Verhalten, den weiteren Versicherungsfall nicht anzuzeigen, erweist sich als nicht folgerichtig, sondern als (grob) **widersprüchlich** am Maßstab der eigenen, zuvor vertretenen Ansicht. VN muss sich an seinem früheren Verhalten – Klage auf Wirksamkeit des Vertrages – festhalten lassen und darf nach Treu und Glauben (§ 242 BGB) keine Vorteile aus der später vertretenen gegenteiligen Ansicht ziehen, der Vertrag habe wegen der Anfechtungserklärung keine Obliegenheiten auslösen können. Dieses Verhalten steht nicht nur im Widerspruch zu der erhobenen Klage, sondern es ist auch in sich widersprüchlich, weil der VN zugleich die Obliegenheit wegen der Anfechtung in Frage stellt und die Leistung wegen des zweiten Versicherungsfalles aus dem Vertrag verlangt, der indes unangefochten gelten muss, um als Anspruchsgrundlage dienen zu können.

- Der VN hat nicht nur erst die Nichtigkeit bestritten (Klage) und danach die Gültigkeit in Frage gestellt (keine Obliegenheit), sondern er hat sich in einen unauflöslichen Widerspruch verstrickt, indem er jetzt, in diesem Rechtsstreit, einerseits den VR an seiner Anfechtung festhalten möchte, die dazu führen soll, Obliegenheiten seien nicht entstanden, und ihn andererseits auf eine Leistung in Anspruch nimmt, die voraussetzt, die Anfechtung sei unwirksam und der Vertrag unanfechten gültig.
- Der VN durfte sich nicht darauf verlassen, der VR habe mit der Anfechtungserklärung Leistungen für alle künftigen Versicherungsfälle von vornherein abgelehnt, sondern er hätte die Auswirkungen seines eigenen Verhaltens auf die Rechtsposition des VR berücksichtigen müssen. Weil der VN die Wirkung der Anfechtungserklärung mit einer Klage angegriffen hatte, hätte er dem VR die Gelegenheit geben müssen, seine Rechtsposition auf die Möglichkeit eines Erfolgs dieser Klage einzurichten. Dazu war es erforderlich, auf einen neuen Versicherungsfall die Regeln des für gültig gehaltenen Versicherungsvertrages anzuwenden und die Obliegenheiten zu beachten, die dazu dienen, dem VR die Gelegenheit zu geben, seine Rechte so auszuüben, als müsse sie nach dem Erfolg der gegen die Anfechtungswirkung gerichteten Klage weitere Versicherungsleistungen erbringen.

- Angabe des VN, er habe aber den damals laufenden Prozess um den zuvor gemeldeten Versicherungsfall und um die Wirkung der Anfechtungserklärung nicht „gefährden“ oder „belasten“ wollen, indem er einen weiteren Versicherungsfall melde und dadurch „möglicherweise ... die Entscheidung über eine etwaige Berufung“ des VR gegen ein ihm ungünstiges Urteil beeinflusse, kann nur so verstanden werden, dass es dem VN gleichgültig war, ob die von ihm in Betracht gezogene Obliegenheit besteht oder nicht; er wollte sie keinesfalls sogleich nach ihrem Entstehen, sondern allenfalls später erfüllen, um seine Prozessaussichten nicht zu gefährden.
- Mit dieser Schilderung seiner Beweggründe offenbart der VN zugleich seine Arglist, die ihm einen etwaigen Kausalitätsgegenbeweis abschneidet.

➤ Dazu Felsch aaO:

- In der Rspr. ist seit langem geklärt, dass die Obliegenheitsbindung des VN endet, wenn eine Obliegenheit bezweckt, den VR darin zu unterstützen, die für seine Entscheidung maßgeblichen Umstände zu ermitteln, und der VR unmissverständlich zu erkennen gibt, dass er den Sachverhalt nicht prüfen wolle.
- Das beschränkt sich nicht auf Fälle, in denen der VR seine Leistungspflicht nach konkreter Leistungsprüfung verneint, sondern kann auch dann der Fall sein, wenn der VR der Auffassung ist, den Vertrag ohnehin wirksam angefochten zu haben und deshalb zu keinerlei Versicherungsleistung verpflichtet zu sein.
- Die Wahrnehmung von Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles soll nämlich nur dazu dienen, dem erfüllungsbereiten VR die Prüfung seiner Leistungspflicht zu ermöglichen und zu erleichtern.

**AG Pasewalk,
Urteil vom 25.1.2024 -
102 C 131/22,
BeckRS 2024, 7426**

**Obliegenheitsbindung trotz
unterlassener
Bedingungsanpassung?**

Sachverhalt:

Der VR begehrt vom bekl. VN die Rückzahlung erbrachter Leistungen aus einer unter Geltung der AUB 2007 unterhaltenen Unfallversicherung.

Der VN war in der Silvesternacht 2020/21 - nach dem Konsum von Alkohol - gestürzt und hatte sich eine Fraktur zugezogen. Anlässlich seiner Aufnahme in ein Krankenhaus war dem VN um 7 Uhr des Neujahrstages eine Blutprobe entnommen worden, die eine BAK von 1,81 Promille ergeben hatte.

In der dem VR übersandten **Unfallanzeige** verneinte der VN die Frage, ob ihm nach dem Unfall eine Blutprobe entnommen worden sei und erklärte:

„Ich kam von draußen und wollte in die Garage.

Durch den Schneefall war es sehr glatt und ich bin ausgerutscht.“

Der VR erbrachte Leistungen in Höhe von 800 €, die er zurückfordert. Er beruft sich auf eine alkoholbedingte Bewusstseinsstörung und auf Leistungsfreiheit wegen einer Obliegenheitsverletzung.

Der VN ist der Ansicht, die Frage nach einer „Blutentnahme nach dem Unfall“ richtig beantwortet zu haben. Die Blutentnahme sei erst 5 Stunden nach dem Unfall und nach zwischenzeitlich mehreren konsumierten hochprozentigen „Schnäppschen“ erfolgt. Er habe nach dem Sturz noch mehrere Gläser Wodka getrunken, um sich zu beruhigen.

Die Klage des VR hatte Erfolg.

Ziff. 7.2 AUB 2007

Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.

Ziff. 8 AUB 2007

Wird eine Obliegenheit nach Ziffer 7 vorsätzlich verletzt, verlieren sie Ihren Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir Sie durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Dies gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben ...

➤ Entscheidung des AG: Anspruch des VR „gem. §§ 812 ff. BGB“

- VR kann sich auf den Ausschluss gem. Ziff. 5.1.1 AUB 2007 berufen: alkoholbedingte Bewusstseinsstörung.
- Und: VR ist wegen **arglistiger Obliegenheitsverletzung** leistungsfrei.
 - Der VN hat die Obliegenheit zur wahrheitsgemäßen Abgabe von Erklärungen in der Schadenanzeige verletzt. **Die arglistige Verletzung dieser Obliegenheit führt zu einem Leistungsausschluss aufgrund Verwirkung gem. § 242 BGB.** Dass die Verletzung vertraglich vereinbarter Obliegenheiten im Falle arglistigen Verhaltens des VN zur Leistungsfreiheit führt, weil der arglistig Handelnde keinen Schutz verdient, folgt auch aus § 28 Abs. 2 S. 2 VVG, wonach Leistungsfreiheit bei Arglist selbst dann eintritt, wenn die Obliegenheitsverletzung weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich war.



→
OLG Frankfurt
NJW-RR
2022, 406

- Frage, ob „nach dem Unfall eine Blutprobe entnommen worden sei“, objektiv wahrheitswidrig mit „Nein“ beantwortet. Dass die Blutprobe nicht unmittelbar nach dem Unfall entnommen wurde, sondern dies erst gegen 7 Uhr geschah, ist unerheblich. Denn die Entnahme gegen 7 Uhr ist immer noch so rechtzeitig, dass eine Rückrechnung möglich wäre (auf die es vorliegend aber nicht ankommt). Auch ein Laie kann die [Frage] nur so verstehen, dass es auf Blutprobeentnahmen im Zusammenhang mit dem Unfall ankommt. Dieser Zusammenhang war um 7 Uhr noch nicht unterbrochen.

Arglist

- VN handelte **arglistig**. Für eine arglistige Täuschung ist eine Bereicherungsabsicht des VN nicht erforderlich. Arglistig handelt der VN bereits dann, wenn er sich bewusst ist, dass sein Verhalten den VR bei der Schadenregulierung möglicherweise beeinflussen kann. Es genügt das Bestreben, Schwierigkeiten bei der Durchsetzung auch berechtigter Deckungsansprüche zu beseitigen.
- Das Vorliegen der Arglist in Bezug auf die Beeinflussung des Regulierungsverhaltens ist als innere Tatsache vom VR nur im Wege des Indizienbeweises zu führen. Bei objektivem Vorliegen einer Falschangabe muss indes der VN im Rahmen seiner sekundären Darlegungslast eine plausible Erklärung dafür vortragen, wie und weshalb es zu den objektiv falschen Angaben gekommen ist.

- **Angabe des VN:** Ich wollte nichts verheimlichen. Ich bin ein einfacher Handwerker und habe bei den ganzen Unterlagen nicht mehr durchgesehen. **Gericht:** Keine plausible Erklärung. Es ist nicht glaubhaft, dass sich der VN oder seine Ehefrau (die die Anzeige ausgefüllt haben soll) nicht professionelle Hilfe geholt haben, wenn es Probleme beim Ausfüllen der Unterlagen gab. **Zudem:** Frage Ziff. 4.6 nach Einnahme von Alkohol, Drogen oder Medikamenten offengelassen. Bei „weiteren Unsicherheiten“ hätte man auch weitere Punkte offenlassen können.
- **Und:** Indem der VN zu Ziff. 4.6 keine Angaben bezüglich eines Alkoholgenusses gemacht hat, den Unfallhergang „vollkommen unverfänglich“ schilderte und es verneint hat, dass nach dem Unfall eine Blutprobe entnommen wurde, liegt das Bestreben, Schwierigkeiten bei der Durchsetzung seines vermeintlichen Deckungsanspruchs zu beseitigen offenkundig vor.

- OLG Frankfurt a.M., Urt. v. 21.9.2021 - 14 U 339/20, NJW-RR 2022, 406:

Sachverhalt:

Der VN begehrt vom bekl. VR aus Anlass eines Unfalls seiner mitversicherten Ehefrau (E) vom 16.7.2016 eine Invaliditätsleistung. Die chronisch alkoholkrankte E, die am Tag des Unfalls 65 Jahre alt war, stürzte mit dem linken Auge auf den Griff ihres Rollators. Bei der nachfolgenden Krankenhausbehandlung wurde bei E eine BAK von 2,6 Promille festgestellt. Aufgrund einer Berstung im linken Auge erblindete E in Folge des Unfalls vollständig und irreversibel.

Ziff. 2.1.2.1 AUB 2000

Die Invaliditätsleistung zahlen wir

- als Kapitalbetrag bei Unfällen der versicherten Person vor Vollendung des 65. Lebensjahres,
- als Rente nach Nr. 2.1.2.3 bei Unfällen nach diesem Zeitpunkt.

Die Parteien streiten, ob E im Unfallzeitpunkt alkoholisiert war oder die BAK auf einem Nachtrunk beruht. In der Schadensanzeige vom 21.8.2016, die eine Belehrung über die Folgen von Obliegenheitspflichtverletzungen enthält, bejahte VN die Frage, ob die verletzte Person in den letzten zwölf Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke, Medikamente oder Rauschmittel zu sich genommen habe, und gab an: „Blutdrucksenker, Sodbrennmittel, Bier“.

Die Frage, ob der verletzten Person eine Blutprobe entnommen worden sei, verneinte er. Die Frage nach Vorerkrankungen (vorbestehende Krankheiten oder Gebrechen) bejahte er und gab an: „Bluthochdruck, Rückenleiden“.

VR bat den VN um ergänzende Informationen, u.a. dazu, welche Menge an Bier in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall konsumiert worden sei. Hierauf antwortete VN: *„Am Vorabend des Unfalls haben wir den 65. Geburtstag meiner Frau gefeiert. Dort wurden einige Gläser Bier konsumiert.“*

VR lehnt die Erbringung von Leistungen unter Bezugnahme auf den Ausschluss gem. Ziff. 5.1.1 AUB 2000 ab. Ohnehin bestehe angesichts des Umstandes, dass die Ehefrau zum Unfallzeitpunkt bereits das 65. Lebensjahr vollendet hatte, kein Anspruch auf die geltend gemachte Kapitalleistung, sondern lediglich auf eine Rentenleistung, hinsichtlich derer der VN unter Berücksichtigung der vertraglichen Vereinbarungen substantiiert vortragen müsse, für welche Zeiträume und welcher Höhe er bereits fällig gewordene Rentenleistungen begehre.

Die Klage bleibt ohne Erfolg.

Ziff. 7.2 AUB 2000

Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.

Ziff. 8 AUB 2000

Wird eine nach Eintritt eines Unfalls zu erfüllende Obliegenheit verletzt, verlieren sie den Versicherungsschutz, es sei denn, Sie haben die Obliegenheit weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt. Bei grob fahrlässiger Verletzung behalten sie insoweit den Versicherungsschutz, als die Verletzung weder Einfluss auf die Feststellung des Leistungsfalls noch auf die Bemessung der Leistung gehabt hat. Bei vorsätzlicher Verletzung behalten Sie in diesen Fällen den Versicherungsschutz insoweit nur, wenn die Verletzung nicht geeignet war, unsere Interessen ernsthaft zu beeinträchtigen, oder wenn sie kein erhebliches Verschulden trifft.

➤ Entscheidung des OLG: Klagabweisung

- Rentenklausel ist wirksam. Sie ist nicht altersdiskriminierend, insbes. fällt sie nicht in den **zeitlichen Anwendungsbereich des AGG**. Dieser wird durch Übergangsbestimmungen in § 33 AGG geregelt, wobei § 33 Abs. 4 S. 1 AGG vorsieht, dass das zivilrechtliche Benachteiligungsverbot (§ 19 AGG) auf Schuldverhältnisse, die eine privatrechtliche Versicherung zum Gegenstand haben, nicht anzuwenden ist, wenn diese vor dem 22.12.2007 begründet worden sind.
- VR ist aber wegen **arglistiger Obliegenheitsverletzung** leistungsfrei.
- Allerdings: In Ziff. 8 AUB 2000 vorgesehene Sanktion ist - mangels Anpassung an das neue Recht (Art. 1 Abs. 3 EGVVG) - unwirksam (s. BGHZ 191, 159).

Hatte
sich VR
darauf
berufen?

- **Aber:** Arglistige Obliegenheitsverletzung führt nach **§ 242 BGB** zur Leistungsfreiheit wegen Verwirkung.
 - BGH hat zwar die Frage offengelassen, ob sich die Unwirksamkeit nur auf die Regelungen über die Sanktion einer Obliegenheitsverletzung oder auch auf die vertragliche Vereinbarung der Obliegenheiten als solche bezieht.
 - **OLG:** Unwirksamkeit des Sanktionensystems berührt die vertragliche Vereinbarung der einzelnen Verhaltensgebote, also Obliegenheiten, nicht (ebenso OLG Köln BeckRS 2014, 17044 Rn. 29; Armbrüster, VersR 2012, 9, 13; Günther/Spielmann, VersR 2013, 549; Neuhaus, MDR 2013, 1201, 1202; Pohlmann in Looschelders/Pohlmann, VVG 2. Aufl. Vorb. B Rn. 63; s. auch Wittchen, NJW 2012, 2480, 2482).

- Damit fortbestehende Obliegenheit des VN zur wahrheitsgemäßen Abgabe von Erklärungen in der Schadenanzeige führt zur Leistungsfreiheit des VR. Leistungsfreiheit des VR bei arglistiger Obliegenheitsverletzung steht als Ausdruck des allgemeinen Rechtsgedankens der Verwirkung (§ 242 BGB) und des Vertrauensverhältnisses zwischen VR und VN abseits der Regelungen des § 28 Abs. 2 VVG (OLG Köln aaO Rn. 30) und bedarf keiner weiteren vertraglichen Vereinbarung (BGH NJW-RR 1991, 1370 Rn. 15). Dass die Verletzung vertraglich vereinbarter Obliegenheiten im Falle arglistigen Verhaltens des VN - erst recht - zur Leistungsfreiheit führt, weil der arglistig Handelnde keinen Schutz verdient, folgt auch aus § 28 Abs. 2 S. 2 VVG, wonach Leistungsfreiheit bei Arglist selbst dann eintritt, wenn die Obliegenheitsverletzung weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des VR ursächlich war (so OLG Frankfurt a.M. BeckRS 2013, 15721 Rn. 47; nachgehend BGH, Beschl. v. 19.2.2014 - IV ZR 119/13, NZB zurückgewiesen).

- Hier: Frage nach Entnahme einer Blutprobe und nach Vorerkrankungen (Alkoholabusus!) wahrheitswidrig verneint.
 - **Arglist**: Hergang des Sturzes von E vollkommen unverfänglich geschildert. Hätte VN angeführt, dass diese chronisch alkoholkrank ist und bei der in zeitlicher Nähe zum Unfall erfolgten ärztlichen Blutuntersuchung ein Promillewert von 2,6 festgestellt wurde, hätte VR allen Anlass gehabt zu prüfen, ob die mitversicherte Ehefrau sich bereits zum Unfallzeitpunkt im Zustand einer den Versicherungsschutz ausschließenden Bewusstseinsstörung, nämlich der (Voll-)Trunkenheit, befunden hatte. VN stand bei Verfassen der Unfallanzeige diese Konsequenz vor Augen und hat, um eine Regulierung zu beschleunigen, sämtliche Angaben, die einer raschen Abwicklung des Versicherungsfalls entgegen gestanden hätten, bewusst verschwiegen. Anders ist das Weglassen dieser Informationen nicht erklärbar.
 - Zwar ist das Vorliegen der Arglist als innerer Tatsache vom VR nur im Wege des Indizienbeweises zu führen. Bei objektivem Vorliegen einer Falschangabe muss indes der VN im Rahmen seiner sekundären Darlegungslast eine plausible Erklärung dafür vortragen, wie und weshalb es zu den objektiv falschen Angaben gekommen ist.

- Für - behaupteten - Nachtrunk bestand kein zeitlicher Spielraum.
 - Nachtrunk erscheint auch angesichts der Schwere der bei dem Sturz erlittenen Verletzungen lebensfremd.
 - Angaben widersprüchlich.
- **Belehrung** (§ 28 Abs. 4 VVG) erfolgt.
 - Einer vorherigen Belehrung über die Folgen einer arglistigen Täuschung bedurfte es im Übrigen schon deshalb nicht, da der arglistig Täuschende nicht schutzwürdig ist (hierzu OLG Frankfurt a.M. BeckRS 2013, 15721 Rn. 46 f.).

BGH, Urteil vom 2. April 2014 – IV ZR 58/13 –,

- 22 b) Diese Abweichungen führen nach § 32 Satz 1 VVG n.F. i.V.m. § 307 Abs. 1 Satz 1 BGB zur Unwirksamkeit des § 17 (6) ARB-RU 2005 (vgl. Senatsurteil vom 12. Oktober 2011 – IV ZR 199/10, BGHZ 191, 159 Rn. 19; Harbauer/Bauer, Rechtsschutzversicherung 8. Aufl. § 17 ARB 2000 Rn. 80). Die Abweichung von der halbzwingenden Vorschrift des § 28 Abs. 2 Satz 1, Abs. 3 und 4 VVG zum Nachteil des Versicherungsnehmers stellt eine unangemessene Benachteiligung dar (vgl. Senatsurteil aaO; Senatsurteil vom 28. Juni 1995 – IV ZR 19/94, VersR 1995, 1185 unter I 3 d bb; Senatsbeschluss vom 18. März 2009 – IV ZR 298/06, VersR 2009, 769 Rn. 8). Die Vorsatzvermutung in § 17 (6) Satz 1 ARB-RU 2005 sowie die Möglichkeit einer Leistungsfreiheit des Versicherers bei für ihn nicht konkret nachteiligen Obliegenheitsverletzungen nach § 17 (6) Satz 3 ARB-RU 2005 und einer Leistungsfreiheit, die unabhängig von einer Mitteilung der Rechtsfolgen der Obliegenheitsverletzung eintritt, ist mit wesentlichen Grundgedanken des § 28 Abs. 2 Satz 1, Abs. 3 und 4 VVG nicht zu vereinbaren. Der Hinweis der Revisionserwiderung darauf, dass die Obliegenheit arglistig verletzt worden sei, führt zu keinem anderen Ergebnis. Nicht an das neue Versicherungsvertragsgesetz angepasste Altbedingungen sind vielmehr unabhängig von der Art des Verschuldens im konkreten Fall unwirksam.

**OLG Karlsruhe,
Urteil vom 5.10.2023 -
12 U 66/23,
r+s 2024, 432 = VersR 2024, 164**

**Beratungspflichten des VR
gegenüber Erwerber der
versicherten Sache**

Sachverhalt:

Der Kl. begehrt von den Bekl. Schadensersatz im Zusammenhang mit dem Erwerb eines bei der Bekl. zu 1 (VR) versicherten Hausanwesens.

Die frühere Ehefrau des Kl. (im Folgenden: VN) war Alleineigentümerin eines mit einem Einfamilienhaus bebauten Grundstücks, für das sie bei der Bekl. zu 1 eine Wohngebäudeversicherung unterhielt. Der Versicherungsvertrag sah eine vierteljährliche Beitragszahlung vor.

Nach ihrer Scheidung vom Kl. übertrug die VN diesem durch notarielle Auseinandersetzungsvereinbarung vom 27.1.2020 das versicherte Hausanwesen gegen Übernahme von Verbindlichkeiten. Die Eigentumsumschreibung im Grundbuch erfolgte am 23.10.2020.

Bereits Anfang Februar 2020 hatte die jetzige Ehefrau des Kl. (F) im Büro des Bekl. zu 2 (Generalagent) angerufen, um die Übertragung anzuzeigen und um die Umschreibung der Gebäudeversicherung vor Eigentumswechsel sowie ein Formular für ein SEPA-Lastschriftmandat zur Fortzahlung der Versicherungsbeiträge zu bitten, weil der Kl. befürchtete, die VN könnte die Zahlung einstellen. Im Laufe des Telefonats teilte ihr eine Mitarbeiterin des Bekl. zu 2 (M) mit, dass eine vorzeitige Vertragsübernahme das Einverständnis der VN voraussetze.

Am 12.2.2020 wandte sich M per E-Mail an die VN, um ihre Zustimmung zur Vertragsübernahme einzuholen, die sie in der Folge aber nicht erteilte. Mit E-Mail vom 16.2.2020 übermittelte F der M eine Abschrift der notariellen Vereinbarung und bat um Kontaktierung der VN sowie Zusendung der Versicherungspolice nebst SEPA-Mandatsvordruck. Nachdem die zum 1.7.2020 fällige Versicherungsprämie nicht gezahlt und die VN von der Bekl. zu 1 durch Schreiben vom 19.8.2020 erfolglos i.S.v. § 38 Abs. 1 VVG gemahnt worden war, trat am 13.9.2020 der Versicherungsfall (LW-Schaden) ein.

Die Bekl. zu 1 lehnte im Dezember 2020 die Erbringung von Versicherungsleistungen wegen Folgeprämienverzugs ab.

Mit seiner Klage nimmt der Kl. die Bekl. auf Schadensersatz i.H.v. rund 120.000 € sowie auf Feststellung zum Ersatz weiterer Schäden in Anspruch.

Seine Klage hatte in beiden Instanzen insoweit Erfolg, als das LG ein Grundurteil erlassen und das OLG die dagegen gerichtete Berufung zurückgewiesen hat.

➤ Entscheidung des OLG:

- Haftung der Bekl. zu 1 folgt aus § 6 Abs. 5, Abs. 1 S. 1 VVG und des Bekl. zu 2 aus § 61 Abs. 1 S. 1, § 63 VVG, weil M im Rahmen des Gesprächs mit F weder auf die *Möglichkeit des Neuabschlusses eines Gebäudeversicherungsvertrags* bei der Bekl. zu 1 hingewiesen noch einen gesonderten Termin zum Zweck entsprechender Beratung angeboten hat.
 - Allerdings keine Falschauskunft, weil M die F darauf hingewiesen hat, dass eine vorzeitige Vertragsübernahme das Einverständnis der VN voraussetze.
 - Zwar kommt dem Erwerber eines bebauten Grundstücks bereits in der Zeit zwischen Gefahrübergang und Eigentumserwerb ein versicherbares Sacherhaltungsinteresse zu, welches er dadurch versichern kann, dass er mit eigenen Rechten und Pflichten in einen bereits bestehenden Gebäudeversicherungsvertrag des Veräußerers eintritt oder einen neuen Gebäudeversicherungsvertrag abschließt (BGH r+s 2009, 374).

- Eine Vertragsübernahme ohne Zustimmung des VN eröffnen die vorstehenden Grds. dem Erwerber aber nicht. Hierfür bedarf es vielmehr - mangels entsprechender spezieller gesetzlicher Regelungen - eines dreiseitigen Vertrags zwischen dem ausscheidenden, dem übernehmenden VN sowie dem VR oder eines Vertrags zwischen ausscheidendem und übernehmendem VN, dem der VR zustimmt (vgl. BGHZ 95, 88 [juris Rn. 46 f.]; WM 1996, 128 [juris Rn. 35]). Zur vorzeitigen Vertragsübernahme durch den Kl. hätte es damit des Einverständnisses der VN bedurft. Der Hinweis der M war zutreffend.

- Bekl. zu 1 haftet gem. **§ 6 Abs. 5 VVG** gleichwohl, weil sie ihre gegenüber dem Kl. bestehende vorvertragliche Beratungspflicht aus **§ 6 Abs. 1 S. 1 VVG** verletzte.
- Die VN-Eigenschaft setzt nicht voraus, dass eine Person bereits vertraglich mit dem VR verbunden ist oder schlussendlich einen solchen mit dem VR abschließt. Denn die Vorschrift regelt Beratungs- und Informationspflichten, die den VR beim Vertrieb einer Versicherung gegenüber dem potentiellen VN treffen. Der Schaden der Verletzung einer solchen Pflicht kann auch darin liegen, dass der VN keinen Vertrag geschlossen hat (und deswegen keinen Versicherungsschutz genießt), obwohl das Angebot des VR ein bedarfsgerechtes Versicherungsprodukt umfasst. Ein potentieller VN war der Kl., der sich über F an den Bekl. zu 2 als Versicherungsvertreter der Bekl. zu 1 wandte, um die Gebäudeversicherung seiner früheren Ehefrau kurzfristig zu übernehmen.

- Indem F den Willen des Kl. zum Ausdruck brachte, die bestehende Gebäudeversicherung vorzeitig zu übernehmen und ab sofort für die Beitragszahlung aufzukommen, machte sie deutlich, dass es dem Kl. darum ging, den unbedingten Fortbestand des Versicherungsschutzes zu sichern und den Einfluss der VN hierauf nach Möglichkeit auszuschließen. Dieser Wunsch war im Wege der Übernahme des bestehenden Vertrags nicht umzusetzen, weil dies eine Mitwirkung der VN erforderte, die nicht abzusehen war. Damit lag auf der Hand, dass der Absicherungswunsch des Kl. auf sicherem Wege nur durch einen evtl. möglichen Vertragsbeitritt, jedenfalls aber durch eine weitere, von ihm selbst abgeschlossene Gebäudeversicherung erfüllt werden konnte. In dieser Situation bestand hinreichender Anlass, den Kl. auf die Möglichkeit zum Abschluss einer solchen Versicherung bei der Bekl. zu 1 hinzuweisen.
- Im Streitfall ist zwar fraglich, ob zum Zeitpunkt des Anrufs der F bereits die **Möglichkeit eines Vertragsbeitritts** eröffnet war, weil vermutlich zuvor noch kein Gefahrübergang auf den Kl. stattgefunden hatte.

- Der **Abschluss eines Neuvertrags** wäre aber in jedem Fall möglich gewesen. Ein solcher scheiterte nicht am Fehlen eines versicherbaren Interesses des Kl. Zwar hängt die Versicherbarkeit in der Schadenversicherung, zu der auch die Sachversicherung zählt, vom Vorhandensein eines vermögenswerten und objektiv bewertbaren Interesses ab. Ein solches hätte der Kl. vor Gefahrübergang (noch) nicht aufgewiesen. Dessen ungeachtet hätte die **Versicherung** aber zunächst nach § 43 Abs. 1 VVG **für fremde Rechnung** genommen werden können, die das Sacherhaltungsinteresse der Eigentümerin versichert hätte und mit Gefahrübergang zur Eigenversicherung des Kl. geworden wäre (vgl. Armbrüster in Beckmann/Matusche-Beckmann, Versicherungsrechts-Handbuch 3. Aufl., § 6 Rn. 129). Im Übrigen wäre auch der Abschluss einer - durch den Gefahrübergang - **aufschiebend bedingten Gebäudeversicherung** möglich gewesen. Dass der Neuabschluss zu einer Doppelversicherung geführt hätte, stand einem Neuabschluss nicht entgegen.

Haftpflichtversicherung

**öOGH,
Beschluss vom 17.4.2024 -
7 Ob 55/24z,
r+s 2024, 550**

mAnm Piontek, jurisPR-VersR 6/2024 Anm. 1

**Privathaftpflichtversicherung
(Gefahren des täglichen
Lebens)**

➤ **Grundsatz der Spezialität der versicherten Gefahr,**
keine Allgefahrendeckung, vgl. Ziff. 3.1 AHB:

„Der Versicherungsschutz umfasst die gesetzliche Haftpflicht aus den im Versicherungsschein und seinen Nachträgen angegebenen Risiken des Versicherungsnehmers.“

- D.h.:
 - Versicherungsschutz nur für spezielle Risiken (z.B. Privathaftpflicht, Betriebs-/ Berufshaftpflicht, Tierhalterhaftpflicht)
= „**versichertes Risiko**“,
 - abgestellt wird auf Eigenschaften, Rechtsverhältnisse oder Tätigkeiten des Versicherungsnehmers
 - wie im Versicherungsschein deklariert
(BGHZ 25, 355, 359; BGH r+s 1987, 337 = VersR 1987, 1181)
 - genauere Abgrenzung in AVB (A1-1 AVB PHV/BHV) oder BBR
- Regelungen zum versicherten Risiko sind **primäre Risikobegrenzungen** → **Beweislast: VN**
(vgl. Prölss/Martin/Lücke, VVG 32. Aufl. Ziff. 3 AHB Rn. 1).

Abgrenzung zwischen primärer und sekundärer Risikobegrenzung im Einzelfall aber schwierig!

- BGH, Urt. v. 25.6.1997 - IV ZR 269/96, r+s 1997, 451 =
VersR 1997, 1091:

Sachverhalt:

Der VN unterhält beim bekl. VR eine Privathaftpflichtversicherung.
Versichert ist nach der dem Vertrag zugrunde liegenden
Risikobeschreibung

„... die gesetzliche Haftpflicht des VN als Privatperson aus den
Gefahren des täglichen Lebens ...“

Der mitversicherte Sohn des VN (S) springt in Selbsttötungsabsicht von der oberen Etage eines Parkhauses. Er überlebt, weil er auf einen vor dem Gebäude geparkten Pkw fällt. Dessen Eigentümer nimmt S auf Ersatz des dadurch entstandenen Sachschadens in Anspruch.

Der VR verweigert den nachgesuchten Deckungsschutz, weil sich in dem durch den Selbstmordversuch eingetretenen Schadensereignis keine Gefahr des täglichen Lebens verwirklicht habe.

➤ Entscheidung des BGH:

- Aus der Formulierung „aus den Gefahren des täglichen Lebens“ ergibt sich keine Beschränkung des Versicherungsschutzes, die über die in der Risikobeschreibung genannten Ausnahmen, insbes. die Gefahren einer ungewöhnlichen und gefährlichen Beschäftigung, und den Risikoausschluss der vorsätzlichen Herbeiführung des Schadens hinausgeht.
- **Der Schutzbereich der Versicherung ist damit erkennbar weit abgesteckt.** Er umfasst nach dieser Maßgabe auch nicht alltägliche, leichtsinnige, selbst verbotene Tätigkeiten. Eine weitere Eingrenzung erschließt sich dem VN aus der Klausel selbst nicht; ihr Wortlaut und erkennbarer Sinn deuten eine solche über die in ihr genannten objektiven Abgrenzungskriterien hinaus nicht einmal an.

➤ öOGH:



Für die Annahme einer in der Privathaftpflichtversicherung gedeckten Gefahr des täglichen Lebens ist nicht erforderlich, dass sie geradezu täglich auftritt. Vielmehr genügt es, wenn die Gefahr erfahrungsgemäß im normalen Lebensverlauf immer wieder, sei es auch seltener, eintritt. Es darf sich nur nicht um eine ungewöhnliche Gefahr handeln. Auch ein vernünftiger Durchschnittsmensch kann aus Unvorsichtigkeit eine außergewöhnliche Gefahrensituation schaffen oder sich in einer solchen völlig falsch verhalten oder sich zu einer gefährlichen Tätigkeit hinreißen lassen. Derartigen Fällen liegt eine falsche Einschätzung der jeweiligen Sachlage zu Grunde. Das bewusste und gewollte Schaffen einer Situation, die eine Brand- oder Explosionsgefahr mit sich bringt, gehört bei Erwachsenen dagegen nicht zu den Gefahren des täglichen Lebens.

Der haftpflichtrechtlichen Inanspruchnahme des Versicherten lag ein Ereignis anlässlich einer Grillfeier zugrunde. Der Versicherte hatte nach den zugrunde liegenden Feststellungen einen mit Benzin und Alkohol gefüllten Kochtopf auf eine auf einer Feuerschale befindliche Holztüre in ein brennendes Lagerfeuer gestellt. Wie das im Einzelnen funktionierte und was der Hintergrund für dieses sinnentleerte Unterfangen war, wird in der Entscheidung nicht mitgeteilt. Es hatte sich jedenfalls eine Stichflamme entwickelt, die die Geschädigte erfasste und bei ihr zu Verbrennungen zweiten Grades führte.

Piontek aaO:

Die Entscheidung festigt die ständige Rechtsprechung des OGH und zeigt abermals seine von der höchstrichterlichen Judikatur in Deutschland abweichende Spruchpraxis auf. Für die Regulierung von Deckungsansprüchen in Deutschland kommt der Entscheidung hingegen keine Bedeutung zu. Bei der Bewertung unvernünftiger Verhaltensweisen des Versicherungsnehmers, die aber nicht die Anforderungen des Vorsatzausschlusses (A1-7.1 AHB PHV) oder des Ausschlusses der ungewöhnlichen und gefährlichen Beschäftigung (A1-7.15 AVB PHV) erfüllen, mag es zunächst gerecht erscheinen, diese als vom Versicherungsschutz nicht erfasst anzusehen. Eine solche Sichtweise übersieht aber, dass die Verweigerung von Deckung auch und insbesondere zulasten des Geschädigten geht und mithin der Sozialbindung der Haftpflichtversicherung (vgl. BGH, Urt. v. 05.04.2017 - IV ZR 360/15 Rn. 24 - BGHZ 214, 314) nicht gerecht wird.

**OLG Karlsruhe,
Urteil vom 6.3.2025 -
12 U 75/24,
r+s 2025, 307 mAnm Schimikowski
= NJW 2025, 1970 mAnm Armbrüster**

**Vorsatzausschluss im
vorweggenommenen
Deckungsprozess**

Sachverhalt:

Die VN einer Privathaftpflichtversicherung nimmt den bekl. VR im Wege der vorweggenommenen Deckungsklage auf Feststellung der Gewährung bedingungsgemäßen Versicherungsschutzes aufgrund der Inanspruchnahme ihres mitversicherten 16-jährigen Sohnes S auf Schadensersatz in Anspruch.

Im Rahmen einer Silvesterfeier war es in einer Tiefgarage zu einem Brand mit erheblichem Sachschaden gekommen. S war wegen des Verdachts der Brandstiftung festgenommen und die Familienwohnung durchsucht worden. Die StA hatte Anklage wegen vorsätzlicher schwerer Brandstiftung und Sachbeschädigung erhoben. Verurteilt wurde S schließlich wegen fahrlässiger Brandstiftung zu einer Jugendstrafe, weil er fahrlässig in der Tiefgarage eine Feuerwerksrakete abgefeuert habe.

Der VR beruft sich - u.a. - auf Leistungsfreiheit wegen zumindest bedingt vorsätzlichen Handelns des S. Mehrere Sachversicherer machen gegen S aus übergegangenem Recht (§ 86 Abs. 1 VVG) Regressansprüche geltend, ein VR hat Klage erhoben.

Der VR ist dem Verfahren auf Seiten des S beigetreten. Im Deckungsprozess beruft sich der VR u.a. darauf, der Sohn sei aufgrund schwerer Alkoholisierung nicht deliktsfähig gewesen. Soweit er noch einsichtsfähig gewesen sei, habe er vorsätzlich gehandelt.

Das LG hat der Deckungsklage - nach Beweisaufnahme - stattgegeben. Die Berufung des bekl. VR ist überwiegend erfolglos geblieben. Die Revision hat das OLG zugelassen.

➤ Entscheidung des OLG:

- **Leitsatz:** Die streitige Frage, ob der Haftpflichtversicherer wegen vorsätzlicher Herbeiführung des Schadens leistungsfrei ist, kann im vorweggenommenen Deckungsprozess nicht entschieden werden. Auch insoweit gilt der Vorrang des Haftpflichtprozesses.

- **Zwar** schuldet der VR für vorsätzlich herbeigeführte Schäden grds. weder Rechtsschutz- noch Freistellungsleistungen, weil dafür der Ausschlusstatbestand der Ziff. 7.1 AHB bzw. § 103 VVG eingreift. Zum anderen wird die Schuldform im Haftpflichtprozess häufig nicht geklärt, weil viele Haftungsnormen nicht zwischen Fahrlässigkeit und Vorsatz unterscheiden; soweit das Gericht hierzu überschüssige Feststellungen trifft, entfaltet dies im Deckungsverhältnis keine Bindungswirkung.
- **Daraus ist aber nicht abzuleiten, dass die Frage des Vorsatzes im vorweggenommenen Deckungsprozess zu klären wäre.**

- Dagegen spricht, dass die Schuldform im Haftpflichtprozess nicht immer offen bleiben kann. Sie bedarf etwa der Klärung, wenn die maßgebliche Anspruchsgrundlage vorsätzliches Handeln voraussetzt, wie § 826 BGB, oder wenn die Bemessung der Forderungshöhe davon abhängig ist, wie beim Schmerzensgeld. In solchen Fällen sind die Feststellungen zum Vorsatz im Haftpflichtprozess auch für das Deckungsverhältnis verbindlich. Deshalb wird in der Lit. – soweit die Frage behandelt wird – die Auffassung vertreten, dass auch über Risikoausschlüsse, deren Voraussetzungen (potentiell) auch im Haftpflichtprozess zu überprüfen sind, erst in einem nachfolgenden Deckungsprozess entschieden werden kann.

- Eine isolierte Entscheidung über die Schuldform ist (auch im vorweggenommenen Deckungsprozess) regelmäßig nicht möglich. Um zwischen fahrlässiger und vorsätzlicher Begehung entscheiden zu können, muss auch der objektive Tatablauf geklärt werden, denn vorsätzliches Handeln setzt voraus, dass der Handelnde auch die (tatsächlich eingetretenen) Folgen der Schädigungshandlung zumindest in groben Umrissen voraussehen konnte und ihren Eintritt wenigstens billigend in Kauf genommen hat. Die Klärung des objektiven Tatablaus ist aber dem Haftpflichtprozess vorbehalten. Gerade im vorliegenden Fall ist nicht nur die Täterschaft umstritten, sondern es stehen auch weitere, auch für den Vorsatz bedeutsame Fragen des objektiven Tathergangs in Streit. **Eine Entscheidung über die Schuldform im vorweggenommenen Deckungsprozess, die auf Feststellungen zum umstrittenen Tathergang beruht, würde dem Haftpflichtprozess vorgreifen und könnte bei abweichender Beurteilung dessen Bindungswirkung unterlaufen.**

- BGH, Beschl. v. 18.1.2022 - VI ZB 36/21, r+s 2022, 148
mAnm Piontek, jurisPR-VersR 3/2022 Anm. 1:

Sachverhalt:

Die Kl. (Geschädigte) nimmt die Bekl. (VN) im Haftpflichtprozess auf Schadensersatz aus einem Unfallereignis in Anspruch, bei dem sie sich durch kochendes Wasser aus einem umgestürzten Wasserkocher erhebliche Verbrennungen an den Beinen zuzog. Der Privathaftpflichtversicherer der Bekl. tritt dem Rechtsstreit auf ihrer Seite als Nebenintervenient bei.

Zwischen Geschädigter und VN einerseits und VR andererseits steht im Streit, ob die Verletzung von der VN verursacht wurde. Der VR behauptet, die Kl. habe sich die Verletzungen versehentlich selbst zugefügt.

In einem vorweggenommenen Deckungsprozess hatte die VN zuvor gegen den VR ein - rechtskräftiges - Urteil erstritten, in dem die Deckungspflicht des VR festgestellt worden war.

Im nachfolgenden Haftpflichtprozess erstreitet die Geschädigte ein der Klage weitgehend stattgebendes Urteil.

Gegen dieses Urteil legt der VR - **gegen den ausdrücklichen Willen der VN** - Berufung ein, die das OLG als unzulässig verwirft.

Die hiergegen gerichtete Rechtsbeschwerde des VR bleibt vor dem BGH erfolglos.

- Beteiligt sich ein Privathaftpflichtversicherer als Streithelfer an dem gegen seinen VN geführten Haftpflichtprozess, ist es ihm als **einfachem** Nebenintervenienten verwehrt, gegen den Widerspruch der von ihm unterstützten Hauptpartei ein Rechtsmittel zu führen (§ 67 S. 1 Halbs. 2 ZPO).
- Anders als ein Kfz-Haftpflichtversicherer, der nach § 115 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 i.V.m. § 1 PflVG einem Direktanspruch des Geschädigten ausgesetzt ist und auf dessen Rechtsverhältnis zu dem Gegner sich nach § 124 Abs. 1 VVG die Rechtskraft der in dem zwischen den Hauptparteien geführten Prozess erlassenen Entscheidung auswirken kann, steht der Privathaftpflichtversicherer in keiner eigenen rechtlichen Beziehung zum Geschädigten, so dass auch die Rechtskraft der in dem Hauptprozess ergehenden Entscheidung insoweit nicht von Wirksamkeit sein kann und die Voraussetzungen des **§ 69 ZPO** folglich nicht erfüllt sind.

- Abweichendes ergibt sich nicht aus dem sog. haftpflichtversicherungsrechtlichen Trennungsprinzip und der dieses ergänzenden Bindungswirkung des Haftpflichturteils für den nachfolgenden Deckungsrechtsstreit. Eine prozessuale Wirkung i.S. einer Rechtskrafterstreckung hat die Bindungswirkung nicht; sie ist vielmehr eine **materiell-rechtliche Auswirkung des Haftpflichtversicherungsvertrags** und ergibt sich aus dem **Leistungsversprechen** des VR.
- Aber: Dem VR bleibt es trotz des Trennungsprinzips und der dieses ergänzenden Bindungswirkung unbenommen, im *nachfolgenden* Deckungsprozess neben den sonstigen versicherungsrechtlichen Einwänden auch den Einwand zu erheben, dass die Feststellungen im Haftpflichtprozess auf einem arglistigen Zusammenwirken von VN und dortigem Gegner beruhen.

- Der Erhebung des Einwandes **kollusiven Zusammenwirkens** steht, auch wenn der VN dem VR im Haftpflichtprozess den Streit verkündet oder sich der VR aus eigenem Antrieb als Streithelfer seines VN an dem Haftpflichtprozess beteiligt hat, auch die Interventionswirkung des § 68 ZPO nicht grds. entgegen.
- **Und:** Nichts anderes gilt im - hier gegebenen - Fall des vorweggenommenen Deckungsprozesses. Auch in ihm kann der VR den Einwand kollusiven Vorgehens von VN und Drittem erheben. Soweit der VR erst im Nachhinein, nämlich im Verlauf des Haftpflichtprozesses oder danach, Anhaltspunkte für ein arglistiges Zusammenwirken seines VN mit dem Gegner erhält, bleibt ihm die Möglichkeit des **§ 826 BGB** erhalten
(Krämer, r+s 2001, 177, 182; Bruck/Möller/Koch, VVG 10. Aufl. Vor §§ 100-112 Rn. 111; Prölss/Martin/Lücke, VVG 32. Aufl. § 100 Rn. 55).

**LG Duisburg,
Urteil vom 11.2.2025 -
6 O 227/24,
r+s 2025, 207
mAnm Piontek, jurisPR-VersR 3/2025 Anm. 1**

Versicherungsfall

Sachverhalt:

Die VN - ein Krankenhaus - unterhielt beim bekl. VR bis zum 1.1.2019 eine Haftpflichtversicherung unter Geltung der AHB 2008. Mit ihrer Klage nimmt sie den VR auf Feststellung bedingungs-
gemäßen Versicherungsschutzes für Schäden in Anspruch, die aus einer von den behandelnden Ärzten im Rahmen einer im Dezember 2018 durchgeführten Kaiserschnittgeburt geplanten, aber nicht durchgeführten Sterilisation einer Patientin resultieren. Die Patientin wurde auch im Nachgang nicht darüber informiert, dass die Sterilisation nicht durchgeführt worden war.

Im Jahr 2019 wurde Patientin ungeplant schwanger und gebar im Jahr 2020 ein Kind, das an Trisomie 21, einer Leukämieerkrankung sowie unter mehreren Herzfehlern mit entsprechender Herzinsuffizienz leidet.

Die VN ist der Ansicht, der Versicherungsfall sei in der **unterlassenen Sterilisation** zu sehen. Auf die erst nach Versicherungsende eingetretene Empfängnis bzw. Geburt des Kindes komme es nicht an.

Der VR vertritt demgegenüber die Auffassung, maßgeblich sei nicht die Schadensverursachung durch die unterlassene Sterilisation, sondern das Ereignis, als dessen Folge die Schädigung entstanden sei. Dies sei vorliegend die Empfängnis im Jahr 2019 oder die Geburt im Jahr 2020.

➤ AHB vor 1982: „Ereignis“ (§ 1 Abs. 1 AHB)

- **Schadenereignis- bzw. Folgeereignistheorie** (BGH, Urt. v. 27.6.1957 - II ZR 299/55, BGHZ 25, 34 = NJW 1957, 1477 - *Bindemäher*):

Versicherungsfall ist der nach außen erkennbare Vorgang, der als Folgeereignis nach einem vom Versicherten gesetzten Kausalumstand die Schädigung des Dritten und damit die Haftpflicht unmittelbar herbeiführt.

Käufer einer vom VN produzierten Mähmaschine verliert seine Hand, weil der Sitz des Mähers nur an einer Ecke angeschweißt ist und abbricht. Der BGH stellt für den Versicherungsfall nicht auf das ursprünglich schadenstiftende Verhalten (fehlerhafte Anbringung des Sitzes), sondern auf den darauf zurückzuführenden äußeren Vorgang (Abbruch des Sitzes) ab, der unmittelbar zum Schadeneintritt (Handverlust) geführt hat.

- **Kausalereignis- bzw. Verstoßtheorie** (BGH, Urt. v. 4.12.1980 - IVa ZR 32/80, BGHZ 79, 76 = VersR 1981, 173 - *Herbizid*):

Versicherungsfall ist die kausale Verletzungshandlung, die sich später im Schadenereignis manifestiert.

VN wird für das Absterben von Bäumen verantwortlich gemacht, nachdem er einen Gleiskörper mit einem Herbizid behandelt hat.

➤ AHB nach 1982: „Schadenereignis“

- Ersetzung des Begriffs „Ereignis“ durch „Schadenereignis“ durch VR soll wieder zur **Folgeereignistheorie** führen.
- Rechtsprechung und Literatur bewerten das als **unklar** und/oder **intransparent** (Prölss/Martin/Lücke, VVG 32. Aufl. Ziff. 1 AHB Rn. 1; HK-VVG/Schimikowski, 4. Aufl. Ziff. 1 AHB Rn. 14; ders., r+s 2014, 412; Kretschmer, VersR 2004, 1376; offengelassen von OLG Karlsruhe r+s 2004, 104; dagegen Littbarski, AHB § 1 Rn. 14).

➤ Seit AHB 2004: Definition des Begriffs „Schadenereignis“ in Ziff. 1.1 AHB (= A1-3.1 AVB PHV/BHV)

- Unklar/Intransparent (OLG Brandenburg r+s 2013, 125; Prölss/Martin/Lücke, VVG 28. Aufl. § 100 Rn. 31 und Nr. 1 AHB 2008 Rn. 2, 42 f.).
- Anders [nachgehend zu OLG Brandenburg]: BGH NJW 2014, 2038 = VersR 2014, 625 (zust. OLG Karlsruhe r+s 2015, 229 m. zust. Anm. Günther FD-VersR 2015, 368652; Schimikowski, r+s 2014, 412; zuvor bereits Römer/Langheid/Langheid, VVG 4. Aufl. § 100 Rn. 62).

In erster Linie hat das Bedeutung für die Frage,
welches Ereignis für den
zeitlichen Geltungsbereich
des Versicherungsvertrages maßgeblich ist.

➤ Entscheidung des Landgerichts: Klagabweisung

- Schadensereignis ist in Gestalt der ungewollten Empfängnis bzw. des damit im unmittelbaren Zusammenhang stattgefundenen Geschlechtsverkehrs erst nach dem 1.1.2019 und damit nicht während der Wirksamkeit der Versicherung eingetreten.
- Ziff. 1.1 S. 3 AHB 2008 differenziert deutlich zwischen der (kausalen) Pflichtverletzung und dem Schadensereignis; Schadensverursachung ist dem Schadensereignis vorgelagert, entspricht diesem aber nicht, so dass es auf den Zeitpunkt der Schadensverursachung nicht ankommt. Auch entspricht das Schadensereignis nicht dem Schadenseintritt, da nach Ziff. 1.1 S. 1 und 2 das Schadensereignis erst zu einem Personen- oder Sachschaden führt (vgl. BGH VersR 2014, 625 Rn. 39).

- Unterlassene Sterilisation und die fehlende Aufklärung der Patientin darüber haben nicht unmittelbar zu einem **Personen- oder Sachschaden** geführt.
- Bis zur Fassung 2002 haben die AHB den Personenschaden definiert als Schadensereignis, „das den Tod, die Verletzung oder Gesundheitsbeschädigung von Menschen“ zur Folge hatte. Seither verzichten die AHB auf eine Definition. Gleichwohl ist die früher verwandte Definition weiterhin als **Ausgangspunkt für die Auslegung** maßgebend, weil sie im Einklang mit dem Verständnis des durchschnittlichen VN steht. Körperverletzung ist jeder äußerliche Eingriff in die körperliche Unversehrtheit, Gesundheitsschädigung die Störung der inneren Lebensvorgänge.

- Nach diesem Maßstab lag unmittelbar nach der **unterlassenen Sterilisation** keine Körperverletzung oder Gesundheitsschädigung der Patientin und damit auch **kein unmittelbarer Personenschaden** vor. Der nicht durchgeführte Eingriff hat die körperliche Unversehrtheit der Patientin in keiner Weise beeinträchtigt oder innere Lebensvorgänge gestört. Diese sind gerade durch die vor und nach der Sectio fortbestehende Fertilität der Patientin unverändert geblieben.
- Die Körperverletzung und damit der Personenschaden ist erst durch die **ungewollte Schwangerschaft** eingetreten. Auch wenn es sich bei einer Schwangerschaft um einen normalen physiologischen Vorgang handelt, stellt doch jeglicher unbefugte Eingriff in das körperliche Befinden eine Körperverletzung dar, da bei anderer Sichtweise das Recht am eigenen Körper als gesetzlich ausgeformter Teil des allgemeinen Persönlichkeitsrechts nicht hinreichend geschützt wäre (vgl. BGH VersR 1995, 1099; Späte/Schimikowski/v. Rintelen, Haftpflichtversicherung 2. Aufl. Ziff. 1 AHB Rn. 133).

- Unmittelbar zur Schwangerschaft geführt hat die **Empfängnis**, also der physiologische Vorgang der Verschmelzung der Eizelle mit einem Spermium. Lehnt man die Empfängnis als Schadensereignis ab, da es ein nur verborgener, innerer Vorgang ist, der nach allgemeinem Sprachgebrauch nicht zwingend ein Ereignis darstellt im Sinne eines sinnfälligen objektiven Vorgang, der sich vom gewöhnlichen Tagesgeschehen deutlich abhebt und dessen schwerwiegende Bedeutung sofort ins Auge springt (BGHZ 25, 34 = NJW 1957, 1477), dann wäre jedenfalls der **vorgelagerte Geschlechtsverkehr** ein solcher objektiver Vorgang, der den Personenschaden in Gestalt der ungewollten Schwangerschaft ausgelöst hat.
- Das Schadensereignis ist damit in jedem Fall außerhalb der versicherten Zeit eingetreten.

**LG Frankfurt (Oder),
Urteil vom 3.7.2024 -
15 O 203/23,
r+s 2024, 806 mAnm Schimikowski**

Kriegsklausel

Sachverhalt:

Die VN - eine Bauträgerin - unterhält eine Betriebshaftpflichtversicherung beim bekl. VR. Sie begehrt Deckung wegen eines Vorfalls vom 8.2.2020 auf einem in ihrem Eigentum stehenden Grundstück, auf dem sie beabsichtigte, sechs MFH zu errichten. Im Rahmen einer kontrollierten Sprengung hatte eine Fliegerbombe nicht unerhebliche Schäden an umliegenden Gebäuden verursacht. Der VR beruft sich u.a. auf den sog. Kriegsausschluss.

Die Deckungsklage der VN hatte Erfolg.

A1-7.18 AVB BHV

„Ausgeschlossen sind Ansprüche wegen Schäden, die nachweislich

- auf Kriegseignissen, anderen feindseligen Handlungen, Aufruhr, inneren Unruhen, Generalstreik, illegalem Streik oder
- unmittelbar auf hoheitlichen Verfügungen oder Maßnahmen

beruhen.

Das Gleiche gilt für Schäden durch höhere Gewalt, soweit sich elementare Naturkräfte ausgewirkt haben.“

➤ Begründung des Landgerichts:

- Der Ausschluss von Kriegsschäden greift ein, wenn ein für einen Schaden adäquat (auch mittelbar) ursächliches oder mitursächliches Ereignis vorliegt, das so, wie es sich vollzogen hat, ohne den Krieg nicht eingetreten wäre. Auf den völkerrechtlichen Kriegsbegriff kommt es nicht an (Krahe VersR 1991, 634).
- Vielmehr ist die Kriegsklausel nach den (generellen) Umständen auszulegen, wie sie bei Vertragsschluss gegeben waren. Daher kann der Klausel, je nach Zeitpunkt der Vereinbarung, eine unterschiedliche Bedeutung zu kommen. Mit zunehmender Dauer der Friedenszeit entfällt der Kriegsausschluss, wenn das Risiko sich auf einem erhöhten Niveau stabilisiert hat und entsprechende Prämienerrhöhungen gefordert werden können.

- Spätschäden durch etwa noch unentdeckte Sprengladungen aus früheren Kriegen werden daher von dem Ausschluss nicht erfasst. Jedenfalls mehrere Jahrzehnte nach Ende des Zweiten Weltkriegs kann von einer erhöhten Risikolage nicht mehr gesprochen werden, so dass der Ausschlussstatbestand bei Spätschäden z.B. durch Explosion einer Bombe aus dem Zweiten Weltkrieg nicht anwendbar ist.

**BGH, Urteil vom 18.12.2024
- IV ZR 151/23,
r+s 2025, 115 = VersR 2025, 229**

D & O-Versicherung

Sachverhalt:

Der Kl., Insolvenzverwalter, nimmt den bekl. VR aus abgetretenem Recht aus von der Insolvenzschildnerin und einem früheren Vorstand unterhaltenen D&O-Versicherungen in Anspruch.

Im Februar 2016 war aufgrund eines Eigenantrags vom 25.11.2015 das Insolvenzverfahren über das Vermögen der Insolvenzschildnerin eröffnet worden. Der Kl. leistete im März 2016 auf die angeforderte und durch den VR ausgestellte Ersatzrechnung für das Versicherungsjahr ab dem 1.2.2016 einen Betrag iHv 8.449 EUR aus der Insolvenzmasse, ehe der VR dem Kl. mit Schreiben vom 31.3.2016 mitteilte, dass der **Versicherungsvertrag der Insolvenzschildnerin automatisch mit Ablauf der Versicherungsperiode, in welcher der Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen der Versicherungsnehmerin gestellt worden sei, geendet** habe und eine Nachmeldefrist nicht bestehe. Dem Schreiben war ein Nachtrag zum Versicherungsschein beigelegt. Den durch den Kl. gezahlten Beitrag überwies der VR zurück. Im April 2019 nahm der Kl. die ehemaligen Vorstandsmitglieder der Insolvenzschildnerin auf Ersatz von Zahlungen nach Insolvenzreife in Anspruch und zeigte gegenüber dem VR den Versicherungsfall an.

"I. Gegenstand der Versicherung

1. Schutz des Privatvermögens der Organmitglieder

Der Versicherer gewährt den versicherten Personen Versicherungsschutz für den Fall, dass sie erstmals während der Versicherungsperiode oder einer Nachmeldefrist wegen einer Pflichtverletzung, die sie in ihrer Eigenschaft als versicherte Personen begangen haben, aufgrund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen auf Ersatz eines Vermögensschadens schriftlich in Anspruch genommen werden, sofern die versicherten Personen bei Abschluss des Versicherungsvertrags von der Pflichtverletzung keine Kenntnis hatten (Versicherungsfall).

...

II. Zeitliche / Örtliche Geltung der Versicherung

1. Vertragsdauer/ Automatische Verlängerung

Dieser Versicherungsvertrag ist zunächst für die im Versicherungsschein festgesetzte Zeit abgeschlossen. Beträgt diese mindestens ein Jahr, so verlängert sich dieser Versicherungsvertrag jeweils um ein Jahr, sofern der Versicherungsvertrag nicht spätestens drei Monate vor Ablauf der jeweiligen Versicherungsperiode schriftlich gekündigt wird und sofern in den Versicherungsbedingungen nicht ausnahmsweise ein automatisches Ende vereinbart ist.

2. Rückwärtsdeckung

Vom Versicherungsschutz sind während der Versicherungsperiode eingetretene Versicherungsfälle umfasst, die auf Pflichtverletzungen beruhen, welche vor Vertragsbeginn begangen wurden und von welchen die betroffene versicherte Person oder die Versicherungsnehmerin bei Abschluss des Versicherungsvertrages keine Kenntnis hatte. ...

3. Nachmeldefrist

Wird dieser Versicherungsvertrag nach Ablauf mindestens eines vollen Versicherungsjahres aus einem anderen Grund als eines Prämienzahlungsverzuges oder der Liquidation, Insolvenz, Verschmelzung oder Neubeheerrschung der Versicherungsnehmerin beendet, besteht automatisch eine prämienneutrale Nachmeldefrist von 60 Monaten.

Während der Nachmeldefrist besteht Versicherungsschutz nur für innerhalb dieser Frist eingetretene Versicherungsfälle wegen Pflichtverletzungen, die vor Ablauf der letzten Versicherungsperiode begangen wurden. Der Versicherungsschutz besteht im Rahmen und nach Maßgabe der bei Ablauf der letzten Versicherungsperiode geltenden Versicherungsbedingungen sowie in Höhe des unverbrauchten Teils der Deckungssumme der letzten Versicherungsperiode.

4. Vorsorgliche Umstandsmeldung

Die versicherten Personen, die Versicherungsnehmerin und die Tochtergesellschaften können, wenn ihnen konkrete Informationen zu möglichen, in der Vergangenheit begangenen Pflichtverletzungen vorliegen, für die eine Inanspruchnahme hinreichend wahrscheinlich ist, dem Versicherer diese Umstände innerhalb der Versicherungsperiode oder spätestens innerhalb von 6 Monaten nach Ablauf der letzten Versicherungsperiode vorsorglich in Schrift- oder Textform melden. Es gelten dann alle später auf diesen Umständen beruhenden Versicherungsfälle als zu dem Zeitpunkt eingetreten, in dem die Umstandsmeldung abgegeben wurde bzw. bei einer Meldung nach Beendigung des Vertrages, als zu dem Zeitpunkt des Ablaufs der letzten Versicherungsperiode eingetreten.

5. Neubeheerschung/Verschmelzung/Liquidation/Insolvenz der Versicherungsnehmerin.

a) ...

Liegt bei der Versicherungsnehmerin ein Eröffnungsgrund gemäß §§ 16 ff. InsO oder vergleichbarer ausländischer gesetzlicher Bestimmungen während der laufenden Versicherungsperiode vor, so erstreckt sich der Versicherungsschutz nur auf Versicherungsfälle, die auf Pflichtverletzungen beruhen, welche vor dem Zeitpunkt der Antragstellung auf Eröffnung eines Insolvenzverfahrens begangen wurden.

b) Der Versicherungsvertrag endet automatisch mit dem Ablauf der Versicherungsperiode, in welcher die Neubeheerschung, Verschmelzung oder Liquidation wirksam geworden oder in welcher der Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen der Versicherungsnehmerin gestellt worden ist.

c) Im Falle der Neubeheerschung, Liquidation oder Verschmelzung der Versicherungsnehmerin kann die Versicherungsnehmerin eine Nachmeldefrist von insgesamt maximal 60 Monaten gegen Prämienzuschlag erwerben. ...

...

d) Die Möglichkeit der Umstandsmeldung findet ausschließlich Anwendung auf Pflichtverletzungen, welche vor der Neubeheerschung, Verschmelzung, Liquidation oder Insolvenz der Versicherungsnehmerin begangen wurden. Die Umstandsmeldung ist bis zum Ende der Versicherungsperiode abzugeben, in welcher die Neubeheerschung, Verschmelzung oder die Liquidation wirksam geworden oder in welcher der Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen der Versicherungsnehmerin gestellt worden ist. ...



➤ Entscheidung des BGH:

Aufhebung der die Berufung des Kl. zurückweisenden klagabweisenden Entscheidung des OLG und Zurückverweisung

- **Klausel in Nr. II 5b AVB** [aufgrund der das OLG eine insolvenzbedingte Beendigung des Versicherungsvertrages angenommen hat] hält, soweit sie das automatische Ende des Versicherungsvertrags mit dem Ablauf der Versicherungsperiode vorsieht, in welcher der Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen der VN gestellt worden ist, einer Inhaltskontrolle nicht stand. Die Bestimmung benachteiligt den VN unangemessen iSv § 307 Abs. 1 S. 1 BGB, weil sie gem. § 307 Abs. 2 Nr. 1 BGB mit wesentlichen Grundgedanken der gesetzlichen Regelung des **§ 11 Abs. 1, 3 VVG** – wonach zugunsten des VN im Falle der ordentlichen Kündigung stets eine **Mindestkündigungsfrist von einem Monat** einzuhalten ist – unvereinbar ist.
- Die Abweichung von der halbzwingenden Vorschrift (§ 18 VVG) zum Nachteil des VN stellt unangemessene Benachteiligung dar.

- Klausel in Nr. II 5b AVB gehört nicht zu dem engen Bereich, der durch **§ 307 Abs. 3 S. 1 BGB** einer Inhaltskontrolle entzogen ist.

Nach Nr. I 1 AVB verspricht der VR den versicherten Personen Versicherungsschutz für den Fall, dass sie wegen einer Pflichtverletzung, die sie in ihrer Eigenschaft als versicherte Personen begangen haben, aufgrund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen auf Ersatz eines Vermögensschadens in Anspruch genommen werden, sofern die versicherten Personen bei Abschluss des Versicherungsvertrags von der Pflichtverletzung keine Kenntnis hatten. Mit dieser Regelung hat der VR das Hauptleistungsversprechen so beschrieben, dass der wesentliche Vertragsinhalt bestimmt werden kann und ein wirksamer Vertrag anzunehmen ist. **Dagegen gehört die Bestimmung in Nr. II 5b AVB, welche die Gewährung von Versicherungsschutz in zeitlicher Hinsicht näher ausgestaltet und begrenzt, nicht mehr zum kontrollfreien Minimum, ohne das dem Vertrag ein so wesentlicher Bestandteil fehlte, dass ihm die Wirksamkeit zu versagen wäre (vgl. Terno SpV 2014, 2, 9).**

- **Versicherungsvertrag fällt in den Anwendungsbereich des § 11 Abs. 3 VVG.**
Sich aus dieser Bestimmung ergebende Mindest- und Höchstfristen für die Kündigung des Vertrags finden nach allgemeiner Ansicht auch auf den in § 11 Abs. 1 VVG geregelten Fall Anwendung, dass die Vertragsparteien zunächst ein Versicherungsverhältnis auf bestimmte Zeit eingegangen sind und – wie hier in Nr. II 1 S. 2 AVB – im Voraus eine Verlängerung für den Fall vereinbart haben, dass vor Ablauf der Vertragslaufzeit eine Kündigung nicht erfolgt.
- Das ergibt sich aus dem Wortlaut von § 11 Abs. 3 VVG, der einer Erstreckung auf die in § 11 Abs. 1 VVG geregelten Fälle nicht entgegensteht. Der Umstand, dass die Vorgaben betreffend die Mindest- und Höchstfristen der Kündigung in § 11 Abs. 3 VVG in einem eigenen Absatz geregelt sind, spricht auch systematisch für die Erstreckung des Anwendungsbereichs der Bestimmung auf beide in den vorstehenden Absätzen geregelten Fälle. Zudem entspricht die Geltung der in § 11 Abs. 3 VVG vorgegebenen Mindest- bzw. Höchstfristen für die in § 11 Abs. 1 VVG geregelten Fälle dem ausdrücklichen Willen des Gesetzgebers (BT-Drs. 16/3945, 63 li. Sp.).

- Die sich aus § 11 Abs. 3 VVG ergebende Vorgabe, dem VN im Falle der Vertragsbeendigung durch ordentliche Kündigung des VR eine **Mindestkündigungsfrist** von einem Monat zuzubilligen, gilt auch für die in Nr. II 5b AVB vereinbarte „automatische“ Beendigung des Vertrags mit Ablauf der Versicherungsperiode, in die eines der in Nr. II 5b AVB genannten Ereignisse – u.a. die Stellung des Antrags auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen der VN – fällt.
- Regelung des § 11 Abs. 3 VVG soll dem VN auch einen gewissen Zeitraum für die Suche nach neuem Versicherungsschutz sichern. Durch die Vorgabe einer Mindestkündigungsfrist soll er vor einem abrupten Ende des Versicherungsverhältnisses geschützt werden. Dieser **Schutzzweck** rechtfertigt es, die sich aus § 11 Abs. 3 VVG ergebende Vorgabe zur Mindestkündigungsfrist auch auf in den Anwendungsbereich des § 11 Abs. 1 VVG fallende Vertragskonstruktionen zu übertragen, in denen das Erfordernis einer Kündigungserklärung im Voraus für bestimmte Fälle vertraglich abbedungen ist; denn der Umstand, dass das Versicherungsverhältnis „automatisch“ und ausnahmsweise ohne Kündigungserklärung endet, lässt das schutzwürdige Übergangsinteresse des VN nicht entfallen.

**§ 307
Abs. 2 Nr. 1
BGB**

- Stellung eines Insolvenzantrags über das Vermögen der VN rechtfertigt den Verzicht auf die sich im Falle einer Vertragsbeendigung durch ordentliche Kündigung aus § 11 Abs. 3 VVG ergebende Mindestkündigungsfrist nicht.
- Soweit Revisionserwiderung meint, die Interessen des VR seien im Fall der Insolvenz der VN durch das bloße Bestehen eines Kündigungsrechts zur Verhinderung einer weiteren Vertragsverlängerung über die folgende Versicherungsperiode hinaus nicht hinreichend gewahrt, rechtfertigt dies die Abweichung von § 11 Abs. 1 und 3 VVG nicht.
- Bewusste Wertentscheidung des Gesetzgebers, die Insolvenz des VN den allgemeinen Regelungen zu unterstellen.
- Gesetzgeberische Wertung wird dadurch bestätigt, dass dem VN auch durch die §§ 23 ff. VVG im Grundsatz eine Mindestkündigungsfrist von einem Monat zugebilligt wird. Selbst wenn daher der Insolvenzantrag in der D&O-Versicherung als **Gefahrerhöhung** anzusehen wäre, wäre nach der Konzeption des Gesetzgebers eine Mindestkündigungsfrist zu gewähren.

- Dass die Anknüpfung der Klausel in Nr. II 5b AVB an den Ablauf der Versicherungsperiode für den **Großteil der Fälle** zu einer Beendigung des Vertrags unter Einhaltung einer einmonatigen Auslauffrist führt, soweit das zur Vertragsbeendigung führende Ereignis in die ersten elf Monate der jeweiligen Versicherungsperiode fällt, steht einer Unvereinbarkeit der Klausel mit wesentlichen Grundgedanken der Regelung in § 11 Abs. 1 und 3 VVG nicht entgegen.

- Entgegen BG steht einer Geltendmachung von Leistungen auch nicht der insolvenzbedingte Ausschluss der Nachmeldefrist in **Nr. II 3 Abs. 1 AVB** entgegen.
- Selbst wenn das Versicherungsverhältnis hier – wie vom BG angenommen – aufgrund einer – insolvenzbedingten – Kündigung des VR geendet hat, was unterstellt werden kann, wäre das Bestehen einer Nachmeldefrist nicht nach Nr. II 3 Abs. 1 AVB ausgeschlossen.

Dies ergibt die Auslegung der Klausel:

Der durchschnittliche VN entnimmt dem den AVB zugrunde liegenden Regelungskonzept, dass die Fälle der automatischen Vertragsbeendigung in Nr. II 5b AVB stets zur Folge haben sollen, dass auch eine Nachmeldefrist nicht besteht, der VR mithin bei der Gestaltung der AVB zwischen den zur Vertragsbeendigung führenden Gründen einerseits und den zum Ausschluss einer Nachmeldefrist führenden Gründen andererseits grundsätzlich eine **inhaltliche Kongruenz** herstellen wollte und eine Nachmeldefrist nach Nr. II 3 Abs. 1 AVB jedenfalls immer dann ausgeschlossen sein soll, wenn ein Fall der automatischen Vertragsbeendigung nach Nr. II 5b AVB vorliegt.

- Die Formulierung in Nr. II 3. Abs. 1 AVB wird der durchschnittliche VN so verstehen, dass der Ausschluss der Nachmeldefrist nur bzw. schon dann eingreifen soll, wenn es gerade **in Folge einer Insolvenzantragstellung zu einer automatischen Vertragsbeendigung nach Nr. II 5b AVB** kommt. Der durchschnittliche VN wird der Regelung daher insbes. nicht entnehmen, dass eine anderweitige Vertragsbeendigung, etwa durch eine ordentliche Kündigung des VR – auch wenn sie auf insolvenzbedingten Umständen beruhen mag – zum Ausschluss der Nachmeldefrist führen soll.

- Ob die Klausel in Nr. II.3. Abs. 1 AVB einer Inhaltskontrolle am Maßstab der §§ 307 ff. BGB zugänglich ist und ihr standhält, bedarf keiner Entscheidung. Selbst wenn die Einräumung einer Nachmeldefrist bei einer Versicherung nach dem Anspruchserhebungsprinzip stets geboten wäre, um eine unangemessene Benachteiligung des VN zu vermeiden, hätte dies für den Bestand des Regelungsteils in Nr. II 3 Abs. 1 AVB, der dem Kl. die auf die Einräumung einer Nachmeldefrist gerichtete subjektive Rechtsposition vermittelt, keine Auswirkungen.



blue-pencil-Test

- Zur Inhaltskontrolle des in der D&O-Versicherung (üblicherweise) geltenden Anspruchserhebungsprinzips („Claims-Made-Prinzip“) s. etwa OLG Hamburg r+s 2015, 498 Rn. 17; OLG Frankfurt a.M. r+s 2013, 329; OLG München VersR 2009, 1066

**BGH, Urteil vom 11.6.2025
- IV ZR 83/24,
NJW-RR 2025, 1083**

D & O-Versicherung II

ZPO § 310 Abs. 3, § 331 Abs. 3

Ist im Rahmen des schriftlichen Vorverfahrens auf der Grundlage von §§ 331 Abs. 3, 310 Abs. 3 ZPO ein Versäumnisurteil ergangen, ist für die durch dieses Urteil beschwerte säumige Partei der Einspruch jedenfalls dann statthaft, sobald die erste der gemäß § 310 Abs. 3 ZPO erforderlichen Zustellungen wirksam geworden ist.

BGH, Urteil vom 11. Juni 2025 - IV ZR 83/24 - OLG Frankfurt am Main
LG Wiesbaden

Rechtsschutzversicherung

Zeitpunkt für die Beurteilung der Erfolgsaussichten

**BGH, Urteil vom 5.6.2024
- IV ZR 140/23,
BGHZ 241, 63 = r+s 2024, 812 =
VersR 2024, 1068**

**Deckungsschutz in der
Rechtsschutzversicherung für die
Geltendmachung eines
Schadensersatzanspruchs
(Diesel-Abgasskandal)**

Sachverhalt:

Der VN einer Rechtsschutzversicherung begehrt die Feststellung der Verpflichtung des bekl. VR zur Gewährung von Deckungsschutz für die außergerichtliche und erstinstanzliche Wahrnehmung seiner rechtlichen Interessen gegen die Herstellerin seines Wohnmobils im Zusammenhang mit dem sog. „Dieselskandal“.

Er erwarb das Fahrzeug im August 2020 gebraucht und beabsichtigt, gegen die Herstellerin Schadensersatzansprüche aus § 826 BGB und § 823 Abs. 2 BGB gerichtet auf Rückabwicklung des Kaufvertrages geltend zu machen. Der Herstellerin lastet er an, das Fahrzeug sei mit unzulässigen Abschaltvorrichtungen i.S.d. Art. 5 Abs. 2 VO (EG) 715/2007, insbes. mit einem Thermofenster, ausgestattet.

Die erbetene Deckungszusage verweigert der VR im Dezember 2021 u.a. mit der Begründung, es bestünden keine hinreichenden Erfolgsaussichten in der Sache. Einen vom RA des VN daraufhin gefertigten Stichentscheid weist der VR als nicht bindend zurück.

Die Berufung des VN gegen die klagabweisende Entscheidung des LG hatte vor dem OLG Hamm (Urt. v. 12.6.2023 - 6 U 22/23, juris) überwiegend Erfolg.

Bedingungslage

§ 3a Ablehnung des Rechtsschutzes wegen mangelnder Erfolgsaussichten oder wegen Mutwilligkeit - Stichentscheid

(1) Die A kann den Rechtsschutz ablehnen, wenn ihrer Auffassung nach

- a) in einem der Fälle des § 2 a) bis g), n), q) aa) und cc) sowie r) aa) die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen keine hinreichende Aussicht auf Erfolg hat oder

...

➤ Entscheidung des Senats: Zurückweisung der Revision

- **Ausgangsfrage:**

Kommt es für die Beurteilung der Erfolgsaussichten der Klage (ausschließlich) auf den Zeitpunkt der sog. „**Bewilligungsreife**“ an, oder ist eine zugunsten des VN nach diesem Zeitpunkt eintretende Klärung der höchstrichterlichen Rspr. zu berücksichtigen? Und wenn ja: Auf welchen Zeitpunkt ist abzustellen?

- **Hintergrund:**

→ **Zunächst:** Rspr. des BGH (VIa. Zivilsenat, z.B. VersR 2021, 388)

Der Einsatz eines Thermofensters genügt - alleine für sich genommen - nicht, um einen Schadensersatzanspruch eines Käufers zu begründen, da dieses Verhalten alleine nicht als sittenwidrig zu qualifizieren ist.

→ **Und dann:** EuGH, Urt. v. 21.3.2023 - C-100/21, VersR 2023, 783 [QB/Mercedes-Benz Group AG, vormals Daimler AG]

Stand der (obergerichtlichen) Rspr.:

OLG Schleswig r+s 2022, 512;
OLG Bremen BeckRS 2022, 37412;
OLG Frankfurt a.M. VersR 2023,
442; s. auch noch OLG Schleswig
r+s 2024, 623

Für die Prüfung der Frage, ob die beabsichtigte Wahrnehmung der rechtlichen Interessen des VN hinreichende Erfolgsaussicht hat, ist **ausschließlich auf den Zeitpunkt der Bewilligungsreife** abzustellen, also auf den Zeitpunkt, in dem der VR seine Entscheidung trifft; allein die tatsächliche damalige Rspr. ist maßgeblich (hier: BGH).

OLG Hamm VersR 2023, 1290;
OLG Jena BeckRS 2023, 14757;
OLG Karlsruhe VersR 2024, 158

Wenn sich – bei unverändertem Sachverhalt und unveränderter Vorschriftenlage – in der Rspr. neue Entwicklungen zugunsten des VN ergeben, muss diese Entwicklung bei der Prüfung der Erfolgsaussichten berücksichtigt werden; abzustellen ist auf den **Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung** (hier: EuGH).

➤ **BGH:**

- Die in § 3a Abs. 1 a) ARB aus § 114 Abs. 1 ZPO übernommene Formulierung bringt zum Ausdruck, dass der VR Versicherungsschutz unter den sachlichen Voraussetzungen gewährt, unter denen eine Partei die Bewilligung von PKH beanspruchen kann.
- Nach diesem Maßstab hat das BG zutreffend angenommen, dass die Erfolgsaussichten für die beabsichtigte gerichtliche Geltendmachung eines deliktischen Schadensersatzanspruchs aus § 823 Abs. 2, § 31 BGB iVm § 6 Abs. 1, § 27 Abs. 1 EG-FVG, Art. 5 Abs. 2 VO (EG) 715/2007 und Art. 18 Abs. 1, Art. 26 Abs. 1 und Art. 46 Rahmenrichtlinie auf Rückabwicklung des Kaufvertrages vorlagen.

Erfolgt nach dem Zeitpunkt der Bewilligungsreife eine Klärung durch die höchstrichterliche Rspr. (hier: EuGH) zugunsten des VN, sind für die Beurteilung des Deckungsschutzanspruchs die Erfolgsaussichten im Zeitpunkt des Schlusses der letzten mündlichen Verhandlung vor dem BG maßgeblich.

- Zwar ist grds. auf den Zeitpunkt der Bewilligungsreife des Deckungsgesuchs abzustellen, d.h. auf den Zeitpunkt, in dem der VR seine Entscheidung trifft, hier Dezember 2021.
- Treten aber - **bei unverändertem Sachverhalt und gleichbleibender Rechtslage** - zwischen der ablehnenden Entscheidung des Deckungsschutzantrags und der gerichtlichen Entscheidung über eine Deckungsklage Änderungen in der Beurteilung der Erfolgsaussichten ein, die sich zugunsten des Rechtsschutzsuchenden auswirken und die nach dem einschlägigen Fachrecht zu berücksichtigen sind, sind diese zu beachten.
- Dafür sprechen **Wortlaut, Sinn und Zweck von § 3a Abs. 1 ARB** sowie **Erwägungen zu Billigkeit und Verfahrensökonomie**, die **Identität der sachlichen Voraussetzungen im Rechtsschutzversicherungs- und Prozesskostenhilfeverfahren** sowie die **Intention von § 128 VVG**.

**BGH, Urteil vom 12.6.2024
- IV ZR 341/22,
NJW 2024, 2395 =
VersR 2024, 995**

**Wirksamkeit von Bestimmungen
in ARB über das
Schiedsgutachterverfahren nach
Ablehnung des Rechtsschutzes**

§ 3a Ablehnung des Rechtsschutzes wegen mangelnder Erfolgsaussichten oder wegen Mutwilligkeit – Schiedsgutachterverfahren

(2) ¹Mit der Mitteilung über die Rechtsschutzablehnung ist der VN darauf hinzuweisen, dass er, soweit er der Auffassung des VR nicht zustimmt und seinen Anspruch auf Rechtsschutz aufrechterhält, **innerhalb eines Monates** die Einleitung eines Schiedsgutachterverfahrens vom VR verlangen kann.

²Mit diesem Hinweis ist der VN aufzufordern, alle nach seiner Auffassung für die Durchführung des Schiedsgutachterverfahrens wesentlichen Mitteilungen und Unterlagen innerhalb der Monatsfrist dem VR zuzusenden. ...

(4) ¹Schiedsgutachter ist ein seit mindestens fünf Jahren zur Rechtsanwaltschaft zugelassener Rechtsanwalt, der von dem Präsidenten der für den Wohnsitz des VN zuständigen Rechtsanwaltskammer benannt wird.

²Dem Schiedsgutachter sind vom VR alle ihm vorliegenden Mitteilungen und Unterlagen, die für die Durchführung des Schiedsgutachterverfahrens wesentlich sind, zur Verfügung zu stellen. ³Er entscheidet im schriftlichen Verfahren; seine Entscheidung ist für den VR bindend.

1. Eine Klausel in AGB der Rechtsschutzversicherung, wonach der VN mit der Mitteilung über die Rechtsschutzablehnung darauf hinzuweisen ist, dass er, soweit er der Auffassung des VR nicht zustimmt und seinen Anspruch auf Rechtsschutz aufrechterhält, innerhalb eines Monats die Einleitung eines Schiedsgutachterverfahrens vom VR verlangen kann, ist unwirksam.
2. Klauseln in Rechtsschutzversicherungsbedingungen, wonach der VN aufzufordern ist, alle nach seiner Auffassung für die Durchführung des Schiedsgutachterverfahrens wesentlichen Mitteilungen und Unterlagen innerhalb der Monatsfrist dem VR zuzusenden, Schiedsgutachter ein seit mindestens fünf Jahren zur Rechtsanwaltschaft zugelassener Rechtsanwalt ist, der von dem Präsidenten der für den Wohnsitz des VN zuständigen Rechtsanwaltskammer benannt wird, dem Schiedsgutachter vom VR alle ihm vorliegenden Mitteilungen und Unterlagen, die für die Durchführung des Schiedsgutachterverfahrens wesentlich sind, zur Verfügung zu stellen sind, sind zulässig.

Entscheidung des Senats: Alle vom Kl. (UKlaG-Verfahren) angegriffenen Teilklauseln halten einer Inhaltskontrolle gem. § 307 BGB stand und weichen nicht iSv § 129 VVG von § 128 S. 1 VVG ab.



- Klausel in § 3a Abs. 2 S. 1 ARB bestimmt, wie ihre Auslegung ergibt, eine **Ausschlussfrist** und verstößt insoweit nicht gegen das Transparenzgebot des § 307 Abs. 1 S. 2 BGB. Sie weicht auch nicht von der halbzwingenden Bestimmung des § 128 S. 1 VVG ab, die keine konkreten Vorgaben für das durchzuführende Verfahren enthält und dem VR insoweit einen Ausgestaltungsspielraum belässt. Deshalb benachteiligt sie den VN auch nicht unangemessen iSv § 307 Abs. 1 S. 1 BGB.



- Klausel in § 3a Abs. 2 S. 2 ARB ist **keine Ausschlusswirkung** zu entnehmen. Dem durchschnittlichen VN erschließt sich vielmehr aus dem für ihn erkennbaren Sinn und Zweck der Verpflichtung, dass es darum geht, dem Schiedsgutachter eine Tatsachengrundlage zur Verfügung zu stellen, die ihm eine möglichst zeitnahe Entscheidung ermöglicht. Er wird daraus weder folgern, dass nach Fristablauf dem VR übersandte Mitteilungen und Unterlagen nicht auch dem Schiedsgutachter zur Verfügung zu stellen sind, noch wird er daraus schließen, dass er dem Schiedsgutachter seinerseits für die Durchführung des Verfahrens wesentliche Mitteilungen und Unterlagen nicht mehr übermitteln kann.



- Klausel in **§ 3a Abs. 4 S. 1 ARB** ist ebenfalls wirksam. Sie ist insbes. nicht intransparent iSv § 307 Abs. 1 S. 2 BGB, weil sie dem VN nicht ausdrücklich die Möglichkeit vorbehält, den Schiedsgutachter wegen Besorgnis der Befangenheit abzulehnen.



- Klausel in **§ 3a Abs. 4 S. 2 ARB** ist insbes. nicht deshalb unwirksam, weil sie dem VR das Recht eröffnet, dem Schiedsgutachter die Übermittlung solcher Mitteilungen und Unterlagen vorzuenthalten, die er zwar vom VN erhalten hat, aber selbst nicht für wesentlich hält. Bereits dem Wortlaut der Klausel entnimmt der durchschnittliche VN, dass der VR dem Schiedsgutachter alle ihm vorliegenden Mitteilungen und Unterlagen zur Verfügung zu stellen hat, die für die Durchführung des Verfahrens - objektiv - wesentlich sind.

Lebensversicherung

**BGH, Urteil vom 18.9.2024
- IV ZR 436/22,
BGHZ 241, 254 =
VersR 2024, 1461 =
NJW 2024, 3432 mAnm Armbrüster**

**Wirksamkeit von Regelungen zur
Beteiligung des VN an Überschüssen
einer Rentenversicherung**

Sachverhalt:

Der Kl., ein in die Liste der qualifizierten Einrichtungen gem. § 4 UKlaG eingetragener Verein, und der bekl. VR streiten über die Ausgestaltung und Abwicklung von Rentenversicherungsverträgen in einem von der Bekl. angebotenen Tarif.

Der Kl. wendet sich insbes. gegen die von der Bekl. in diesem Tarif praktizierte Überschussbeteiligung. In dieser sieht er einen Verstoß gegen die Vorgaben von **§ 6 Abs. 1 S. 1 Mindestzuführungsverordnung (MindZV)** sowie eine Verletzung des **aufsichtsrechtlichen Gleichbehandlungsgrundsatz (§ 138 Abs. 2 VAG)** und der in **§ 153 Abs. 2 S. 1 Halbs. 1 VVG** vorgesehenen Beteiligung der Versicherten am Überschuss nach einem **verursachungsorientierten Verfahren**.

Hintergrund ist die Praxis der Bekl., bei der jährlichen Zuweisung der Überschüsse auf die überschussberechtigten Verträge den Versicherungsverträgen mit einem höheren Rechnungszins (Altverträge aus anderen Tarifen) eine in Prozent ihres Deckungskapitals geringere Überschussbeteiligung zuzuteilen als den Verträgen mit einem niedrigeren Rechnungszins.

Die Parteien streiten daneben über die **Wirksamkeit diverser Klauseln** in den AVB, Produktinformationsblättern und Versicherungsinformationen, u.a. über eine Regelung, nach der die Abschluss- und Verwaltungskosten über einen Zeitraum von mindestens fünf Jahren, jedoch nicht länger als bis zum Ende der vereinbarten Beitragszahlungsdauer verteilt werden, sowie über die Bestimmungen zum sog. Stornoabzug bei Beitragsfreistellung und Kündigung.

Das LG hat der Klage teilweise stattgegeben und die Bekl. u.a. zur Unterlassung der Verwendung von Teilen der Klauseln in den Versicherungsbedingungen zum Stornoabzug verurteilt. Die von der Bekl. praktizierte Beteiligung der Versicherungsverträge unterschiedlicher Tarifgenerationen an den Überschüssen hat es hingegen als wirksam angesehen und die Klage insoweit abgewiesen. Das OLG hat das landgerichtliche Urteil zum Teil geändert und die Bekl. zur Unterlassung der Verwendung weiterer Teilklauseln in den von ihr verwendeten Versicherungsbedingungen, Produktinformationsblättern und Versicherungsinformationen verurteilt; die weitergehenden Rechtsmittel der Parteien sind erfolglos geblieben.

§ 6 Mindestzuführungsverordnung (MindZV) in der bis zum 16. Juli 2020 gültigen Fassung

(1) ¹Die Mindestzuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung in Abhängigkeit von den Kapitalerträgen für die überschussberechtigten Versicherungsverträge beträgt 90 Prozent der nach § 3 Absatz 1 anzurechnenden Kapitalerträge abzüglich der rechnungsmäßigen Zinsen ohne die anteilig auf die überschussberechtigten Versicherungsverträge entfallenden Zinsen auf die Pensionsrückstellungen ...

...

§ 138 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

...

(2) Bei gleichen Voraussetzungen dürfen Prämien und Leistungen nur nach gleichen Grundsätzen bemessen werden.

§ 153 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

(1) Dem Versicherungsnehmer steht eine Beteiligung an dem Überschuss und an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung) zu, es sei denn, die Überschussbeteiligung ist durch ausdrückliche Vereinbarung ausgeschlossen; ...

(2) ¹Der Versicherer hat die Beteiligung an dem Überschuss nach einem verursachungsorientierten Verfahren durchzuführen; andere vergleichbare angemessene Verteilungsgrundsätze können vereinbart werden. ...

...

Entscheidung des Senats: Im Wesentlichen Zurückweisung der Revision des Kl. und teilweise Stattgabe der Revision der Bekl. (Stornoabzug).



- Praxis der Überschussverteilung verstößt nicht gegen die Bestimmung des § 6 Abs. 1 S. MindZV, der nicht die Vorgabe zu entnehmen ist, bei der Verteilung der Überschüsse die für die Bedienung der einzelnen Versicherungsverträge mit den jeweils vereinbarten rechnungsmäßigen Zinsen benötigten Kapitalerträge vorab von den insgesamt erzielten Kapitalerträgen abzuziehen und nur den verbleibenden Teil als Überschuss zu verwenden.
- Von der Bekl. im Ausgangspunkt geübte Praxis, Tarifgenerationen mit unterschiedlichem Garantiezins eine **einheitliche Gesamtverzinsung** zuzuteilen, soweit diese nicht hinter dem Garantiezins zurückbleibt, ist sowohl mit § 138 Abs. 2 VAG als auch mit § 153 Abs. 2 S. 1 Halbs. 1 VVG vereinbar.
- Weder § 138 Abs. 2 VAG noch § 153 Abs. 2 S. 1 Halbs. 1 VVG verbieten zudem im Grds. eine sog. "**risikoadjustierte Gesamtverzinsung**", bei der den Verträgen mit einer höheren Garantieverzinsung eine in Prozent ihres Deckungskapitals geringere Überschussbeteiligung zugeteilt wird als den Verträgen mit einem niedrigeren Rechnungszins.

**2
Aussagen**



- Klausel, nach der die **Abschluss- und Vertriebskosten** in gleichmäßigen Jahresbeträgen über einen Zeitraum von mindestens fünf Jahren, jedoch nicht länger als bis zum Ende der vereinbarten Beitragszahlungsdauer verteilt werden, hält der Inhaltskontrolle nach § 307 BGB stand und weicht insbes. nicht i.S.v. § 171 S. 1 VVG zum Nachteil des VN von § 169 Abs. 3 S. 1 Halbs. 1 VVG ab.

Die letztgenannte Bestimmung enthält, wie ihre Auslegung ergibt, **keine** Regelung für Verträge, bei denen die Prämie in einem Einmalbeitrag entrichtet wird oder bei denen die vereinbarte Prämienzahlungsdauer weniger als fünf Jahre beträgt.



- Klauseln zum **Stornoabzug** bei Beitragsfreistellung und Kündigung sind wirksam und halten einer Inhaltskontrolle - auch am Maßstab des Transparenzgebots gem. § 307 Abs. 1 S. 2 BGB - stand. Transparenzbedenken ergeben sich insbes. nicht daraus, dass die Klauseln mit ihrer jeweiligen Regelung zur Darlegungs- und Beweislast hinsichtlich der Angemessenheit der Höhe des Stornoabzugs die Folgen der Verteilung der Darlegungs- und Beweislast für einen durchschnittlichen VN nicht hinreichend verständlich machten.

Berufsunfähigkeits- versicherung

**BGH, Urteil vom 12.6.2024
- IV ZR 437/22,
r+s 2024, 819 = VersR 2024, 1057**

**Unwirksamkeit von Klauseln über die
Überschussbeteiligung des VN in den
Bedingungen einer
Berufsunfähigkeitsversicherung
(„Telematik-Tarif“)**



Sachverhalt:

Der Kl., ein in die Liste der qualifizierten Einrichtungen gem. § 4 UKlaG eingetragener Verein, und der bekl. VR streiten über die Wirksamkeit von die Überschussbeteiligung der VN betreffenden Klauseln in den AVB für einen Berufsunfähigkeitstarif.

Die Bekl. bietet selbständige Berufsunfähigkeitsversicherungen nach dem Tarif „SBU professional Vitality“ an, bei denen die Überschussbeteiligung mittels Sofortverrechnung zur Reduzierung der Prämie der VN verwendet. Im genannten Tarif hat **„sonstiges gesundheitsbewusstes Verhalten“** der versicherten Personen unter den in den streitgegenständlichen Klauseln festgelegten Voraussetzungen zusätzlichen Einfluss auf die Höhe der Überschussbeteiligung

Die Versicherung setzt die Teilnahme der versicherten Person an einem sog. „Vitality Programm“ voraus. Die Teilnehmer des Programms können durch bestimmte Verhaltensweisen, insbes. sportliche Aktivitäten oder durch Arztbesuche, Punkte ansammeln. Abhängig von der Zahl der gesammelten Punkte werden die Teilnehmer in einen sog. „Vitality Status“ eingestuft, der entweder „Bronze“, „Silber“, „Gold“ oder „Platin“ sein kann.

Der Kl. hält zwei in den Unterabs. 6 und 8 der Klausel in den AVB zur Überschussbeteiligung enthaltene (Teil-)Klauseln wegen Intransparenz und unangemessener Benachteiligung des VN für unwirksam.

Das LG (München, VuR 2021, 144) hat der Klage stattgeben, das OLG (München, VuR 2022, 470) die dagegen gerichtete Berufung des VR zurückgewiesen.

§ 20 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 VVG an den Überschüssen und gegebenenfalls an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung).

...

(4) Gesundheitsbewusstes Verhalten

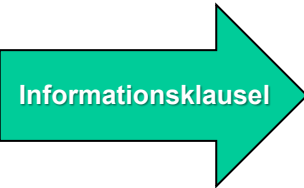
Berücksichtigung des sonstigen gesundheitsbewussten Verhaltens im Rahmen der Überschussbeteiligung

...

[Unterabs. 6]

Sofern wir keine termingerechte Information über das sonstige gesundheitsbewusste Verhalten erhalten, weil z.B. das G. ... Programm gekündigt wurde oder der Übermittlung des G. ... Status widersprochen wurde, wird Ihr Vertrag hinsichtlich dieser Überschüsse für die betroffenen Versicherungsjahre so behandelt, als hätte die versicherte Person sich nicht sonstig gesundheitsbewusst verhalten.

...



Informationsklausel

[Unterabs. 8]

Die Überschussanteile Ihrer Versicherung können steigen, wenn die versicherte Person durch sonstiges gesundheitsbewusstes Verhalten einen entsprechenden G. ... Status erreicht, wodurch der Nettobeitrag sinken kann. Umgekehrt können die Überschussanteile Ihrer Versicherung aber auch sinken, wenn die versicherte Person sich weniger sonstig gesundheitsbewusst verhält und einen diesem Verhalten entsprechenden G. ... Status erhält, wodurch der Nettobeitrag steigen kann. Der Nettobeitrag ergibt sich aus dem um die Überschussanteile reduzierten Betrag. Einzelheiten hierzu, insbesondere zu den von dem G. ... Status abhängigen jährlichen Zu- oder Abnahmen Ihres Nettobeitrages, sowie zu den in jedem Versicherungsjahr geltenden Grenzwerten und Bezugsgrößen finden Sie in unserem jährlichen Geschäftsbericht; diese Werte werden jährlich im Rahmen der Überschussdeklaration neu festgesetzt.

...

- **§ 20 Abs. 4 Unterabs. 8 AVB** ist wegen Intransparenz (§ 307 Abs. 1 S. 2 BGB) unwirksam. Dem VN wird durch die Klausel nicht hinreichend verdeutlicht, nach welchen Maßstäben die in § 20 Abs. 4 Unterabs. 2 vorgesehene weitere Modifizierung seiner Überschussbeteiligung (und damit mittelbar die Höhe der von ihm zu leistenden Versicherungsprämie) vorgenommen wird. Nicht ausreichend ist der Verweis in § 20 Abs. 4 Unterabs. 8 auf den Geschäftsbericht des VR, weil auch dort keine abstrakten Regelungen zur Modifikation der Überschussbeteiligung enthalten sind. Aus demselben Grund wird die Transparenz der Klausel auch nicht durch den VN übermittelte Informationsschreiben hergestellt.
- **§ 20 Abs. 4 Unterabs. 6 AVB** ist unwirksam, weil sie den VN entgegen den Geboten von Treu und Glauben unangemessen benachteiligt (§ 307 Abs. 1 S. 1 BGB). Die Auslegung der Klausel ergibt, dass zu Lasten des VN für jeden Fall des Ausbleibens einer Mitteilung über sein sonstiges gesundheitsbewusstes Verhalten unterstellt wird, es habe ein solches Verhalten nicht gegeben. Dies benachteiligt den VN deshalb unangemessen, weil ihm hiermit das Risiko einer ausbleibenden Übermittlung auch für den Fall aufgebürdet wird, dass die Bekl., ein Dritter oder niemand das Ausbleiben der Übermittlung des sonstigen gesundheitsbewussten Verhaltens zu vertreten hat.



- Daraus, dass § 20 Abs. 4 Unterabs. 8 AVB dem VR bei der Verteilung der Überschüsse in materieller Hinsicht eine Abweichung von dem sich aus der gesetzlichen Regelung der §§ 176, 153 Abs. 2 VVG für die Überschussverteilung ergebenden Regellaßstab der Verursachungsorientierung erlaubt, ergeben sich durch Treu und Glauben gebotene, **erhöhte Transparenzanforderungen** an die dem VR abzuverlangende Beschreibung des alternativ zur Anwendung zu bringenden Verteilungsmaßstabes.
- Anhand § 20 Abs. 4 Unterabs. 8 AVB ist für den VN eine zuverlässige Einschätzung darüber, welche wirtschaftlichen Auswirkungen eine (auch) auf Grundlage seines „sonstigen gesundheitsbewussten Verhaltens“ erfolgende Ermittlung von Überschussanteilen haben kann, nicht möglich. Der Informationsgehalt der Teilklausel beschränkt sich - auch im Zusammenwirken mit den weiteren Regelungen in Abs. 4 - in materieller Hinsicht auf die Aussage, dass die auf den Versicherungsvertrag nach § 20 Abs. 1 bis 3 AVB entfallenden (Basis-)Überschussanteile in Abhängigkeit von dem anhand des „Vitality Status“ bemessenen „sonstigen gesundheitsbewussten Verhaltens“ steigen oder sinken können. Welchen Einfluss dieses Kriterium im Einzelnen haben soll, bleibt aber offen, denn die eigentliche materielle Ausgestaltung der in § 20 Abs. 4 Unterabs. 2 AVB erfolgenden Modifikation bleibt nach der angegriffenen Teilklausel in § 20 Abs. 4 Unterabs. 8 AVB vollständig der jährlichen Neufestsetzung durch den VR überlassen.

→ Die in § 20 Abs. 4 Unterabs. 8 AVB enthaltene **Verweisung auf den Geschäftsbericht** räumt die in der Klausel angelegte Intransparenz nicht aus. Zwar sind Verweisungen in AGB auf andere Regelungswerke zulässig (Senatsurt. v. 23.11.1994 - IV ZR 124/93, BGHZ 128, 54 [juris Rn. 32]). Den Informationsbedürfnissen des VN kann es auch genügen, wenn in den AVB auf andere Unterlagen, die den Bedingungen beigelegt sind, ausdrücklich verwiesen wird. Dies kann der gewünschten Übersichtlichkeit von AVB dienen, die bei zunehmendem Umfang eine Orientierung des VN erschweren (Senatsurt. v. 9.5.2001 - IV ZR 121/00, BGHZ 147, 354 [juris Rn. 39]).

Die in § 20 Abs. 4 Unterabs. 8 S. 4 AVB enthaltene Verweisung auf den „jährlichen Geschäftsbericht“ ist aber nicht geeignet, den in der fehlenden Konkretisierung des alternativen Verteilungsmaßstabes liegenden Transparenzmangel auszuräumen, weil sich dort keine **abstrakt-generellen Regelungen** zur Überschussverteilung finden, die dem VN eine subjektive Rechtsposition verschaffen sollen, sondern lediglich aufgezeigt wird, wie der VR den Gestaltungsspielraum, der ihm durch die Regelung eingeräumt ist, für das betreffende Geschäftsjahr ausgefüllt hat.

**BGH, Beschluss vom 29.5.2024
- IV ZR 189/23,
BeckRS 2024, 14064**

Darlegungsanforderungen

Sachverhalt:

Der VN unterhält bekl. VR zugunsten seiner Ehefrau (Versicherte) eine BU-Versicherung. Die Versicherte war als Kommunikationsdesignerin ohne Angestellte selbständig tätig. Im Juli 2019 stellte sie einen Leistungsantrag wegen einer seit August 2017 bestehenden BU aufgrund psychischer Erkrankungen. Nach Einholung von Gutachten verweigerte der VR im Dezember 2020 Leistungen, da die Versicherte den Nachweis bedingungsgemäßer BU nicht erbracht habe.

Der VN behauptet, die Versicherte habe an fünf bis sechs Tagen der Woche je acht bis zehn Stunden gearbeitet, wobei sich die anfallenden Tätigkeiten in einer typischen Arbeitswoche nach Art, Umfang und Anforderungen an die gesundheitliche Leistungsfähigkeit im Einzelnen so wie in einer der Klageschrift als Anlage beigefügten tabellarischen Übersicht beschrieben gestaltet hätten.

Seine Klage bleibt in beiden Instanzen erfolglos.

Das LG, so das OLG, sei fehlerfrei zu der Überzeugung gelangt, dass der VN das Tätigkeitsbild seiner Ehefrau nicht durch deren Vernehmung bewiesen habe. Es habe hier nicht angenommen, der VN habe die Richtigkeit der der Klageschrift beigefügten Anlage nicht bewiesen, sondern sich vielmehr in rechtlich nicht zu beanstandender Weise davon überzeugen können, dass der Beruf der Versicherten nicht so ausgestaltet gewesen sei, wie dies in der Anlage wiedergegeben worden sei bzw., dass die Darstellungen gemäß der Anlage einer typischen Arbeitswoche der Versicherten entsprochen hätten.

➤ **Entscheidung des Senats: Aufhebung u. Zurückverweisung**
(§ 544 Abs. 9 ZPO)

- BG hat verfahrensfehlerhaft überspannte Anforderungen an den Nachweis der Ausgestaltung der beruflichen Tätigkeit der Versicherten gestellt und sich über den Antrag des VN auf Einholung eines Sachverständigengutachtens hinweggesetzt.
- BG hätte die Berufung des VN nicht unter alleinigem Verweis darauf zurückweisen dürfen, dieser habe nicht bewiesen, dass die Darstellungen in der der Klageschrift beigefügten Anlage einer typischen Arbeitswoche der Versicherten entsprochen hätten, ohne zu erwägen, ob durch die Angaben der Versicherten ein Tätigkeitsbild bewiesen ist, das einem medizinischen Sachverständigen als Grundlage seiner Gutachtenerstattung vorgegeben werden kann.

- Nach der st. Rspr. des Senats ist es Sache desjenigen, der den Eintritt des Versicherungsfalles Berufsunfähigkeit geltend machen will, substantiiert vorzutragen und im Falle des Bestreitens Beweis für sein Vorbringen anzutreten. Als Sachvortrag genügt dabei nicht die Angabe eines bloßen Berufstyps und der Arbeitszeit. Es muss von dem Versicherten, der hierzu unschwer imstande ist, verlangt werden, dass er eine ganz **konkrete Arbeitsbeschreibung** gibt, mit der die für ihn anfallenden Leistungen ihrer Art, ihres Umfanges wie ihrer Häufigkeit nach für einen Außenstehenden nachvollziehbar werden (vgl. Senatsurt. v. 22.9.2004 – IV ZR 200/03, r+s 2004, 513 [juris Rn. 10]; v. 29.11.1995 – IV ZR 233/94, r+s 1996, 116 [juris Rn. 11]; v. 30.9.1992 – IV ZR 227/91, BGHZ 119, 263, 266 [juris Rn. 17]).
- Sache des Gerichts ist es dann zu entscheiden, ob zunächst eine Beweisaufnahme zu dem vorgetragenen Beruf in seiner konkreten Ausgestaltung geboten ist, deren Ergebnis einem anschließend einzuschaltenden medizinischen Sachverständigen vorzugeben ist – sei es in alternativer Form, sei es aufgrund von Feststellungen, die das Gericht bereits zu treffen vermag. Jedenfalls muss der medizinische Sachverständige wissen, welchen – für ihn unverrückbaren – außermedizinischen Sachverhalt er zugrunde zu legen hat (Senatsurt. v. 22.9.2004 aaO [juris Rn. 11]; v. 29.11.1995 aaO [juris Rn. 15]; v. 30.9.1992 aaO S. 266 f. [juris Rn. 18]).

→ Anforderungen an die Beweispflicht dürfen hierbei aber nicht überspannt werden. Es darf nicht aus dem Blick geraten, dass die Klärung des Berufsbildes vornehmlich den Zweck verfolgt, dem Sachverständigen die notwendigen tatsächlichen Vorgaben zur medizinischen Beurteilung bedingungsgemäßer BU an die Hand zu geben. Steht fest, dass der Versicherte überhaupt einer Berufstätigkeit nachgegangen ist, darf ihm der Zugang zu den versicherten Leistungen nicht durch **übersteigerte Anforderungen an die Pflicht zur substantiierten Darlegung seiner Berufstätigkeit** unzumutbar erschwert werden (vgl. OLG Dresden VersR 2023, 1220 [juris Rn. 27]; OLG Köln, Urt. v. 10.2.2012 – 20 U 94/11, juris Rn. 3; jeweils m.w.N.).

BG hätte VN nicht allein deshalb als beweisfällig ansehen dürfen, weil nicht bewiesen, dass „Beispielswoche“ einer typischen Arbeitswoche entsprach. Versicherte hat davon unabhängig umfangreiche Ausführungen zur Tätigkeit gemacht. Das hat sich VN zumindest hilfsweise zu eigen gemacht. Prüfung unterlassen, ob dieses Beweisergebnis einem medizinischen Sachverständigen als Grundlage der Gutachtenerstattung vorgegeben werden kann.

Unfallversicherung

**OLG Braunschweig,
Urteil vom 12.2.2025
- 11 U 11/23,
MDR 2025, 796 = ZfS 2025, 280**

**Anforderungen an den Hinweis
gem. § 186 S. 1 VVG**

Sachverhalt:

Die VN nimmt den bekl. VR auf Leistungen aus einer Unfallversicherung wegen eines Unfalls ihres mitversicherten Ehemannes in Anspruch. Dieser stürzte am 21.6.2020 von einer Leiter und zog sich eine Wirbelsäulenfraktur zu, die operativ versorgt wurde und zu einem Dauerschaden führte. Nach Anzeige des Unfalls erbat der VR ärztliche Unterlagen und wies auf Folgendes hin:

„Beachten Sie bitte auch die folgenden Fristen im Fall einer Invalidität:

Führt der Unfall zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität), so entsteht ein Anspruch auf Invaliditätsleistung, wenn die Invalidität innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall eintritt.

Der Anspruch auf Invaliditätsleistung muss innerhalb von 21 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und bei uns geltend gemacht werden.“

Mit Schreiben vom 1.6.2022 beantragt der Versicherte die „Schadenregulierung für den Unfallschaden“.

Der VR verweigert Leistungen und beruft sich auf die verspätete Geltendmachung.

Während die Klage der VN in erster Instanz Erfolg hat, weist das Oberlandesgericht die Klage ab.

➤ Entscheidung des OLG:

- VR ist es nicht gem. **§ 186 S. 2 VVG** versagt, sich auf die unterbliebene fristgerechte Feststellung eines unfallbedingten Dauerschadens oder dessen fristgerechter Geltendmachung zu berufen.
- Belehrung des VR richtig und ausreichend.
VR musste nicht auch über die **Rechtsfolgen einer versäumten Frist** belehren.
- Ob die Aufklärung über die Rechtsfolge der versäumten Frist erforderlich ist, ist in der Lit. umstritten.

- **1. Ansicht:**
Hinweis auf die Folgen einer Fristversäumnis ist nach Sinn und Zweck der Norm geboten
(MünchKomm-VVG/Dörner, 3. Aufl. § 186 Rn. 5; HK-VVG/Rüffer, 4. Aufl. § 186 Rn. 5; Prölss/Martin/Knappmann, VVG 31. Aufl. § 186 Rn. 2; Bruck/Möller/Leverenz, VVG 9. Aufl. § 186 Rn. 23).
- **2. Ansicht:**
Hinweis nicht geboten (Jacob, Unfallversicherung 3. Aufl. Ziff. 2.1 AUB 2020 Rn. 110c; Prölss/Martin/Piontek, VVG 32. Aufl. § 186 Rn. 2; Kloth, Private Unfallversicherung 2. Aufl. G II Rn. 53).
- **Rechtsprechung hat die Frage bislang offengelassen**
(OLG Saarbrücken r+s 2017, 370 Rn. 34; OLG Dresden r+s 2019, 531 Rn. 8).

➤ **OLG schließt sich der 2. Ansicht an:**

- **Wortlaut** des § 186 S. 1 VVG sieht Information über die Rechtsfolgen der Fristversäumnis nicht vor.
- Auch **Gesetzesbegründung** weist lediglich darauf hin, dass den VR eine Informationsobliegenheit treffen solle, den VN auf die speziellen Anspruchs- und Fälligkeitsvoraussetzungen hinzuweisen, nennt aber keine Hinweispflicht bezüglich der Rechtsfolgen (BT-Drucks. 16/3945 S. 109).
- Da Gesetzgeber an anderen Stellen ausdrücklich geregelt hat, dass nicht nur Informationen zu Verhaltensnormen, sondern auch zu den Rechtsfolgen der Missachtung dieser Vorgaben zu erteilen sind (vgl. § 19 Abs. 5 S. 1, § 28 Abs. 4 VVG, § 12 Abs. 3 S. 2 VVG aF), spricht das Fehlen in § 186 S. 1 VVG gegen ein solches Erfordernis.

- Auch **Sinn und Zweck der Vorschrift** erfordern nicht, den Versicherten auf die Rechtsfolge des Fristablaufs hinzuweisen. Mit der Belehrung über die Fristen soll der Gefahr vorgebeugt werden, dass dem VN möglicherweise berechnigte Ansprüche allein wegen Ablaufs einer ihm nicht immer geläufigen Frist verloren gehen (BGH r+s 2019, 475 Rn. 27; VersR 2015, 230 Rn. 12; BT-Drucks. 16/3945 S. 109).

Wird ein VN aber dahingehend belehrt, dass er innerhalb einer bestimmten, näher bezeichneten Frist bestimmte Handlungen vorzunehmen hat, muss ihm klar sein, dass die Missachtung von Fristen für ihn nachteilige Rechtsfolgen haben kann. Dies gilt insbes., wenn der VR - wie hier - darauf hinweist, dass die ärztliche Feststellung sowie die Geltendmachung der Invaliditätsleistung innerhalb der Frist erfolgen müsse.

**BGH, Urteil vom 11.12.2024
- IV ZR 498/21,
r+s 2025, 264 = VersR 2025, 222
= NJW 2025, 961 mAnm Kloth**

**Ordentliches Kündigungsrecht des
VR einer „Unfall-Kombirente“**

BGB § 307 Abs. 1 Satz 1 und 2 A, Bk, Ci; VVG § 177; AVB Unfallversicherung (hier: Nr. 10.2 Abs. 2 und 4 AUB 2008))

In Verträgen über eine Unfall-Kombirente, in denen der Versicherer eine Leistung nach einem Unfall, nach definierter Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit bestimmter Organe oder der körperlichen und geistigen Fähigkeiten als Folge einzelner Krankheiten oder durch Unfall, bei Verlust einzelner Grundfähigkeiten und nach Feststellung einer Pflegestufe gemäß Sozialgesetzbuch verspricht, verstößt die Vereinbarung eines Rechts des Versicherers zur ordentlichen Kündigung in Nr. 10.2 Abs. 2 und 4 AUB 2008 nicht gegen das Transparenzgebot des § 307 Abs. 1 Satz 2 BGB und benachteiligt den Versicherungsnehmer nicht unangemessen im Sinne von § 307 Abs. 1 Satz 1 BGB.

BGH, Urteil vom 11. Dezember 2024 - IV ZR 498/21 - OLG Köln
LG Köln

**BGH, Urteil vom 30.4.2025
- IV ZR 126/23,
r+s 2025, 506
= VersR 2025, 867**

**Gesetzesänderung
(Pflegegrade statt Pflegestufen) in
Versicherung einer Rente bei
Pflegebedürftigkeit**

BGB §§ 133 C, 157 D, E, 313 Abs. 1; AVB Invaliditätsversicherung

Zu den Auswirkungen des Wegfalls der Pflegestufen I bis III gemäß § 15 Abs. 1 Satz 1 SGB XI a.F. und der Einführung der gemäß § 15 SGB XI zu ermittelnden Pflegegrade 1 bis 5 durch das Zweite Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz - PSG II) vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) auf das Leistungsversprechen des Versicherers in der Invaliditätsversicherung, der eine Pflegerente bei Einstufung der versicherten Person in die Pflegestufe I, II oder III nach deutschem Sozialgesetzbuch verspricht.

BGH, Urteil vom 30. April 2025 - IV ZR 126/23 - OLG Naumburg
LG Dessau-Roßlau

Krankenversicherung

**BGH, Urteil vom 22.5.2024
- IV ZR 124/23,
NJW-RR 2024, 869
= VersR 2025, 582**

**Zulässigkeit einer
Feststellungsklage**

Sachverhalt (*verkürzt*):

Die Parteien streiten darüber, ob die bekl. KVB dem Kl. als Rechtsnachfolger des Mitglieds der KVB - seiner verstorbenen Mutter - auf von ihm per E-Mail und Telefax eingereichte Anträge Behandlungskosten zu erstatten hat.

Zwischen dem Kl. bzw. seiner Mutter und der Bekl. waren in der Vergangenheit (Gerichts-)Verfahren zu Erstattungsanträgen anhängig, in denen die Parteien auch über den fristgerechten Zugang der vom Kl. für seine Mutter postalisch eingereichten Anträge gestritten haben. Ab Anfang 2020 reichte der Kl. Erstattungsanträge deshalb per E-Mail und zudem per Telefax bei der Bekl. ein. Die Bekl. teilte dem Kl. daraufhin mit, dass (nach ihrer Satzung) eine Einreichung nur auf dem Postweg oder über eine von ihr vorgehaltene App erfolgen könne.

Mit seiner Klage begehrt der Kl. die Feststellung, dass die Bekl. verpflichtet sei, ihm im Hinblick auf die für seine Mutter eingereichten Erstattungsanträge die entsprechend dem gültigen Tarif der Bekl. zu errechnenden Erstattungsbeträge zu gewähren und die festgesetzten Erstattungsbeträge an ihn auszus zahlen.

Das Landgericht hat die Klage - als unbegründet - abgewiesen. Die dagegen gerichtete Berufung hat das Oberlandesgericht mit der Maßgabe zurückgewiesen, dass es die Klage als unzulässig abgewiesen hat.

Zur Begründung hat es insoweit u.a. ausgeführt, es könne vorliegend nicht ausgeschlossen werden, dass der Rechtsstreit nach einem Feststellungsurteil wegen der Höhe der etwaigen Forderungen fortgesetzt werde.

➤ Senatsurt. v. 13.4.2022 - IV ZR 60/20,
r+s 2022, 328 = VersR 2022, 817:

- Feststellungsinteresse ergibt sich nicht daraus, dass trotz möglicher Leistungsklage das Feststellungsinteresse bejaht werden kann, wenn schon ein Feststellungsurteil zu einer endgültigen Streitbeilegung führt, weil der VR erwarten lässt, dass er bereits auf ein Feststellungsurteil hin leisten wird (s. BGH r+s 2000, 42). Denn diese Erwartung ist hier nicht gerechtfertigt, weil der VR ausdrücklich die Zulässigkeit der Feststellungsklage in Abrede stellt und die Ansprüche der Höhe nach bestreitet.
- Einer auf Feststellung der Eintrittspflicht eines VR gerichteten Klage eines VN kann aber grds. nicht die Möglichkeit einer Leistungsklage entgegengehalten werden, wenn in den Versicherungsbedingungen - wie hier nach § 31 Nr. 1 S. 1 VGB 2000 und § 34 Nr. 1 S. 1 VHB 2000 - die Durchführung eines Sachverständigenverfahrens zur Klärung der Schadenhöhe vorgesehen ist.

➤ Entscheidung des Senats: Aufhebung und Zurückverweisung

- Eine allgemeine Subsidiarität einer Feststellungsklage gegenüber einer Leistungsklage besteht nicht.
- Feststellungsklage bleibt vielmehr dann zulässig, wenn ihre Durchführung unter dem Gesichtspunkt der Prozesswirtschaftlichkeit eine sinnvolle und sachgemäße Erledigung der aufgetretenen Streitpunkte erwarten lässt.
- Das ist insbes. der Fall, wenn die bekl. Partei die Erwartung rechtfertigt, sie werde auf ein rechtskräftiges Feststellungsurteil hin ihren rechtlichen Verpflichtungen nachkommen, ohne dass es eines weiteren, auf Zahlung gerichteten Vollstreckungstitels bedarf; der BGH hat das bereits mehrfach angenommen, wenn es sich bei der bekl. Partei um eine Bank, eine Behörde oder ein großes Versicherungsunternehmen handelt (Senatsurt. v. 15.3.2006 - IV ZR 4/05, VersR 2006, 830 Rn. 19; v. 16.2.2005 - IV ZR 18/04, VersR 2005, 629 [juris Rn. 23]; jeweils m.w.N.).

- Entgegen BGH steht es der genannten Erwartung nicht entgegen, dass eine erneute gerichtliche Inanspruchnahme der Bekl. zur Durchsetzung der aus dem Feststellungsurteil resultierenden Forderungen **nicht ausgeschlossen werden kann**, weil sich die Parteien bislang zur Frage der Erstattungsfähigkeit der Aufwendungen nicht erklärt haben.
- Es ist nicht festgestellt und auch nicht vorgetragen, dass sich in der Vergangenheit Streitigkeiten hinsichtlich der Höhe der tariflichen Erstattungen ergeben hätten. Den Parteien geht es vielmehr allein darum, die Frage geklärt zu wissen, ob die Bekl. die Erstattungsanträge zu bearbeiten und Leistungen zu erbringen hat, obwohl sie vom Kl. nebst den zugehörigen Belegen weder auf dem Postweg noch in einem von der Bekl. freigegebenen elektronischen Antragsverfahren eingereicht worden sind.
- Abweichendes ergibt sich nicht aus dem Senatsurt. v. 13.4.2022 (IV ZR 60/20, r+s 2022, 328 Rn. 16). Die dortigen Erwägungen lassen sich nicht auf Fälle übertragen, in denen – wie hier – ein künftiger Streit der Parteien über die Anspruchshöhe lediglich nicht ausgeschlossen werden kann. Entscheidend ist nicht, ob eine erneute Inanspruchnahme der Gerichte zur Durchsetzung des Anspruchs nur möglich erscheint, sondern ob bereits ersichtlich ist, dass der Streit der Parteien zu einem weiteren Prozess – einer Leistungsklage des Kl. – führen muss.

**BGH, Beschluss vom 22.5.2024
- IV ZR 216/23,
r+s 2024, 859
= VersR 2024, 1127**

**Elektrostimulationsgerät:
Heilmittel oder Hilfsmittel?**

Sachverhalt:

Der VN, der beim bekl. VR eine Krankheitskostenversicherung unterhält, begehrt die Feststellung der Einstandspflicht des VR für Aufwendungen einer rektalen Elektrotherapie mit Biofeedbacktraining.

Nach einer Analfisteloperation und einem Perinalabszess empfohlen die behandelnden Ärzte dem VN diese Therapie zur Kräftigung des analen Schließmuskels als erfolgversprechend. Die Therapie soll der VN eigenständig zu Hause durchführen. Dazu ist ein Elektrostimulationsgerät erforderlich, das der VN mieten oder kaufen muss. Zusätzlich fallen Kosten für die Anschaffung einer Elektrode an. Der VR lehnt die Übernahme der Kosten ab, da es sich um ein nicht mitversichertes Hilfsmittel handele.

§ 4 RB/KK 2009

"§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif, diesen Rahmenbedingungen und den Tarifbedingungen.
- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit der Tarif oder die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.
- (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden."

§ 5 TB/KK 2009

"(3) zu § 4 (3) RB/KK 2009 Heilmittel

Als Heilmittel gelten die im Gebührenverzeichnis der geltenden Gebührenordnung für Ärzte unter Abschnitt E "Physikalisch-medizinische Leistungen" aufgeführten Leistungen, soweit sie von einem der unter § 4 (2) RB/KK 2009 aufgeführten Therapeuten oder von einem staatlich geprüften Masseur oder von einem staatlich geprüften medizinischen Bademeister erbracht werden.

(4) zu § 4 (3) RB/KK 2009 Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind bei medizinischer Notwendigkeit ausschließlich

a) die Aufwendungen für Bandagen, Bruchbänder, Leibbinden, Kunstaugen, künstliche Kehlköpfe, orthopädische Stützapparate, orthopädische Einlagen, Gummistrümpfe, Beinprothesen, Armprothesen, Insulinpumpen, Unterarmgehstützen, Gehstöcke, Stoma-Versorgungsartikel, Hörgeräte und handbetriebene Standardkrankenfahrstühle,

...

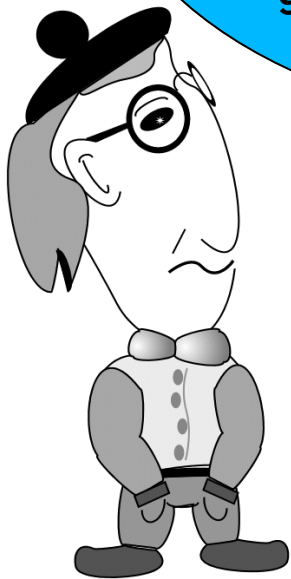
Zusätzlich sind bei medizinischer Notwendigkeit ausschließlich die Aufwendungen für folgende Hilfsmittel erstattungsfähig, sofern sie nach vorheriger Abstimmung ... über das Hilfsmittel-Management ... bezogen werden: Heimmonitore zur Überwachung der Atmungs- und/oder Herztätigkeit von Kleinstkindern zur Vorbeugung gegen plötzlichen Kindstod (SIDS), Sauerstoffgeräte, Ernährungspumpen, Wechseldruckmatratzen/-systeme, Krankenbetten in funktionaler Standardausführung, Schmerzmittelpumpen, Beatmungsgeräte, Schlafapnoegeräte, Motor-Bewegungsschienen und Heimdialysegeräte."

➤ Entscheidung des Senats:

Hinweis auf beabsichtigte Zurückweisung der - vom BG zugelassenen - Revision gegen das klagabweisende Urteil des BG

- Kein Zulassungsgrund u. Entscheidung zutreffend:
- Kosten der Elektrotherapie nicht als Aufwendungen für Heilmittel i.S.v. § 4 Abs. 3 RB/KK 2009 i.V.m. § 5 Abs. 3 TB/KK 2009 ersatzfähig.
 - Erstattungspflicht von Aufwendungen für Heilmittel nur, soweit sie von einem in § 5 Abs. 3 TB/KK 2009 i.V.m. § 4 Abs. 2 RB/KK 2009 genannten Behandler erbracht werden. § 5 Abs. 3 TB/KK 2009 bezeichnet sowohl erstattungspflichtige Heilmittel als auch den Kreis der Behandler abschließend.
 - Es genügt nicht, dass die Therapie durch einen approbierten Arzt **verordnet** worden ist. Die Bedingungen unterscheiden zwischen der Verordnung des Heilmittels und dem Erbringen der Leistung.

Regelung ist durch technische Entwicklung überholt. Sachgerechter und erfolversprechende Einsatz der Therapie kann mittlerweile durch technische Vorkehrungen ebenso garantiert werden!



Erweiterung der Leistungspflichten des VR im Wege einer Analogie steht abschließende Regelung der erstattungsfähigen Heilmittel in § 5 Abs. 3 TB/KK 2009 entgegen (vgl. Senatsbeschl. v. 5.7.2017 – IV ZR 116/15, r+s 2017, 488 Rn. 14).

- § 5 Abs. 3 TB/KK 2009 ist nicht überraschend i.S.v. § 305c Abs. 1 BGB.



- In Anbetracht eines mit dem Hauptleistungsversprechen in § 1 Abs. 1 S. 3 Buchst. a RB/KK 2009 **weit gesteckten Leistungsrahmens**, alle mit der Heilbehandlung zusammenhängenden Aufwendungen zu übernehmen, geht der durchschnittliche VN davon aus, dass dieses Leistungsversprechen näherer Ausgestaltung bedarf, die auch Einschränkungen nicht ausschließt (Senat, r+s 2019, 272 Rn. 19; VersR 2009, 1210 Rn. 12, VersR 2005, 64 [juris Rn. 30]).
- Beschränkung der Erstattung auf Leistungen bestimmter Behandler in § 5 Abs. 3 TB/KK 2009 ist danach nicht so ungewöhnlich, dass darauf der Vorwurf einer Überrumpelung des VN gestützt werden könnte. Vielmehr findet die Erwartung, der VR ersetze Aufwendungen für jede Heilmittelanwendung, in einem Bedingungswerk wie dem vorliegenden keine Stütze (vgl. Senatsurt. v. 27.10.2004 – IV ZR 141/03, VersR 2005, 64 [juris Rn. 30]).

- § 5 Abs. 3 TB/KK 2009 ist nicht intransparent i.S.v.
§ 307 Abs. 1 S. 2 BGB.



- Ein durchschnittlicher VN erkennt zunächst aufgrund von **§ 4 Abs. 1 RB/KK 2009**, dass sich Art und Höhe der in § 1 Abs. 1 S. 3 Buchst. a RB/KK 2009 versprochenen Versicherungsleistungen aus dem Tarif sowie den Rahmen- und Tarifbedingungen ergeben. Nimmt er die Rahmenbedingungen in den Blick, führt ihm **§ 4 Abs. 3 RB/KK 2009** vor Augen, dass der VR **Ersatz von Aufwendungen für Heilmittel nicht uneingeschränkt**, sondern nur bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen verspricht.
- Der Hinweis in **§ 4 Abs. 1 RB/KK 2009** macht dem durchschnittlichen VN darüber hinaus deutlich, dass sich weitere Einschränkungen der Leistungspflicht aus den Tarifbedingungen ergeben können. Insoweit wird er in **§ 5 TB/KK 2009** fündig, der unmittelbar im Anschluss an **§ 4 RB/KK 2009** abgedruckt ist und diesen nach seiner Überschrift ergänzt.

- § 5 Abs. 3 TB/KK 2009 ist nicht gem. § 307 Abs. 1 S. 1 BGB unwirksam, insbes. liegt keine *Vertragszweckgefährdung* vor.



- Insbes. wird das Leistungsversprechen des VR nicht dadurch in einer den Vertragszweck gefährdenden Weise angetastet, dass nach dem Vortrag des VN in drei von sieben Leistungsbereichen im Abschnitt E des Gebührenverzeichnisses der GOÄ die Therapie nicht mehr notwendigerweise durch einen Behandler erbracht werden muss, sondern vom Patienten selbst zuhause durchgeführt werden kann.
- Die Krankheitskostenversicherung wird damit nicht in einem maßgeblichen Teilbereich zwecklos. § 5 Abs. 3 TB/KK 2009 schließt die Erstattung von Aufwendungen für solche Therapien nicht generell, sondern nur bei Nichtdurchführung der Therapie durch einen dort genannten Behandler aus. Dem VN ist aber grundsätzlich zumutbar, die Therapie von einem solchen Behandler erbringen zu lassen, wenn die Kosten vom VR getragen werden sollen (vgl. Senatsurt. v. 15.2.2006 – IV ZR 192/04, VersR 2006, 641 [juris Rn. 15]).

→ Aushöhlung des Vertragszwecks folgt auch nicht daraus, dass nach dem Vortrag des VN mit der Leistungserbringung durch den Behandler **höhere Kosten** verbunden sind. Werden diese Kosten bedingungsgemäß vom VR übernommen, bleibt das krankheitsbedingte Kostenrisiko des VN abgedeckt. Zu Recht erkennt das Berufungsgericht zudem, dass den **möglicherweise** höheren Kosten die **Qualität der Behandlung** durch einen Therapeuten gegenübersteht. Diese kommt auch dem VN zu Gute.

- Kosten der Elektrotherapie nicht als Aufwendungen für Hilfsmittel i.S.v. § 4 Abs. 3 RB/KK 2009 i.V.m. § 5 Abs. 4 TB/KK 2009 ersatzfähig.
 - § 5 Abs. 4 TB/KK 2009 enthält einen **abschließenden Katalog** von Hilfsmitteln enthält. Das legt schon die zweimalige Verwendung des Wortes „ausschließlich“ vor den jeweiligen Aufzählungen von Hilfsmitteln nahe (zur Wirksamkeit abgeschlossener Hilfsmittelkataloge Senatsbeschl. v. 5.7.2017 – IV ZR 116/15, r+s 2017, 488 Rn. 10; Senatsurt. v. 19.5.2004 – IV ZR 29/03, VersR 2004, 1035 [juris Rn. 25 ff.]).
 - Ob im Einzelfall eine Ersatzpflicht des VR für ein nicht in einem abgeschlossenen Katalog aufgeführtes Hilfsmittel nach den **Grundsätzen von Treu und Glauben** geboten sein kann, um einen Leistungsanspruch des VN zu begründen, kann offenbleiben. Der Vortrag des insoweit darlegungsbelasteten (vgl. Senatsurt. v. 19.5.2004 – IV ZR 29/03, VersR 2004, 1035 [juris Rn. 30]) VN genügt dafür nicht.

**BGH, Urteil vom 12.3.2025
- IV ZR 32/24,
BGHZ 243, 180 = r+s 2025, 357
= VersR 2025, 495**

**Unwirksame Klauselersetzung in der
KT-Versicherung
(§ 4 Abs. 4 MB/KT aF)**

- OLG Köln, Urt. v. 27.2.2024 - 9 U 40/23, r+s 2024, 263
m. Anm. Rogler
(Vorinstanz: LG Köln, Urt. v. 11.1.2023 - 23 O 168/21, r+s 2023, 399)

Sachverhalt:

Der VN unterhält beim bekl. VR eine Krankentagegeldversicherung mit einem - nach Ablauf von Karenzfristen - versicherten Tagessatz von insgesamt 204,52 €. Bei einem anderen VR hat er eine weitere Krankentagegeldversicherung mit einem Tagessatz von 51,13 € genommen.

Mit einem Schreiben aus Juni 2018 benachrichtigte der VR den VN über Änderungen in seinen AVB. Er teilte hierbei u.a. mit, er habe die vom BGH mit Urt. v. 6.7.2016 (IV ZR 44/15, BGHZ 211, 51) wegen Intransparenz für unwirksam erklärte Klausel in § 4 Abs. 4 MB/KT zur Herabsetzung des Krankentagegeldes bei gesunkenem Nettoeinkommen durch eine klarere Regelung ersetzt.

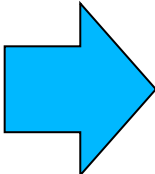
Aufgrund einer bedingungsgemäßen Arbeitsunfähigkeit erhielt der VN Krankentagegeld vom VR. Nach einer Überprüfung des Krankentagegeldsatzes teilte der VR dem VN mit, sein Nettoeinkommen sei niedriger als das versicherte Krankentagegeld, weshalb das vertragliche Krankentagegeld ab dem 1.5.2020 auf einen Betrag von insgesamt 175 € reduziert werde.

Mit seiner Klage begehrt der VN u.a. die Feststellung, dass der Vertrag über den 1.5.2020 hinaus mit dem (bislang) vereinbarten Tagessatz fortbestehe und der VR nicht berechtigt sei, das Krankentagegeld einseitig herabzusetzen.

Das LG hat der Klage stattgegeben. Auf die Berufung des bekl. VR hat das OLG das erstinstanzliche Urteil geändert und die Klage abgewiesen.

➤ Begründung des LG:

- Voraussetzungen zur Ersetzung der höchststrichterlich für unwirksam erklärten Klausel (§ 4 Abs. 4 MB/KT a.F.) betreffend die Herabsetzung des Krankentagegeldsatzes gem. §§ 203 Abs. 4, 164 VVG lagen nicht vor.



§ 164^[1] Bedingungsanpassung

(1) ¹Ist eine Bestimmung in Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Versicherers durch höchststrichterliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. ²Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.

- Ersetzung der Klausel **zur Fortsetzung des Vertrages** nicht notwendig.
 - Ergänzende Vertragsauslegung nur zulässig, wenn die aufgetretene Lücke zu einem Ergebnis führt, das den beiderseitigen Interessen nicht mehr in vertretbarer Weise Rechnung trägt, sondern das Vertragsgefüge völlig einseitig zu Gunsten des Vertragspartners des Verwenders verschiebt. Entsteht infolge der Unwirksamkeit einer Klausel eine Regelungslücke, die nicht durch dispositives Gesetzesrecht gefüllt wird, bleibt es also bei der Regelungslücke, wenn sie das Äquivalenzverhältnis vertretbar zu Gunsten des Vertragspartners des Klauselverwenders verschiebt.

**Summen-
versicherung**

**subjektives
Risiko**

**Störung
des
Äquivalenz-
verhältnisses
?**

- Entfällt die Möglichkeit zur Anpassung des Krankentagegeldes an das Nettoeinkommen des Versicherten, ist es nicht unzumutbar, den VR am insoweit lückenhaften Vertrag festzuhalten. Zwar widerspricht ein vom Verdienst abgekoppeltes Krankentagegeld zunächst dem Zweck der Krankentagegeldversicherung, den Verdienstausschlag abzudecken. Diese Lösung von Verdienst und Krankentagegeld ist indes bereits in der Ausgestaltung der Krankentagegeldversicherung als - auf einer abstrakten Bedarfsberechnung beruhenden - Summen- und nicht als Schadensversicherung angelegt. Ein bei einer Diskrepanz zwischen Nettoeinkommen und Krankentagegeld ggf. erhöhtes subjektives Risiko des VR besteht in erheblichem Maße bereits bei einem dem Nettoeinkommen entsprechenden Krankentagegeld und ist durch die Versicherungsprämien abgedeckt.

- Festhalten an dem Vertrag ohne Neuregelung auch für keine Vertragspartei **unzumutbare Härte**.
 - Es fehlt an der für eine Anpassung grds. notwendigen Störung des Äquivalenzverhältnisses. VR erhält weiterhin eine risikoadäquate Prämie, denn der VN schuldet weiterhin die kalkulatorisch notwendige Prämie für das vereinbarte Krankentagegeld. Entsprechen sich aber Leistung und Gegenleistung, ist eine unzumutbare Härte für den VR nicht feststellbar.

➤ **Anders entscheiden:**

- OLG Düsseldorf, Urt. v. 31.1.2020 - 4 U 60/19, r+s 2020, 464 = ZfS 2021, 96 m. Anm. Rixecker
- OLG Köln, Urt. v. 7.12.2021 - 9 U 243/20, r+s 2022, 580 m. Anm. Rogler
- S. auch Piontek in Beckmann/Matusche-Beckmann, Versicherungsrechts-Handbuch 4. Aufl. § 54 Rn. 64

➤ Begründung des OLG:

- VR hat die unwirksame Klausel in § 4 Abs. 4 MB/KT 2009 gem. § 203 Abs. 4, § 164 Abs. 1 VVG wirksam durch die Neufassung des § 4 Abs. 4 MB/KT 2013 ersetzt.
 - Klauselersetzung zur Fortführung des Vertrages **notwendig i.S.v. § 164 Abs. 1 S. 1 VVG:**

Klauselersetzung ist notwendig, damit der VR auf eine Minderung des Netto-Einkommens der VP reagieren und das von ihm zu zahlende Krankentagegeld entsprechend anpassen und herabsetzen kann. Nur so kann das **Gleichgewicht zwischen der Höhe des Krankentagegeldsatzes und dem tatsächlich eingetretenen Verdienstausschlag** wiederhergestellt werden.

Gegen die Gegenauffassung spricht, dass bei ersatzlosem Wegfall der Klausel die Gefahr besteht, dass das Krankentagegeld den regulären Verdienst des VN deutlich übersteigt.

- **Wirksamkeit der Klauselersetzung steht § 164 Abs. 1 S. 2 VVG nicht entgegen:**

Der Einwand des VN, die europarechtliche Vorgabe in Art. 5 der RL 93/13/EWG des Rates vom 5. April 1993 über missbräuchliche Klauseln in Verbraucherverträgen werde durch die vom VR vorgenommene Ersetzung konterkariert, wenn der VR die Möglichkeit hätte, eine intransparente Klausel durch eine inhaltsgleiche Klausel zu ersetzen, was dem Grundsatz des „effet utile“ nicht Rechnung trage, greift nicht.

Die vom VN angeführte Entscheidung des BGH v. 12.10.2005 (IV ZR 162/03, BGHZ 164, 297) steht einer Klauselersetzung im vorliegenden Fall nicht entgegen. Denn der BGH hat dort lediglich ausgeführt, dass eine inhaltsgleiche Ersetzung der wegen Intransparenz unwirksamen Klausel der gesetzlichen Sanktion der Unwirksamkeit (§ 307 Abs. 1 BGB) widerspricht und nicht zulässig ist. Die Frage, ob es sich bei der ersetzenden Klausel um eine **inhaltsgleiche Klausel** handelt, ist jedoch erst dann zu beantworten, wenn die Frage, ob überhaupt eine Klauselersetzung zulässig ist, bejaht wurde.

➤ Anders nachgehend der BGH:

- Die Ersetzung einer durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärten Regelung in AVB kann nur dann iSd § 164 Abs. 1 S. 1 Alt. 1 VVG zur Fortführung des Vertrages notwendig sein, wenn infolge der Unwirksamkeit der Klausel mindestens die Voraussetzungen für eine ergänzende Vertragsauslegung gegeben sind.
- Für den Krankentagegeldversicherer stellt es keine unzumutbare Härte iSd § 306 Abs. 3 BGB dar, an einem infolge der Unwirksamkeit von § 4 Abs. 4 MB/KT 2009 lückenhaft gewordenen Vertrag festgehalten zu werden.
- § 4 Abs. 2 MB/KT 2009 führt nicht zu einer Beschränkung des Krankentagegeldanspruchs auf einen dem tatsächlichen Nettoeinkommen des VN entsprechenden Tagessatz.

**BGH, Urteil vom 27.11.2024
- IV ZR 42/24,
r+s 2025, 125
= VersR 2025, 342**

**Fluguntauglichkeit eines Piloten in
der KT-Versicherung
(Tarifbedingungen)**

Eine Klausel in den Tarifbedingungen einer Krankentagegeldversicherung (Abs. 3 der Tarifbedingungen zu § 1 MB/KT 2009), die für fliegendes Personal **Fluguntauglichkeit** mit bedingungsgemäßer Arbeitsunfähigkeit gleichstellt, ist dahingehend auszulegen, dass sie bei einem Berufspiloten auch die zeitliche Lücke zwischen dem Entfallen einer medizinischen Arbeitsunfähigkeit und/oder Fluguntauglichkeit aus medizinischen Gründen und dem Wiedererlangen der Flugtauglichkeit infolge der Entscheidung durch die zuständige Behörde absichern soll. Bis zu dieser behördlichen Entscheidung besteht für den Piloten Fluguntauglichkeit im Sinne der Tarifbestimmung.

"§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

...

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstaufschlag als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Er zahlt im Versicherungsfall für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Arbeitsunfähigkeit und keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestehen. ...

(3) Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischen Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht."

"(3) Bei fliegendem Personal (Piloten, Kabine) ist Fluguntauglichkeit gleichbedeutend mit Arbeitsunfähigkeit."

**BGH, Urteil vom 10.7.2024
- IV ZR 129/23,
r+s 2024, 855
= VersR 2024, 1201**

**Ausschlussklausel in einer
Auslandreisekrankenversicherung**

- Eine Klausel in einer Auslandsreisekrankenversicherung, die "bei einem bereits vorher bekannten medizinischen Zustand" den Versicherungsschutz ausschließt, verstößt gegen das Transparenzgebot, weil der durchschnittliche Versicherte dieser Klausel nicht hinreichend klar entnehmen kann, wann die Leistungspflicht ausgeschlossen sein soll.

Sachversicherung

**BGH, Urteil vom 17.4.2024
- IV ZR 91/23,
r+s 2024, 507
= VersR 2024, 782**

**Nachweis des äußeren Bildes eines
Einbruchdiebstahls in der
Hausratversicherung**

Sachverhalt:

Der Kl. begehrt als Erbe seines während des Rechtsstreits verstorbenen Vaters Deckung aus einer von letzterem unter Geltung der VHB 84 genommenen Hausratversicherung wegen eines behaupteten Einbruchdiebstahls. Gem.

§ 5 Nr. 1 Buchst. a Abs. 1 VHB 84 liegt ein Einbruchdiebstahl u.a. dann vor, wenn der Dieb in einen Raum eines Gebäudes einbricht oder einsteigt.

Der Kl. hat behauptet, in der Nacht vom 17. auf den 18.12.2016 seien während der Abwesenheit seiner Eltern unbekannte Täter in das versicherte Wohngebäude eingedrungen. Die Täter hätten sich durch Aufhebeln des linken, geschlossenen Fensters im EG Zutritt verschafft, nachdem sie zunächst vergeblich versucht hätten, das mittlere EG aufzuhebeln. Sie hätten das Gebäude nach Wertsachen durchsucht und aus einem Kleiderschrank im OG einen verschlossenen Tresor mit Schriftstücken, Bargeld und Wertgegenständen entwendet.

➤ Entscheidung des Berufungsgerichts:

- Kl. hat das **äußere Bild** des von ihm behaupteten ED nicht hinreichend bewiesen. Das LG habe die **Spurenlage** nicht deshalb offenlassen können, weil ein Versicherungsfall auch bei einem Einsteigen der Täter in das Gebäude vorliege. Wären die Täter durch ein angelehntes und nicht verriegeltes Fenster in das Gebäude gelangt, sei dies ein **anderer Sachverhalt** als derjenige, den der Kl. zum Gegenstand seiner Klage gemacht habe. Außerdem liege auf der Hand, dass die **festgestellten Spuren** nicht zu einem Einsteigediebstahl passten. Hätten die Täter ohne weiteres ins Gebäude einsteigen können, lasse sich nicht erklären, warum sie dennoch Aufbruchspuren erzeugt hätten.
- Die mit sachverständiger Hilfe aufgeklärte **Spurenlage** vermittele das äußere Bild eines ED nicht ...

➤ Entscheidung des Senats: Aufhebung und Zurückverweisung

- BG den Nachweis des äußeren Erscheinungsbilds eines Einbruchdiebstahls mit einer nicht tragfähigen Begründung verneint.
 - BG stellt zu Unrecht darauf ab, dass der Sachverständige das Einstiegsfenster erst mit erheblicher Gewaltanwendung und unter Verursachen zuvor nicht vorhandener Einbruchspuren hat öffnen können. Damit verlangt das BG für den Nachweis des äußeren Bildes eines ED das Vorhandensein eines **widerspruchsfreien, also stimmigen Spurenbilds** und hält dem Kl. darüber hinaus das Fehlen der bei der behaupteten Vorgehensweise der Täter zu erwartenden, stärkeren Hebelspuren entgegen. In der Sache vermisst es den **Nachweis eines typischen Tatablaus, der aber keine Voraussetzung für das Vorliegen des äußeren Bildes eines ED ist.**

s. Senatsurt.
v. 8.4.2015 -
IV ZR 171/13,
VersR 2015,
710 Rn. 22

- Nur wenn ein Einbruch auf dem Wege, wie er nach dem äußeren Spurenbild vorzuliegen scheint, aus anderen Gründen völlig auszuschließen ist, kann es trotz Vorhandenseins **an sich** genügender Spuren am Nachweis der erforderlichen Mindesttatsachen fehlen (Senatsurt. v. 8.4.2015 aaO; v. 20.12.2006 – IV ZR 233/05, VersR 2007, 241 Rn. 13).
- BG hat das äußere Bild eines ED nicht aufgrund der verbleibenden Unklarheiten verneinen und dem Kl. insoweit einen unzureichenden Vortrag zum Tatgeschehen vorwerfen dürfen. Damit verlangt es zu Unrecht eine ins Detail gehende und widerspruchsfreie Schilderung des Tatgeschehens. Die dem VN zukommenden Beweiserleichterungen beruhen auf der Überlegung, dass es wegen des für eine Entwendung typischen Bemühens des Täters, seine Tat unbeobachtet und unter Zurücklassen möglichst weniger Tatspuren zu begehen, oft nicht möglich ist, im Nachhinein den Tatverlauf konkret festzustellen.

- Da sich der VN gerade auch für solche Fälle mangelnder Aufklärung schützen will, kann nicht angenommen werden, der Versicherungsschutz solle schon dann nicht eintreten, wenn der VN nicht in der Lage ist, den Ablauf der Entwendung in Einzelheiten darzulegen und zu beweisen (Senatsurt. v. 8.4.2015 aaO Rn. 13; v. 20.12.2006 aaO Rn. 9).

- Ein bedingungsgemäßer ED durch Einsteigen in das Gebäude kann nicht mit der Begründung verneint werden, darin liege prozessual ein anderer Sachverhalt als derjenige, den der Kl. zum Gegenstand seiner Klage gemacht habe. Nach allg. Grds. macht sich eine Partei die bei einer Beweisaufnahme zutage tretenden ihr günstigen Umstände regelmäßig zumindest hilfsweise zu eigen (Senatsbeschl. v. 5.7.2017 – IV ZR 508/14, r+s 2017, 490 Rn. 23). Der Kl. kann sich deshalb für den Fall, dass ihm der Nachweis des äußeren Bildes eines Einbrechens nicht gelingt, angesichts der Feststellungen des Sachverständigen hilfsweise auf ein Eindringen der Täter in das Gebäude durch ein unverschlossenes Fenster berufen haben.
- In diesem Fall wäre zu prüfen, ob darin ein bedingungsgemäßer ED durch Einsteigen liegt. Dessen Vorliegen kann nicht mit der Erwägung des BG verneint werden, die *Spurenlage* passe nicht zu einem Einsteigen der Täter in das Gebäude. Der Auffassung, bei Einsteigen der Täter in das Gebäude ließen sich die festgestellten Aufbruchspuren nicht erklären, liegt wiederum die Erwartung eines **stimmigen Spurenbildes** zugrunde. Stattdessen genügt auch hier, dass die festgestellten Tatsachen nach der Lebenserfahrung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit den Schluss auf ein bedingungsgemäßes Einsteigen der Täter in das Gebäude zulassen.

**LG Köln, Urteil vom 19.9.2024
- 24 O 313/23,
BeckRS 2024, 29044**

**Nässeschaden aufgrund undichter Fuge
an den Anschlüssen einer Dusche**

Sachverhalt:

Die VN, Betreiberin eines Campingplatzes, begehrt vom bekl. VR Entschädigungsleistungen für einen Leitungswasserschaden aus einer Gebäudeversicherung.

Nässeschäden werden nach Maßgabe von **Teil C § 6 Nr. 3 VFS 08** ersetzt. Voraussetzung ist, dass der Nässeschaden durch Leitungswasser entstanden ist.



Leitungswasser ist Wasser, das bestimmungswidrig ausgetreten ist aus

- a) Rohren der Wasserversorgung (Zu- und Ableitungen) oder damit verbundenen Schläuchen,
- b) mit dem Rohrsystem der Wasserversorgung verbundenen sonstigen Einrichtungen oder deren wasserführenden Teilen,
- c) Einrichtungen der Warmwasser- oder Dampfheizung,
- d) Klima-, Wärmepumpen oder Solarheizungsanlagen,
- e) ortsfeste Wasserlöschanlagen (Wasserlöschanlagen-Leckage; s. Nr. 4),
- f) Wasserbetten und Aquarien,
- g) innenliegenden Regelfallrohren.

In einem Sanitärgebäude auf dem Betriebsgrundstück entstand Ende 2022 ein Wasserschaden. Dieser äußerte sich in Form von Ausblühungen an den unteren Wandbereichen des Gebäudes sowie Schimmelschäden an Wänden und Decke. In den Duschräumen des Sanitärgebäudes wurden **beschädigte Dusch- und Fliesenfugen** sowie **Rissbildungen an den bodengleichen Abläufen der Dusche** festgestellt.

Die VN macht Schäden in Höhe von rund 88.000 € geltend. In Betracht kämen mehrere Ursachen des Nässeschadens.

Hierauf zahlte der VR ohne Anerkennung einer rechtlichen Verpflichtung rund 18.500 €. Zu weiteren Leistungen sieht er sich nicht gehalten, da ursächlich für den Schaden Baumängel seien. Zudem habe er nicht für Nässeschäden einzustehen, die aufgrund einer undichten Fuge zwischen einer Duschwanne und einer angrenzenden Wand entstünden.

➤ Entscheidung des LG: Klagabweisung

- VN habe schon nicht schlüssig vorgetragen, dass ihr Schaden durch einen versicherten Leitungswasserschaden entstanden seien. Sie trage nach den allgemeinen Regeln die Darlegungs- und Beweislast für diese ihr günstige Tatsache (BGH NVersZ 2002, 452 mwN).
- Erforderlich ist, dass konkret dargelegt wird, **aus welcher (versicherten) Quelle** das Wasser stammen soll. VN behauptet keinen konkreten Kausalverlauf. Zwar ist bei einem Wasserschaden oftmals die Ursache nicht eindeutig zu ermitteln. Das ändert aber nichts an der rechtlichen Anforderung der Darlegung eines auf einem versicherten Risiko beruhenden kausalen Schadens.

- Unabhängig davon fehlt es an einer Schadensverursachung durch ein **versichertes Risiko**. Soweit VN darauf abstellt, die geltend gemachten Schäden seien durch die Ausläufe entstanden, handelt es sich hierbei nicht um ein versichertes Risiko.
- Soweit Anschlüsse falsch verbaut gewesen sind, weil die Fugen neben den Anschlüssen nicht ordnungsgemäß verschlossen war, sind **Schäden an Fugen in Duschräumen nicht versichert**.

→ BGH, Urt. v. 20.10.2021 - IV ZR 236/20, r+s 2021, 689 = VersR 2021, 1563

RÜCKBLICK

➤ Sachverhalt:

VN unterhält als Miteigentümer eines Wohngebäudes mit weiteren Miteigentümern beim bekl. VR eine Wohngebäudeversicherung unter Geltung der VGB 2008.

Er begehrt Entschädigungsleistungen, nachdem es in dem versicherten Gebäude aufgrund der Undichtigkeit einer Silikonfuge im Duschbereich einer Wohnung zu einem Wasserschaden kam.

➤ Behandlung dieses Falles ist in der Rspr. in unterschiedlichen Konstellationen streitig:

➤ **OLG Schleswig r+s 2015, 449 = VersR 2016, 1495:**

- Der durchschnittliche VN wird erwarten, dass das **gesamte technische Standard-System, in dem sich planmäßig und geordneterweise die Benutzung von Wasser in seinem Haus zuträgt, gegen Schäden geschützt wird, die nässebedingt in der Umgebung dieser Nutzungsstellen auftreten können und auftreten.** In diesem Sinne wird er die Gesamtheit der Anlagen, die einen derart „eingehegten“ und geschützten Wasserverbrauch ermöglichen und sichern, als versichert ansehen, und er wird neben den Zu- und Ableitungsrohren selbst auch die Gesamtheit einer Dusche mit Kabine oder einer Badewanne mit gefliesten Wänden als eine mit den Zu- bzw. Ableitungsrohren der Wasserversorgung verbundene Einrichtung i.S.d. Bedingungen verstehen.

So auch OLG Frankfurt a.M. r+s 2010, 288 = VersR 2010, 1641;
LG Hamburg r+s 2013, 610; LG Arnsberg, Urt. v. 8.3.2011 – 3 S 152/10,
BeckRS 2015, 08641; AG Düsseldorf NVersZ 2002, 28 = VersR 2002, 481;
Martin, Sachversicherungsrecht 3. Aufl. E I Rn. 35 f.

➤ **Anders LG Düsseldorf VersR 2017, 97:**

- Ausgetreten sei das Wasser nicht bestimmungswidrig, sondern bestimmungsgemäß durch den Duschkopf bzw. den Wasserhahn. Es sei lediglich nicht bestimmungsgemäß durch den Abfluss abgelaufen, sondern - zum Teil - durch die undichte Fugen in die Wand bzw. die Decke gelangt.
- Das bestimmungsgemäß ausgetretene Leitungswasser sei aus der Duschwanne, Badewanne und/oder Waschbecken erst bestimmungswidrig durch fehlende und undichte Silikonverfugungen in den Boden, die Decke und die Hohlräume eingedrungen, anstatt bestimmungsgemäß über den Ablauf die Duschwanne, Badewanne oder das Waschbecken zu verlassen.

So auch OLG Düsseldorf, Beschl. v. 25.7.2013 - 4 U 24/13, BeckRS 2014, 19559; LG München I NJOZ 2011, 556 = VersR 2010, 1180; vgl. auch Rixecker, ZfS 2017, 223; Differenzierend demgegenüber Günther, r+s 2018, 63.

- Das **LG München I** (Urt. v. 13.4.2017 – 25 O 20241/16, BeckRS 2017, 125146) hat die Frage, ob ein bestimmungswidriger Austritt von Leitungswasser bei einer Undichtigkeit der Duschtasse bzw. der Badewanne anzunehmen ist, offengelassen. Im dortigen Fall lagen eine **Undichtigkeit der Bodenfugen und Risse in den Fliesen der Herrendusche eines Fitnessstudios** vor.
 - „Bei diesem Fliesenboden handelt es sich jedenfalls um keine fest mit dem Rohrsystem verbundene Einrichtung der Wasserversorgung.“
- So auch nachgehend das **OLG München** (Beschl. v. 27. 7. 2017 - 25 U 1728/17, r+s 2017, 527):
 - „Dabei kann es dahingestellt bleiben, ob eine solche Einrichtung [der Wasserversorgung iSv § 1 Nr. 2 b) AWB 87] nach dem Sprachgebrauch des täglichen Lebens im Falle eines Duschbeckens bzw. einer Duschkabine angenommen werden kann, nachdem im vorliegenden Fall weder eine Duschkabine noch eine Duschwanne vorhanden war, sondern lediglich ein vollständig gefliester Raum. Ein solcher Raum kann jedenfalls nach dem Sprachgebrauch des täglichen Lebens nicht als mit dem Rohrsystem fest verbundene Einrichtung der Wasserversorgung angesehen werden.“

➤ Entscheidung des BGH:

- VR hat nicht für Schäden aufgrund der undichten Fuge einzustehen. Das ergibt die Auslegung von Teil A § 3 Nr. 3 Satz 2 VGB 2008.
- Bei der Beurteilung der Frage, ob es sich um ein versichertes Ereignis handelt, wenn Wasser durch eine undichte Fuge zwischen einer Duschwanne und einer angrenzenden Wand gelangt, wird ein VN Teil A § 3 VGB 2008 mit der Überschrift „Leitungswasser“ finden, der unter Nr. 1 und 2 Näheres zu „Bruchschäden“ und unter Nr. 3 zu „Nässeschäden“ bestimmt. Da der VN eine undichte Fuge nicht als Bruchschaden einordnet, wird er seine Aufmerksamkeit auf Teil A § 3 Nr. 3 VGB 2008 richten.

- Der VN wird sich fragen, ob im Fall einer undichten Fuge zwischen einer Duschwanne und einer angrenzenden Wand Wasser aus **„den mit diesem Rohrsystem verbundenen sonstigen Einrichtungen“** ausgetreten ist. Er wird annehmen, dass eine Einrichtung eine (technische) Vorrichtung oder Anlage ist, wobei er dem Wortlaut von Teil A § 3 Nr. 3 S. 2 VGB 2008 entnehmen wird, dass die Vorrichtung mit dem Rohrsystem der Wasserversorgung (Zu- und Ableitungen) verbunden sein muss. Diese Voraussetzung wird er hinsichtlich einer undichten Fuge, die keine Verbindung mit dem Rohrsystem aufweist, verneinen.
- Anhaltspunkte dafür, die Duschwanne, die Fugen, die angrenzenden Wände und die sonstigen Bauteile einer Dusche als einheitliche Einrichtung anzusehen, die über den Zulauf (Duschkopf) und Ablauf (Abwasserleitung) mit dem Rohrsystem verbunden ist, wird der VN der Klausel ... nicht entnehmen können.

- Eine Einbeziehung der Dusche als Sachgesamtheit, wie sie von der Gegenauffassung mit Blick auf das Interesse des VN angenommen wird, wird der VN für ausgeschlossen halten, weil er im Klauselwortlaut **keinen Hinweis auf eine funktionale Betrachtung** findet, nach welcher sämtliche dem Zweck der Dusche dienenden, den Luftraum über der Duschwanne umgrenzenden Bauteile einzubeziehen wären.
- Teil A § 3 Nr. 3 S. 2 VGB 2008 erwähnt in keiner Alternative eine funktionale, auf einen Raum bezogene Sachgesamtheit; vielmehr stellt die Klausel auf konkrete Gegenstände ab. Das Wort „sonstigen“ vor dem Begriff „Einrichtungen“ verdeutlicht dem VN, dass diese Einrichtungen eine mit den zuvor genannten Rohren und Schläuchen vergleichbare Qualität haben, also gleichfalls abgrenzbare Einzelgegenstände sein müssen. Er wird annehmen, dass die Einrichtungen eine physische Verbindung mit dem Rohrsystem aufweisen müssen, wobei mittelbare, über andere Bestandteile einer Funktionseinheit vermittelte Verbindungen nicht genügen.

- Die Erkenntnis, dass Duschen in ganz unterschiedlicher baulicher Gestaltung ausgeführt werden, wird den VN in dem Verständnis bestärken, dass es nicht auf eine dem Duschen dienende Sachgesamtheit ankommt, welche etwa bei niveaugleichen und barrierefrei ausgeführten, ggf. seitlich offenen Duschen ohne Duschwanne im Einzelfall kaum räumlich begrenzt werden könnte und bei Duschräumen in Schwimmbädern oder Sporteinrichtungen den gesamten Raum umfassen müsste. Kaum abgrenzbare Teile eines Raumes oder sogar ganze Räume wird der VN nicht als mit dem Rohrsystem verbundene sonstige Einrichtungen iSv Teil A § 3 Nr. 3 S. 2 VGB 2008 ansehen, weshalb er das von der Gegenauffassung herangezogene funktionale Kriterium, das bei jeder Dusche unabhängig von ihrer baulichen Ausführung bejaht werden müsste, als untauglich ansehen würde.

- Soweit VN darauf verweist, dass die **Bodenabläufe „falsch verbaut“** seien, führt dies nicht zu einem versicherten Risiko. Denn der falsche Einbau führt erst aufgrund der mangelhaften Fugen bzw. der Risse zu eindringendem Wasser in die Dämmschicht. Da es sich bei dem austretenden Wasser um nicht versichertes Wasser handelt, führt der sich in der Folge auswirkende, zusätzliche Baumangel nicht dazu, dass es sich um einen deckungspflichtigen Schaden handelt.
- VR ist auch nicht daran gehindert, sich auf das Fehlen des versicherten Risikos zu berufen. Die vorgerichtliche Zahlung erfolgte ausdrücklich ohne Anerkennung einer rechtlichen Verpflichtung.

- S. auch OLG Frankfurt a.M., Beschl. v. 25.1.2023 - 3 U 261/22: Ein bedingungsgemäßer Leitungswasserschaden (hier: i.S.v. § 3 Nr. 3 S. 1 VGB 2018) liegt in der Wohngebäudeversicherung nicht vor, wenn schadensursächlich eine fehlerhafte Abdichtung der Vorrichtung der Wasserversorgung zu den umliegenden Bauteilen (hier: fehlerhafte Abdichtung der Ablaufrinne einer ebenerdigen Dusche) ist.

**LG Aachen, Urteil vom 14.3.2024
- 9 O 192/23,
BeckRS 2024, 10537**

**Nässeschaden aufgrund undichter
Fuge II: Mangelhafte Instandhaltung**

Berufungsverfahren
anhängig:
OLG Köln
(9 U 76/24)

Sachverhalt:

Der VN unterhält beim bekl. VR für eine vermietete Wohnung eine Sach-Gebäudeversicherung unter Geltung der VSG 2003 - Fassung 2008.

Im September 2022 meldet er einen Leitungswasserschaden. Ursächlich ist, dass zum einen die Fliesenfugen im Duschbereich einer Wanne sich in einem schlechten Zustand befanden und stark undicht waren. Zum anderen hatte der Wandanschluss der Wannenarmatur abgestanden.

Die Regelung zum Leitungswasserschaden in § D6 Leitungswasser entspricht den üblichen Bedingungen. Einbezogen in den Vertrag ist allerdings zusätzlich ein **Rahmenvertrag Firmenkunden-Concept-Courté**, in dem es unter „D6-07 Wasseraustritt aus verfliesen Duschbereichen“ heißt:

§ D6 Nr. 3 enthält eine Regelung zu „Bruchschäden außerhalb versicherter Gebäude“, während § D6 Nr. 1 die Regelung zu „Nässeschäden“ enthält.



In Erweiterung des § D6 Nr. 3 VSG ist Leitungswasser auch Wasser, dass bestimmungswidrig ausgetreten ist aus verfliesen Duschbereichen.

Kein Versicherungsschutz besteht, wenn Wasser durch bauliche Mängel oder mangelhafte Instandhaltung austritt.

Der VR macht geltend, ein Leitungswasserschaden i.S.d. § D6 Nr. 1 VSG 2003 liege nicht vor. Undichte Fugen und eine fehlende Abdichtung der Wandarmatur fielen nicht hierunter.

Die Regelung D6-07 des Rahmenvertrags greife nicht, da sich diese auf die Regelung zu Bruchschäden und nicht die Gefahr Leitungswasser beziehe. Zudem sei der Schaden durch bauliche Mängel bzw. eine mangelhafte Instandhaltung entstanden, weshalb eine Eintrittspflicht auch aus diesem Grunde ausscheide.

➤ Entscheidung des LG: Klagabweisung

- Es kann dahinstehen, ob grundsätzlich ein Versicherungsfall i.S.v. § D6 Nr. 1 VSG 2003 i.V.m. D6-07 Firmenkunden-Concept-Courté vorliegt (die vorgelegte Fassung des Rahmenvertrags scheint sich auf eine andere Fassung der AVB zu beziehen). In der in den Versicherungsvertrag einbezogenen Fassung der Versicherungsbedingungen VSG 2003 wird unter § 6D Nr. 3 „Bruchschäden außerhalb versicherter Gebäude“ aufgeführt. Es scheint fernliegend, dass sich die Klausel des Rahmenvertrags bzgl. „Wasseraustritt aus verfliesen Duschbereichen“ hierauf beziehen soll. **Dass eine Regelung zu verfliesen Duschbereichen außerhalb versicherter Gebäude beabsichtigt gewesen sein sollte, dürfte abwegig sein, da sich solche regelmäßig in Gebäuden befinden. Ebenso dürfte es sich nicht um einen „durch Plansch- oder Reinigungswasser“ verursachten Schaden handeln.**

- Das Badezimmer, insbes. die Duschwand, befand sich zum Schadenszeitpunkt unzweifelhaft in einem schlechten baulichen Zustand betreffend die Verfugung und der Duscharmatur. Für diesen Zustand sind nur zwei Gründe erklärlich. **Entweder** handelt es sich um **bauliche Mängel oder eine mangelhafte Instandhaltung**. Anderweitige Ursachen trägt der VN nicht substantiiert vor. Soweit er behauptet, dass im März 2019 die Fugen erneuert worden sein sollen, so ist der Zustand im September 2022 nur mit einer mangelhaften Ausführung erklärlich. Im Übrigen fehlt weitergehender Vortrag zu Instandhaltungsarbeiten oder auch nur regelmäßigen Überprüfungen des Zustands nach Übergabe der Wohnung im Oktober 2020. Insofern besteht auch nach der Klausel D6-07 Firmenkunden-Concept-Courté kein Versicherungsschutz.

- **Aber: Handelt es sich bei der Einschränkung in D6-07 vielleicht um eine (verhüllte) Obliegenheit?**

**Differenzierung nach dem materiellen Gehalt der Klausel:
Obliegenheit fordert ein bestimmtes Verhalten des VN, von dem
Fortbestand oder Verlust des Versicherungsschutzes abhängt!
Ausschluss beschreibt individualisierend ein bestimmtes von der
Deckung ausgenommenes Wagnis!**

**Verhüllte Obliegenheit ist eine Obliegenheit im Gewand eines
Ausschlusses.**

**Problem: Verletzung verhüllter Obliegenheiten ist regelmäßig vertraglich
nicht sanktioniert!**

Bisherige Lösung der Rechtsprechung: Ergänzende Vertragsauslegung!

**Rechtsproblem: Kompatibilität mit der Rechtsprechung zur Anpassung
von Altverträgen?**

Künftig möglicherweise:

Wo Ausschluss „draufsteht“ ist Ausschluss „drin“!

Felsch, r+s 2015, 53

Die Interpretation von Ausschlussklauseln als verhüllte Obliegenheiten ist mit dem System der Auslegung von AVB und der Klauselkontrolle, vor allem mit Transparenzerfordernissen nicht vereinbar!



Also bleibt es beim Risikoausschluss!



Anknüpfung eines Ausschlusses an ein missbilligtes Verhalten ohne Verschuldenskorrektur kann VN unbillig benachteiligen!

Leitbildwiderspruch!

[Aber: Differenzierung zwischen Großrisiken und „normalen“ Versicherungsverträgen]



LG Wuppertal,
Urteil vom 11.4.2024
- 4 O 247/23,
BeckRS 2024, 10538

Nachweis von
„Sturm“

Sachverhalt:

Zwischen dem VN und dem bekl. VR besteht eine Wohngebäudeversicherung unter Geltung von VGB, welche u.a. die Deckung von Sturmschäden umfasst. In Ziff. 2.4.1. heißt es:

Sturm ist eine wetterbedingte Luftbewegung ab Windstärke 8 oder von mindestens 63 km/h.

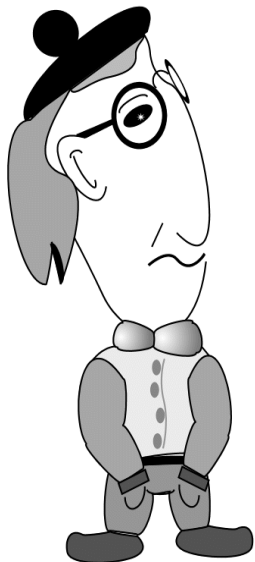
Der VN meldet dem VR am **16.3.2023**, dem Versicherungsvermittler am Vortag ein Schaden vom 15.1.2023 und führt aus, durch starken Wind habe sich die Dachpappe der Garage gelöst.

Am 17.3.2023 teilt der Vermittler mit, der VN sei „mit einem Dachdecker daran, den Schaden zu beheben“ und übermittelt zwei Fotos, welche eine teilweise gelöste Bitumenbahn zeigen. Zu erkennen ist ein umgeklappter, beschädigter Bereich des Bitumenbelags. In dieser Mitteilung wird nun angegeben, der VN könne „leider nicht genau sagen, wann es passiert ist“. Auf die Dringlichkeit der Behebung wird hingewiesen.

Am 21.4.2023 teilt der Vermittler dem VR mit, er habe dem VN mitgeteilt, er könne mit den Arbeiten beginnen.

Bei einer Ortsbesichtigung am 9.5.2023 durch einen vom VR entsandten Sachverständigen ist der Schaden bereits teilweise behoben. Der Sachverständige gelangt zu dem Ergebnis, es könne anhand der Schadenfotos nicht völlig ausgeschlossen werden, dass der Schaden an der Dachpappe sturmbedingt entstanden sei, es sei aber keinesfalls belegt. Am ursprünglich angegebenen Schadentag habe kein Sturm geherrscht. Für den Fall, dass dem Grunde nach eine Zahlungspflicht bejaht werde, werde der schadenbedingte Anteil der Kosten auf allenfalls 1.785 € brutto geschätzt.

Der VR zahlt für die Reparatur ohne weitere Prüfung 1.785 €. Zudem begleicht er eine Rechnung über 781,35 € betreffend Bauschuttabfuhr. Mit seiner Klage verlangt der VN 15.157,48 € (Reparaturkosten des Dachdeckers).



- Schaden am Dach ist im Zeitraum vom **15. bis 18.1.2023** durch Sturm/Orkantief „Frederic“ eingetreten. Sämtliche Kosten sind schadensbedingt.
- VR hat den Schaden jedenfalls im Umfang von 70 % anerkannt. SV hat in Kenntnis des Angebots des Dachdeckers eine sofortige Zahlung zur (abschließenden) Regulierung in Höhe von 70 % des Nettoschadens angeboten. Dieses Angebot habe er, der VN, (insoweit unstreitig) abgelehnt.

➤ Entscheidung des LG: Klagabweisung

- Vortrag des VN genügt den **Substantiierungsanforderungen** hins. des von ihm behaupteten ursächlichen Sturmereignisses nicht. Voraussetzung ist wetterbedingte Luftbewegung ab Windstärke 8 oder von mindestens 63 km/h. Dafür ist VN nach allg. Grds. darlegungs- und - bei hinreichender Substantiierung - auch beweisbelastet.
- Vortrag des VN ist **widersprüchlich**.
 - Einen **bestimmten Tag** mit Sturm als Schadensauslöser hat VN auch in seiner informatorischen Anhörung nicht benannt. Vielmehr hat er weiterhin widersprüchliche Angaben zu der etwaigen Schadensursache gemacht.

S. insoweit OLG Köln, Urteil vom 14.7.1988 - 5 U 33/88, r+s 1988, 304:

Wenn der VN den Tag nicht bestimmt hat, an dem der behauptete Sturmschaden eingetreten ist, sondern die Zeit des Schadeneintritts in widersprüchlicher Weise auf jeweils andere Monate eines Vierteljahres datiert hat, mangelt es bereits an einem schlüssigen Vortrag für die Anspruchsvoraussetzung des § 5 Abs. 1 S. 1 VGB 62 (keine hinreichende Substantiierung), so dass kein Anlass für eine Beweisaufnahme besteht.

- Versuch einer zeitlichen Eingrenzung des Schadensereignisses im Sinne einer Plausibilisierung gescheitert.
Schaden kann bereits nach dem Vortrag des VN **unabhängig von einem Sturmereignis** i.S. der VGB zu einem beliebigen Zeitpunkt vor dem 15.3.2023 eingetreten sein.
- Unklar bleibt auch nach der ausführlichen informatorischen Anhörung des VN, aus welchem Grund er trotz freier und von ihm selbst als „gut“ bezeichneter Sicht auf das Garagendach von seiner Wohnung aus, den Schaden erst Monate nach dem behaupteten Schadensereignis entdeckt hat, zumal der VN in dem Zeitraum zwischen dem Sturm „Frederic“ bis zur Entdeckung des streitgegenständlichen Schadens nicht (urlaubsbedingt) abwesend war und deshalb täglich die Gelegenheit hatte, von seinem Küchenfenster aus den Primärschaden in Form der losgelösten Bitumenbahn zu bemerken.

Ist das eine Frage der Substantiierung???

S. BGH, Beschluss vom 5.6.2024 – IV ZR 261/22, juris Rn. 11 m.w.N.:

Eine Partei genügt nach st. Rspr. des BGH ihren Substantiierungspflichten, wenn sie Tatsachen vorträgt, die in Verbindung mit einem Rechtssatz geeignet sind, das geltend gemachte Recht als bestehend erscheinen zu lassen. Genügt das Parteivorbringen diesen Anforderungen an die Substantiierung, kann der Vortrag weiterer Einzeltatsachen nicht verlangt werden. Vielmehr muss der Tatrichter in die Beweisaufnahme eintreten, um dort eventuell weitere Einzelheiten zu ermitteln.

Begehrt der Versicherungsnehmer Entschädigung wegen eines **Sturmschadens**, hat er den Nachweis zu führen, dass ein bedingungsgemäßer Sturm, also eine wetterbedingte Luftbewegung von mindestens Windstärke 8 Beaufort, für den Schadensort feststellbar war oder der Schaden wegen des einwandfreien Zustandes des versicherten Gebäudes nur durch einen Sturm entstanden sein kann (OLG Saarbrücken r+s 2019, 336 Rn. 15; MünchKomm-VVG/Piontek/Tschersich, 3. Aufl. VersProz Rn. 536).

- Und: Keine Einstandspflicht des VR aufgrund eines Schuldanerkenntnisses (§ 781 BGB). Aussage des Vermittlers, mit den Arbeiten könne begonnen werden, um einen Einsturz des Dachs zu vermeiden, genügt für die Annahme eines Schuldanerkenntnisses nicht. Es handelt sich nach Auslegung (§§ 133, 157 BGB) vielmehr um eine „Freigabe“ dahingehend, die Arbeiten stünden der Begutachtung durch den VR nicht entgegen. E-Mail steht im Zusammenhang mit der Korrespondenz bezüglich der Abstimmung eines Ortstermins.
- Kein Anerkenntnis in Angebot des SV zur Schadensregulierung. Dabei ist es unerheblich, ob SV angeboten hat, den Versicherungsfall durch Zahlung von 70 % des Schadens zu regulieren. Nach Auslegung der Erklärung handelt es sich um ein Vergleichsangebot unter Zurückstellung der weiteren Prüfung des vertragsbedingten Versicherungsfalles (§§ 133, 157 BGB). Dieses hat VN abgelehnt.

Praxishinweis

- „Unmittelbar“ (i.S.v. A. § 4 Nr. 2 c) aa) VGB 2010) wirkt der Sturm ein, wenn er die zeitlich letzte Ursache des Sachschadens ist. Hierbei genügt **Mitursächlichkeit**, sofern der VR keinen Haftungsausschluss (z.B. nach den §§ 23 ff., 81 VVG) nachweisen kann (vgl. Armbrüster in Prölss/Martin, VVG 32. Aufl. § 4 VGB 2010 Rn. 3).
- Ist (Mit-)Ursächlichkeit zu bejahen, schadet es nicht, wenn der Schadenseintritt durch zuvor bereits vorhandene Gebäudeschäden ermöglicht oder zumindest begünstigt wird (OLG Dresden r+s 2020, 277 Rn. 16; OLG Hamm BeckRS 2016, 14583 Rn. 13; OLG Düsseldorf VersR 1984, 1035; OLG Saarbrücken r+s 2014, 414; r+s 2007, 62 = VersR 2006, 1635; s. a. OLG Karlsruhe NJW-RR 2006, 820; a.A. OVG Hamburg VersR 1981, 1071).

- Wenn der VN das Vorliegen eines Sturms bewiesen hat, muss er weiter beweisen, dass der konkret entstandene Schaden (auch) auf den Sturm zurückzuführen ist (OLG Celle r+s 1993, 384; OLG Saarbrücken r+s 1995, 268). Daran fehlt es z.B. für einen Feuchtigkeitsschaden durch vom Sturm in einen Einriss der Dachhaut hinein gedrücktes Wasser, wenn der VN nicht bewiesen hat, dass die Dachhaut erst durch den Sturm beschädigt worden ist (OLG Celle aaO).
- Die bloße **zeitliche Nähe** zwischen der Feststellung von Mauerwerksschäden und einem bedingungsgemäßen Sturmereignis genügt nicht für den Nachweis, dass der Sturm das altersschwache Gebäude weiter geschädigt hat (OLG Hamm BeckRS 2016, 14583 Rn. 18; OLG Koblenz r+s 2015, 447 Rn. 17).

**LG Hagen,
Urteil vom 6.3.2024
- 10 O 98/23,
BeckRS 2024, 13632**

Überschwemmung

Sachverhalt:

Der VN unterhält beim bekl. VR eine Wohngebäudeversicherung für sein Einfamilienhaus samt Garagen und Carports und ein Nebengebäude (Pavillon).

Am **14.7.2021** kam es auch im Bereich des versicherten Grundstücks zu einer extremen Unwetterlage verbunden mit erheblichem Starkregen („Tief Bernd“). Im Nachgang hierzu stellte der VN am 15.7.2021 das Eindringen von Wasser in den Keller des versicherten Hauses fest. Im Rahmen des Schadensereignisses stand zu keinem Zeitpunkt sichtbares Wasser auf dem Grundstück des VN.

Der VN bemerkte allerdings in der Folgezeit, dass der Boden des Nachbargrundstücks durchfeuchtet war. Aus dieser Durchfeuchtung entwickelte sich seinerseits die Vermutung, dass Ursache für den Wasserschaden ein **Rohrbruch** gewesen sei, den die Stadtwerke verursacht hätten.

Demgegenüber geht der VR davon aus, dass schadenursächlich die Erhöhung des Grundwasserspiegels gewesen sei.

Die Bedingungen enthalten einen Ausschluss, nach dem

nicht versichert sind ohne Rücksicht auf mitwirkende Ursachen Schäden durch Grundwasser, das nicht an die Erdoberfläche gedrungen ist.

➤ Entscheidung des LG: Klagabweisung

- Eintritt des Versicherungsfalles nicht bewiesen.
 - VN muss in einem ersten Schritt den Nachweis führen, dass es vor dem Schadenseintritt **Witterungsniederschläge** gegeben hat.
Im zweiten Schritt ist der Nachweis zu führen, dass diese Niederschläge zu einer **Überflutung des Grund und Bodens**, auf dem sich das versicherte Gebäude befindet, geführt haben.
Gelingt dieser Nachweis, hat der VN den weiteren Nachweis führen, dass die Überschwemmung des versicherten Grundstücks **adäquat kausal** für den Schadenseintritt am Gebäude gewesen ist, wobei Mitursächlichkeit ausreichen kann.

- **Anscheinsbeweis?**

- ... ist demgegenüber nicht anzuerkennen. Es fehlt an der für die Annahme eines Anscheinsbeweises erforderlichen Typizität. Nur weil eine Extremwetterlage bestand und sich anschließend Wasser in einem Kellerraum des versicherten Wohngebäudes befand, heißt das nicht, dass es mit sehr großer Wahrscheinlichkeit zu einer bedingungsgemäßen Überschwemmung auf dem versicherten Grundstück gekommen sein muss. Ebenso gut sind, wie gerade der vorliegende Fall aufzeigt, alternative Sachverhalte denkbar, die zu dem Schaden geführt haben können, ohne dass ein versichertes Ereignis vorliegt. So kommt ein Rückstau ebenso in Betracht wie angestiegenes, jedoch noch nicht an der Geländeoberfläche anfallendes Grundwasser, welches im Falle des Versagens der Gebäudeabdichtung in das Gebäude eindringen kann.

- **Überschwemmung?**

- Die synonym verwandten Begriffe „Überschwemmung“ und „Überflutung“ sind nicht näher definiert. Nach allg. Sprachgebrauch ist darunter eine zeitlich begrenzte Wasserbedeckung von im Normalfall trockenen Landflächen zu verstehen. Der BGH spricht von der **Ansammlung einer erheblichen Wassermenge auf der Geländeoberfläche**. Ansammeln heißt, dass das Wasser eine gewisse Dauer auf dem Versicherungsgrundstück steht, mit der Folge, dass das Wasser nicht mehr „erdgebunden“ ist.
- Eine Anreicherung des Erdbodens mit Niederschlags- und Grundwasser bis zur Sättigungsgrenze genügt demgegenüber nicht (vgl. OLG Hamm BeckRS 2005, 14729 Rn. 4).

Ansammlung? S. zunächst BGH r+s 2005, 290:

„Nach dem Verständnis eines durchschnittlichen VN ist eine - in den Bedingungen nicht näher definierte - „Überflutung von Grund und Boden“ dann anzunehmen, wenn sich erhebliche Wassermengen auf der Geländeoberfläche ansammeln ...
Das war hier ... der Fall ...“

Vgl. dann aber auch BGH r+s 2006, 323 Rn. 10

(zu § 12 Nr. 1 Ziff. I Buchst. c AKB):

„Nicht zu folgen ist dagegen [der] Auffassung, bei diesem Begriffsverständnis könne eine Überschwemmung dann nicht vorliegen, wenn Regenwasser auf einen Berghang treffe, weil das Wasser üblicherweise über dieses Gelände abfließe, also gerade nicht auf sonst nicht in Anspruch genommenem Gelände in Erscheinung trete. Das greift zu kurz und lässt sich auch nicht mit dem dafür in Anspruch genommenen Urt. des BGH (VersR 1964, 712) vereinbaren. Denn eine Überschwemmung i.S. der Klausel liegt auch dann vor, wenn starker Regen auf einem Berghang in einem Maße niedergeht, dass er weder vollständig versickert oder sonst geordnet über natürliche Wege (z.B. Rinnen oder Furchen) abfließen kann; auch insoweit tritt Wasser auf sonst nicht in Anspruch genommenem Gelände in Erscheinung, wenngleich es sich aufgrund der Hanglage nicht sammelt, sondern - sturzbachartig - den Hang hinab fließt.“

- Unter Versicherungsort ist der Grund und Boden zu verstehen, auf welchem sich das versicherte Gebäude befindet (vgl. OLG Bamberg VersR 2016, 1247).
- Ein versicherter Überschwemmungsschaden setzt nicht voraus, dass das gesamte versicherte Grundstück überflutet ist (vgl. OLG Karlsruhe r+s 2012, 179).
- **Hier (-):** Soweit VN argumentiert, ein oberflächliche Ansammlung von Wasser sei aufgrund einer **Versiegelung der Oberfläche durch Steinplatten** nicht erkennbar, darunter sei jedoch der Boden durchfeuchtet gewesen, führt diese Argumentation (nur) zu der Annahme von ansteigendem Grundwasser. Eine oberflächliche Ansammlung von Wasser, die auch auf versiegeltem Boden in Betracht kommt, lag hingegen nicht vor, mithin auch keine bedingungsgemäße Überschwemmung.

- **Ansteigendes Grundwasser = Überschwemmung?**
 - Ansteigendes Grundwasser, welches nicht an die Erdoberfläche gelangt, ist keine bedingungsgemäße Überschwemmung.
 - Denn nach Ziff. 1.2.5 Abs. 1 VGB stellt eine Überschwemmung in diesem Zusammenhang eine Überflutung des Grund und Bodens dar, die infolge eines Austritts von Grundwasser an die Erdoberfläche infolge von Witterungsniederschlägen auftritt. Demgegenüber erstreckt sich der Versicherungsschutz gegen Überschwemmung gem. Ziff. 2.1 Abs. 5 VGB ausdrücklich nicht auf Schäden durch Grundwasser, das nicht an die Erdoberfläche gedrungen ist. An einem Austritt an die Oberfläche fehlt es jedoch gerade.

**LG Würzburg,
Beschlüsse vom 27.3.2023
- 44 S 119/23,
BeckRS 2023, 33630;
vom 10.5.2023 - gl. Az.,
BeckRS 2023, 29107**

**Fettbrand in der Küche
(Mietsache)**

Sachverhalt (rekonstruiert):

Die Parteien eines Mietvertrages streiten darüber, ob der Mieter (Bekl.) zur Minderung der Miete berechtigt war, nachdem er selbst durch schuldhaftes Verhalten den Mietmangel verursacht hat. In diesem Zusammenhang geht es im Kern um die Frage, ob dem Mieter einfache oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

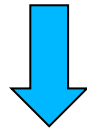
Der Bekl., ein junger Mann mit wenig Erfahrungen im Haushalt, hatte nach der Zubereitung von Pommes Frites in einem Topf mit heißem Fett um 2.30 Uhr den Topf zum Abkühlen auf dieselbe, zuvor zum Erhitzen benutzte und noch angeschaltete Herdplatte zurückgestellt. Hierbei hatte er sich - unstreitig - beim Zurückstellen des Topfes auf die Herdplatte nicht hinreichend versichert, dass diese bereits ausgeschaltet war. Der Bekl. hatte alsdann die Pommes verspeist und gegen 3.00 Uhr einen Brand bemerkt.

Im Rahmen der anschließend durchgeführten Blutentnahme war eine Alkoholisierung von 1,2 Promille festgestellt worden.

Beide Tatsacheninstanzen hatten eine grobe Fahrlässigkeit des Mieters verneint und sind zu dem Ergebnis gelangt, dass der verursachte Schaden demgemäß durch die vom Vermieter abgeschlossene Gebäudeversicherung gedeckt ist und die Befugnis des Mieters zur Minderung der Miete unberührt lässt (vgl. BGHZ 203, 256 = r+s 2015, 70).

➤ Versicherungsrechtliches Parallelproblem: § 81 VVG

Darlegungs- und
Beweislast jew.
VR



§ 81 Abs. 2 VVG – grobe Fahrlässigkeit

Objektiv:

Verletzung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt in ungewöhnlich hohem Maße; VN muss einfachste und nahe liegende Maßnahmen nicht ergriffen haben, die im konkreten Fall jedem hätten einleuchten müssen.

Subjektiv:

Besonders hohes Maß an Vorwerfbarkeit. Es muss sich um eine auch subjektiv unentschuldbare Pflichtwidrigkeit handeln, die das in § 276 Abs. 2 BGB bestimmte Maß erheblich überschreitet.

+ Verursachung des Versicherungsfalles durch grob fahrlässiges Verhalten (Kausalität)

➤ Begründung des LG:

- Dass der Bekl. den Topf mit heißem Fett zum Abkühlen wieder auf dieselbe, zuvor zum Erhitzen benutzte und noch angeschaltete Herdplatte zurückgestellt hat, begründet den Vorwurf grober Fahrlässigkeit nicht. Unstreitig hat er sich beim Zurückstellen des Topfes auf die noch eingeschaltete Herdplatte nicht hinreichend versichert, dass diese bereits ausgeschaltet war. Dass der Bekl. sich seinen Sorgfalts- und Überwachungspflichten beim Erhitzen von Fett in einem Topf auf dem Herd grundsätzlich bewusst und diesen nachgekommen ist (vgl. OLG Frankfurt a.M. r+s 2005, 421), insbes. den Topf hinreichend überwacht hat, zeigt sich daran, dass es in diesem Zusammenhang zu keinem Brandgeschehen gekommen ist.

➤ OLG Frankfurt a.M. aaO [zu § 67 VVG a.F.]:

- Wenn die Mieterin in den frühen Morgenstunden des Neujahrstages in ihrer Wohnung zwei Fondue-Töpfe mit Fett auf dem Gasherd auf mittlerer Stufe in der Küche erhitzt hat, während sie gemeinsam mit einer Bekannten fünf Kinder ins Bett brachte,
 - hat sie den dadurch entstandenen Brand in objektiver Hinsicht grob fahrlässig herbeigeführt,
 - ist das Verhalten der Mieterin entschuldbar, da zu dem Augenblicksversagen besondere Umstände hinzukommen, so das Aufräumen nach einer Silvesterfeier und das Zubettbringen von fünf „aufgedrehten“ Kindern in Verbindung mit einer früheren Erfahrung, dass der Erhitzungsversuch ohne Brand verlaufen ist.

- Beim Abkühlen des heißen Fettes im Topf ging der Bekl. sodann fälschlicherweise davon aus, die Herdplatte bereits ausgeschaltet zu haben und verließ die Küche. Der Bekl. verließ somit nicht in der bewussten Kenntnis der noch angeschalteten Herdplatte die Küche, sondern vielmehr in Unkenntnis darüber, dass die Herdplatte noch angeschaltet war, was nach Auffassung der Kammer einen erheblichen Unterschied begründet und daher auch die Annahme der bloß einfachen Fahrlässigkeit rechtfertigt.
- Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass der Bekl. die gesamte Zeit über die Wohnung nicht verlassen und es sich nur um einen 10-20 Minuten währenden Zeitraum gehandelt hat, in dem der Bekl. sich nicht in der Küche aufgehalten hat: Denn nach eigenen Angaben hat er erst nach 2:30 Uhr das Fett und die Pommes erhitzt, diese anschließend verspeist und bereits ca. 30 Minuten später, gegen 3:00 Uhr, bemerkte er den Brand, *wobei es seltsam anmutet, dass der Bekl. selbst auf das Brandgeschehen aufmerksam werden musste und er offenbar nicht von einem gesetzlich vorgeschriebenen Rauchmelder gewarnt wurde.*

- Aber selbst wenn das Amtsgericht ein objektiv grob fahrlässiges Verhalten des Bekl. angenommen hätte, würde er durch subjektive Gründe vom Vorwurf der groben Fahrlässigkeit befreit werden. Denn ein subjektiv unentschuldbares Fehlverhalten, das das gewöhnliche Maß erheblich übersteigt, ist ebenfalls nicht gegeben (vgl. OLG Köln r+s 1990, 186), sondern es handelt sich vielmehr nur um ein **Augenblicksversagen**.
- Im Rahmen des subjektiven Schuldvorwurfs sind bei der groben Fahrlässigkeit auch besondere, in den seelischen und physischen Umständen der betreffenden Person liegende Umstände beachtlich (BGH r+s 1989, 193). So können in der Individualität des Handelnden begründete Umstände geeignet sein, die subjektive, personale Seite der Verantwortlichkeit geringer als grob fahrlässig einzustufen.

- Wie bereits ausgeführt, hat der Bekl. nur in der Annahme, dass die Herdplatte bereits ausgeschaltet sei, den heißen Topf auf diese zurückgestellt. Dass er diese Annahme fälschlicherweise traf, mag einerseits mit der **nächtlichen Uhrzeit** und der **damit einhergehenden Müdigkeit** zusammenhängen. Andererseits ist ebenfalls zu berücksichtigen, dass beim Bekl. im Rahmen der durchgeführten Blutentnahme eine Alkoholisierung von 1,2 Promille festgestellt worden war, die zu einer Verminderung der Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit führt. Ferner ist dem Bekl. schuld mindernd zugute zu halten, dass er als junger Mann nur über wenig Erfahrungen im Haushalt verfügte (OLG Köln aaO). Insbes. aufgrund der erheblichen Alkoholisierung des Bekl. in Zusammenschau mit den weiter hinzutretenden Umständen ist daher nach Auffassung der Kammer auch subjektiv nicht von einem grob fahrlässigen Verhalten des Bekl. auszugehen.

Vgl. demgegenüber OLG Bremen NJW-RR 2022, 973:

Die VN einer Wohngebäudeversicherung begehrt vom bekl. VR weitere Entschädigungsleistungen nach einem Brand in ihrem Wohnhaus.

Die VN hatte auf dem Herd in ihrer Küche Milchreis gekocht und diesen auf Stufe 1 köcheln lassen. Weil sie mit ihrem Hund Gassi gehen wollte, wollte sie den Herd ausstellen. Deshalb ging sie in die Küche, um die Herdplatte über den Regler auf die Stufe 0 zu stellen. Tatsächlich betätigte sie den Regler einer zweiten Herdplatte, die sie auf die Stufe 9 stellte.

Der VR ist der Auffassung, er sei wegen grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalls zu einer Leistungskürzung von 25 % berechtigt.

➤ Entscheidung des OLG: Klagabweisung

- Anschalten der (zweiten) Herdplatte und Verlassen des Hauses für ca. 20 Minuten **objektiv** sorgfaltswidrig.
- *Offen bleibt, ob nach der Aufgabe des „Alles oder Nichts-Prinzips“ auf subjektive Vorwerfbarkeit verzichtet werden sollte bzw. ob die Anforderungen an die subjektive Vorwerfbarkeit abgesenkt werden sollten (vgl. Armbrüster in Prölss/Martin, VVG 32. Aufl. § 81 Rn. 48; BeckOK VVG/Klimke, § 81 Rn. 38.1 f.).*
- Denn: VN durfte sich auf ihren Eindruck, sie habe die (erste) Herdplatte abgeschaltet, nicht verlassen. Ihr oblag die Pflicht, sich durch einen **Blickkontakt** zu vergewissern, dass der Herd auch tatsächlich ausgeschaltet war. Und zwar insbes. deshalb, weil sie beabsichtigte, unmittelbar nach der Betätigung des Herdes das Haus zu verlassen.

- Kein **Augenblicksversagen**, da
 - keine **besonderen Umstände** erkennbar, die das „momentane“ Versagen in einem anderen Licht erscheinen lassen. Eine besondere Eile oder eine Ablenkung durch eine außergewöhnliche (Not-)Situation ist nicht erkennbar.
- Rspr. zu sog. (typischerweise unbewusst ausgeübten) **Routinehandlungen** (BGHZ 119, 147 = NJW 1992, 2418; NJW 1989, 1354, 1355) nicht anwendbar.



LG Hagen,
Urteil vom 15.10.2024
- 9 O 258/23,
r+s 2025, 28 mAnm Schilbach

Cyber-Versicherung

Sachverhalt:

Die VN verlangt Entschädigungsleistungen aus einer Cyber-Versicherung, der AVB für die Versicherung von Cyber-Risiken (AVB Cyber) zugrunde liegen und deren Versicherungsumfang sich auch auf den Baustein „Cyber-Vertrauensschäden“ erstreckt.

Die VN steht in einer regelmäßigen Geschäftsbeziehung zu einem polnischen Lieferanten (L). Mit diesem kommunizierte die VN in der Regel per E-Mail. Kontaktperson der VN bei L war Herr F. Per E-Mail wurde mit diesem u.a. die Bezahlung offener Rechnungsbeträge besprochen. Herr F. verwendete die E-Mail-Adresse ... Zum Jahreswechsel 2022/23 hatte die VN gegenüber L aufgrund erfolgter Lieferungen Rechnungen im unteren sechsstelligen Bereich zu begleichen.

Am 25.1.2023 erhielt die VN eine E-Mail, mit welcher L vorgeblich eine geplante Änderung seiner Bankverbindung mitteilte. Der Absender verwendete dabei eine E-Mail-Adresse mit der E-Mail-Domain des L, ferner den Namen des F und die Signatur der L.

Später wurden mit dem VN über diese E-Mail-Adresse - wie gewohnt - Bestellungen und offene Rechnungen erörtert und - wie angekündigt - neue Bankdaten mitgeteilt. Aufgrund dieser Nachricht änderte die VN die für L hinterlegten Kontodaten und zahlte in der Folgezeit insgesamt rd. 85.000 EUR auf das neu mitgeteilte Bankkonto. Tatsächlich handelte es sich bei den E-Mails - wie die VN später erfuhr - um Fälschungen. Der Versuch einer Rückbuchung der Überweisungen blieb erfolglos.

Nach Meldung des Schadens gegenüber dem VR ermittelte ein von diesem beauftragtes Unternehmen, dass vermutlich der Exchange Server von L - von dem die betrügerischen E-Mails versandt worden waren - „gehackt“ worden sei. Eine Regulierung des Schadens lehnt der VR mangels eines versicherten Ereignisses ab. Die VN ist demgegenüber der Ansicht, der Eingriff des Schädigers in den laufenden E-Mail-Verkehr und den über ein Online-Banking-System abgewickelten Zahlungsverkehr zwischen ihr und L sei ein (versicherter) **Eingriff in ihr Telekommunikationsnetzwerk**. Ihr Telekommunikationsnetzwerk sei deshalb „gehackt“ worden.

4. **Versicherungsfall** und Serienschäden

Versicherungsschutz besteht für alle im Zeitraum zwischen Versicherungsbeginn und Versicherungsende vom Versicherungsnehmer entdeckten **Informationssicherheitsverletzungen**. Die Informationssicherheitsverletzung gilt mit dem Zeitpunkt der ersten nachprüfaren Feststellung durch den Versicherungsnehmer als entdeckt (Versicherungsfall).

3. Informationssicherheitsverletzung

Informationssicherheitsverletzungen im Sinne dieser Bedingungen sind:

3.1. Verletzung datenschutzrechtlicher Bestimmungen

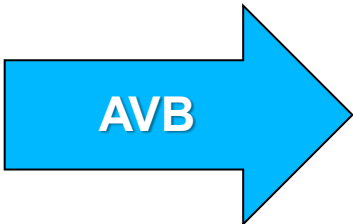
Nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO), dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) oder anderen Regelungen zum Datenschutz unzulässige oder unrichtige Erhebungen, Verarbeitungen oder Nutzungen personenbezogener Daten Dritter durch Versicherte; dies gilt auch bei Verletzungen vergleichbarer ausländischer Rechtsnormen.

3.2. Vertraulichkeitsverletzung

Verletzungen der Vertraulichkeit Daten Dritter durch den Versicherungsnehmer, die sich im Verfügungsbereich des Versicherungsnehmers befinden. Dazu gehören insbesondere Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse Dritter.

3.3. Netzwerksicherheitsverletzungen

Netzwerke im Sinne dieser Vertragsbedingungen sind Telekommunikations-, Daten- und Rechnernetzwerke des Versicherungsnehmers. Netzwerksicherheitsverletzungen sind Beeinträchtigungen der Verfügbarkeit, Integrität und Vertraulichkeit der informationstechnischen Systeme, Komponenten oder Prozesse des Versicherungsnehmers.



AVB

➤ Entscheidung des LG: Klagabweisung

- Kein Versicherungsfall mangels Informationssicherheitsverletzung iSv Teil A Ziff. 4 AVB Cyber.
 - Verletzung datenschutzrechtlicher Bestimmungen (-), weil VN keinen Verstoß gegen datenschutzrechtliche Bestimmungen begangen hat.
 - Für **Vertraulichkeitsverletzung** fehlt es an einer Verletzung der Vertraulichkeit Daten Dritter durch die VN.
 - Auch keine **Netzwerksicherheitsverletzung** → **Auslegung**

- Der durchschnittliche VN wird die Klausel [Teil A Ziff. 3.3 AVB Cyber] dahin verstehen, dass es zu einer **Verletzung der Sicherheit des Netzwerkes der VN** gekommen sein muss und eine derartige Verletzung bei dem Empfang von E-Mails, die von einem anderen als dem in den E-Mails angegebenen Absender stammen, nicht gegeben ist.
- Allein der Umstand, dass aufgrund der unautorisierten Verwendung des E-Mail Exchange Servers des Lieferanten möglicherweise eine nicht zu erkennende Täuschung vorgelegen hat, stellt **keinen direkten Angriff auf die Verfügbarkeit, Integrität und Vertraulichkeit der informationstechnischen Systeme** der VN dar. Die informationstechnischen Systeme – auch das E-Mail-System der VN – und letztlich auch das Netzwerk der VN funktionierten wie vorgesehen. E-Mails konnten auf normale Weise und unverändert empfangen und gesendet werden. Betroffen von dem Cyber-Angriff war lediglich ein **Netzwerk eines Dritten.**

- Berücksichtigt werden müssen bei einer Auslegung der AVB weiterhin die – nicht abschließenden – Regelbeispiele aus Teil A Ziff. 3.3.1., in denen es auszugsweise heißt:

Keine Netzwerksicherheitsverletzung liegt vor, wenn

(3) Beeinträchtigungen der oben genannten Art in Netzwerken Dritter stattfinden, die Auswirkungen jedoch auch beim Versicherungsnehmer auftreten (z. B. man-in-the-middle Angriff bei Zulieferer);

(4) kein Eingriff in das Netzwerk des Versicherungsnehmers stattgefunden hat (z. B. fake president Angriffe mittels nachgebildeter E-Mail-Adresse).

- Aus diesen Regelbeispielen kann ein durchschnittlicher und verständiger VN erkennen, dass der vorliegende Fall, der zu den eben genannten Regelbeispielen Ähnlichkeiten aufweist, nicht zu den versicherten Risiken zählt.

- Voraussetzung des Versicherungsschutzes bleibt eine **Netzwerksicherheitsverletzung bei dem VN selbst**, die nicht vorliegt. Beeinträchtigungen bei Dritten sind keine Netzwerksicherheitsverletzung bei der VN. In Abgrenzung zu einem Cyber-Angriff handelt es sich im vorliegenden Fall einer dem „normalen“ Betrug nahen Tat.
- Dieses Verständnis der AVB ist sachgerecht. Denn die VN ist auf eine betrügerische E-Mail hereingefallen. Dieses Risiko ist heute allgegenwärtig und nichts, was notwendigerweise durch eine Cyber-Versicherung abzusichern wäre. Andernfalls wäre jedweder E-Mail-Verkehr mit Spam- oder Phishing-Mails eine Netzwerksicherheitsverletzung bei dem VN. Das versicherte Risiko würde sich auf den weltweiten E-Mail-Verkehr ausweiten.

- **Inhaltskontrolle (§ 307 BGB):**

- Teil A Ziff. 4 AVB Cyber ist Leistungsbeschreibung des versicherten Risikos und unterliegt gem. **§ 307 Abs. 3 S. 1 BGB** nicht der Inhaltskontrolle. Teil A Ziff. 3 enthält keine Einschränkung des zuvor festgelegten Versicherungsumfangs, sondern legt erst die vom VR geschuldete Leistung fest.
- Leistungsbeschreibung verstößt auch nicht gegen das - sich gem. § 307 Abs. 3 S. 2 BGB auch auf das Hauptleistungsversprechen erstreckende - Transparenzgebot des § 307 Abs. 1 S. 2 BGB.

Nach diesen Grundsätzen sind die Leistungsbeschreibungen der AVB nicht intransparent. Denn für eine Cyber-Versicherung ist typisch und für den Durchschnittskunden erkennbar, dass nur das Risiko der eigenen IT-Systeme geschützt werden soll und nicht weltweite Hacker-Angriffe, die in mittelbarer Weise Auswirkungen gegenüber dem Versicherungsnehmer haben können. Andernfalls wäre bereits die Teilnahme am E-Mail-Verkehr an sich ein großes Risiko, da niemand vor - auch gut gefälschten - Phishing Mails geschützt ist. Die Versicherungsbedingungen sind insoweit klar und verständlich formuliert, dass im Rahmen der Netzwerksicherheitsverletzung gerade eine Beeinträchtigung der eigenen Netzwerke vorliegen muss.

Vgl. auch Heetkamp, jurisPR-VersR1/2025 Anm 2

„Der vorliegende Fall sollte jedoch nicht zu der (Fehl-)Annahme verleiten, dass Unternehmen bei Phishing-Angriffen niemals Schutz durch eine Cyberversicherung genießen. Denn der vorliegende Sachverhalt wäre anders zu beurteilen gewesen, wenn ein Mitarbeiter des Versicherungsnehmers auf einen mit Malware ausgestatteten Anhang geklickt oder den Download einer entsprechenden Schadsoftware durch den Aufruf eines in der Mail vorhandenen Links ausgelöst und dies zu einer Beeinträchtigung der Verfügbarkeit, Integrität oder Vertraulichkeit der IT des Versicherungsnehmers geführt hätte ... Dann wäre eine bedingungsgemäße Informationssicherheitsverletzung und damit ein Versicherungsfall eingetreten. Auch gibt es Cyberversicherungen, die Angriffsszenarien wie im vorliegenden Fall abdecken.“