

Info-Letter

Versicherungs- und Haftungsrecht

In Zusammenarbeit mit der Neuen Juristischen Wochenschrift

Nr. 16 · 29. August 2003

Schriftleiter: Rechtsanwalt Dr. Theo Langheid, Köln

Inhalt

Allgemeines Versicherungsrecht

LG Stade: Zugang des Ablehnungsschreibens 182

Sachversicherung

OLG Köln: Stehlgutliste 182

OLG Karlsruhe: Rohr der Heizungsanlage 183

Haftpflichtversicherung

OLG Köln: Befriedigungsverbot 183

OLG Köln: Unzulässige Anträge 183

KFZ-Haftpflichtversicherung

OLG Köln: Alkohol 184

KFZ-Kaskoversicherung

BGH: Rettungshandlung eines Dritten 185

Rechtsschutzversicherung

BGH: Risikoausschluss nach § 4 (1) k ARB 75 185

OLG Köln: Vorsatzausschluss 186

Unfallversicherung

BGH: Ablauf der Dreijahresfrist 186

Krankenversicherung

LG Wiesbaden: Sittenwidrige Honorarforderung 187

LG Saarbrücken: Beitragserhöhung 188

Sonstige Versicherungen

AG München: Reiserücktritt 189

Haftung

BGH: Diagnosefehler 189

OLG Koblenz: Wirtschaftsweg 190

LG Gießen: Standstreifen 190

LG München I: Sozialversicherungsträger 191

AG Königswinter: Mietwagen 191

Sonstiges

OLG Hamm: Rüge der Rechtsverletzung 192

Editorial

Outsource2india

Stellen Sie sich vor, Sie haben Ihrem Versicherer vor geraumer Zeit einen Schaden ordnungsgemäß gemeldet, aber bislang nichts gehört. Sie bemühen daraufhin die sog. „Hotline“ und es schallt Ihnen eine etwas metallisch klingende, aber sehr freundliche Stimme entgegen, die Sie bestimmte Raute- oder Zifferntasten drücken lässt, bis Sie mit einem Mitarbeiter verbunden sind. Es irritiert Sie nicht, dass dieser nur gebrochen deutsch spricht, denn er kennt Ihren Namen, Ihre Versicherungs- und sogar die Schadennummer und verspricht, dass der Schaden alsbald reguliert sein wird. Als sich nach weiteren zwei Wochen immer noch nichts tut, quälen Sie sich erneut durch die Prozedur mit der Stimme und gelangen am Ende wieder zu einer menschlichen Stimme, diesmal eine Dame mit bengalischem Akzent. Diese weiß von dem angeblichen Schadensfall nichts. Sie verspricht aber, kurzfristig auf die Angelegenheit zurückzukommen. Nach weiteren zwei Wochen rufen Sie erneut an und drücken von vorneherein auf alle möglichen Tasten, was Sie direkt zur menschlichen Stimme bringt. Diese verlangt ultimativ eine Unterhaltung auf englisch, behauptet strikt, Ihr Schaden sei längst reguliert, empfiehlt eine Prüfung Ihrer Kontounterlagen und für den Fall, dass diese Prüfung negativ ausfallen sollte, eine erneute schriftliche Kontaktaufnahme mit Ihrem Versicherungsunternehmen.

Undenkbar? Na ja. Wenn man jüngsten Presseberichten glauben darf, nach denen ein großer US - Softwarehersteller seine Hotline an ein indisches Unternehmen ausgelagert hat, wo Alpträume der geschilderten Art offenbar zur Tagesordnung gehören, dann wird der Tag kommen, an dem obiges Horror-Szenario Wirklichkeit wird.

In weiser Voraussicht hat der Gesetzgeber aber Vorsorge getroffen: § 5 Abs. 4 Nr. 3 VAG bestimmt, dass sog. Funktionsausgliederungsverträge Gegenstand des genehmigungspflichtigen Geschäftsplans sind. Nachträgliche Änderungen werden zwar gem. § 13 Abs. 1 a VAG ohne Genehmigung des Aufsichtsamtes wirksam, aber nur, wenn sie mit einem der deutschen Aufsicht unterliegenden Versicherungsunternehmen getroffen werden. Alle anderen Verträge unterliegen einer Wartezeit von drei Monaten. Ein outsource2india würde die drei Monate wohl nicht unbeanstandet überstehen.

Rechtsanwalt Dr. Theo Langheid

Mit Internet-Volltext-Service www.IVH.beck.de der besprochenen Entscheidungen

Verlag C.H.Beck München und Frankfurt a.M.

Allgemeines Versicherungsrecht

Maßgeblich für den Zugang des Ablehnungsschreibens ist die Möglichkeit der Kenntnisnahme

Entscheidet sich der Anwalt des Versicherungsnehmers, die Post noch am Freitag nach Ende der Geschäftszeit seines Büros abzuholen, so ist für den Zugang des Ablehnungsschreibens gem. § 12 Abs. 3 VVG auf diesen Zeitpunkt abzustellen und nicht auf den folgenden Montag, an dem der Brief geöffnet und der Inhalt tatsächlich zur Kenntnis genommen wurde.

Der Gesetzgeber hat durch § 130 Abs. 1 BGB die Grenze zwischen dem Einflussbereich des Absenders und des Empfängers auf den Zeitpunkt des Zugangs der Erklärung beim Empfänger verlegt. Dabei ist der Zugang nicht mit der tatsächlichen Kenntnisnahme gleichzusetzen. Es fällt nämlich nicht in das Risiko des Erklärenden, wann der Empfänger tatsächlich vom Inhalt der Erklärung Kenntnis nimmt und das Schreiben tatsächlich liest, da der Absender in diesen Fällen keinen Einfluss auf die tatsächliche Kenntnisnahme nehmen kann. Er kann nur dafür sorgen, dass die Willenserklärung in den Machtbereich des Empfängers gelangt.

Liegen auf der Seite des Empfängers besondere Umstände vor, die eine Kenntnisnahme verhindern, mit denen der Absender allerdings nicht rechnen kann, fällt dies in die Risikosphäre des Empfängers. Erst recht muss es dem Empfänger zur Last fallen, wenn er die unter den gegebenen Umständen konkret vorliegende Möglichkeit der Kenntnisnahme nicht wahrnimmt, indem er längere Zeit verstreichen lässt, bevor er einen ihm zugegangenen Brief zur Kenntnis nimmt.

Holt der Anwalt – wie vorliegend – die Post noch am Freitag nach dem Ende der Geschäftszeit seines Anwaltsbüros ab, so ist demzufolge für den Beginn der nach § 12 Abs. 3 VVG zu beachtenden Klagefrist auf diesen Zeitpunkt abzustellen und nicht auf den folgenden Montag, an dem der Brief geöffnet und der Inhalt des Ablehnungsschreibens zur Kenntnis genommen wird. Würde man dies zulassen, hätte es der Erklärungsempfänger in der Hand, den Zeitpunkt des Zugangs zu bestimmen. Dies wäre mit der sachgerechten Verteilung des Übermittlungsrisikos, wie sie in § 130 Abs. 1 BGB vorgenommen ist, nicht vereinbar.

LG Stade, Urt. v. 24.07.2003 – 4 O 367/02

Volltext-Service unter www.IVH.beck.de - becklink 100493

Sachversicherung.

Einreichen der sog. Stehgutliste mehr als fünf Wochen nach dem behaupteten Versicherungsfall ist verspätet

Der Hausratversicherer ist nach §§ 6 Abs. 3 VVG, 21 Nr. 3 VHB 84 leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die sog. Stehgutliste erst mehr als fünf Wochen nach dem behauptetem Raub bei der Polizei einreicht und somit die Obliegenheit des § 21 Nr. 1 b) VHB 84 verletzt.

Nach § 21 Nr. 1 b) VHB 84 hat der Versicherungsnehmer bei Eintritt des Versicherungsfalles der zuständigen Polizeidienststelle nicht nur unverzüglich den durch einen Raub entstandenen Schaden anzuzeigen, vielmehr muss er dieser auch ein Verzeichnis der abhanden gekommenen Sachen einreichen.

Diese sog. Stehgutliste muss unverzüglich, also ohne schuldhaftes Zögern (§ 121 Abs. 2 BGB a.F.) vorgelegt werden. Die Frist ist in der Regel danach zu bemessen, wie viel Zeit der Versicherungsnehmer benötigt, die Liste anzufertigen. Im Regelfall ist von wenigen Tagen auszugehen. Nur eine derart kurze Frist erfüllt den Zweck der Obliegenheit, nämlich der Polizei eine gezielte Sachfahndung zu ermöglichen und den vom Versicherer zu ersetzenden Schaden möglichst gering zu halten. Die Hemmschwelle für Vortäuschungen soll bei dem Versicherungsnehmer heraufgesetzt werden. Er soll sich zum Schadenumfang frühzeitig festlegen müssen, um zu verhindern, dass er den Schaden nachträglich zu Unrecht aufbauscht.

Reicht der Versicherungsnehmer – wie im vorliegenden Fall – erst mehr als fünf Wochen nach dem behaupteten Raub ein Verzeichnis der angeblich entwendeten Gegenstände bei der Polizei ein, ist dies nach Auffassung des OLG eindeutig verspätet. Aufgrund der Äußerung des Versicherungsnehmers im Rahmen der polizeilichen Nachtragsvernehmung nur wenige Tage nach dem angeblichen Versicherungsfall, er werde die geforderte Aufstellung „so schnell wie möglich unaufgefordert nachreichen“, vermutete das Gericht ein vorsätzliches Handeln, § 6 Abs. 3 VVG, § 21 Nr. 3 VHB 84. Da gewichtige Gründe für die Verspätung nicht ersichtlich waren und ohne Stehgutliste die polizeilichen Ermittlungen mit Auswirkungen auf den vom Versicherer zu ersetzenden Schaden beeinträchtigt wurden, lagen auch die Voraussetzungen der sog. Relevanzrechtsprechung nach § 21 Nr. 4 VHB 84 vor.

OLG Köln, Urt. v. 29.04.2003 – 9 U 87/02

Volltext-Service unter www.IVH.beck.de - becklink 100494

Die das Wasser der Heizungsanlage abführende Rohrleitung ist kein Rohr der Heizungsanlage i.S. des § 7 Nr. 3 VGB

Der Umstand, dass über eine Abwasserleitung der Überlauf einer Warmwasser- oder Dampfheizung abgeführt wird, macht die Abwasserleitung nicht zu einem Rohr der Heizungsanlage i.S. von § 7 Nr. 3 VGB 88.

Gem. § 7 Nr. 3 VGB 88 besteht außerhalb versicherter Gebäude Deckungsschutz für Bruchschäden an Rohren der Warmwasserheizung, soweit diese Rohre der Versorgung versicherter Gebäude oder Anlagen dienen und sich auf dem Versicherungsgrundstück befinden.

Hierfür reicht jedoch nicht, dass – wie im vorliegenden Fall – die Heizungs- und Warmwasseranlage über die beschädigte Rohrleitung entwässert wird. Denn dieser Umstand führt nicht dazu, dass die allgemeine Hausentwässerung zu einem Bestandteil der Heizungsanlage wird. Einem solchen Verständnis steht schon der gewöhnliche Sprachgebrauch entgegen. Dadurch, dass die Rohrleitung Abwasser der verschiedensten Einrichtungen wie Spülmaschinen, Waschmaschinen, Sanitäreinrichtungen ableitet, wird sie nicht zu einem Bestandteil dieser Einheiten (Martin, Sachversicherungsrecht, 3. Aufl., E I 27). Ferner ergibt sich aus dem erkennbaren Zweck der Vorschrift eine Beschränkung des Risikoeinschlusses auf die eigentliche Heizungsanlage. Während bei der Wasserversorgung auch Bruchschäden an den außerhalb des versicherten Gebäudes Zuleitungsrohren – nicht an den Ableitungsrohren – in den Versicherungsschutz eingeschlossen werden, beschränkt sich das Risiko bei der Warmwasser- oder Dampfheizung auf deren das Warmwasser oder den Dampf führenden Rohre. Bei einer Fernwärmeversorgung können dies auch die Zuleitungsrohre außerhalb des versicherten Gebäudes sein, nicht jedoch der Ablauf des nicht mehr zu Heizzwecken dienenden Überlaufwassers.

OLG Karlsruhe, Urt. v. 07.08.2003 – 12 U 60/03 (nicht rechtskräftig)

Volltext-Service unter www.IVH.beck.de - becklink 100496

Haftpflchtversicherung

Langjährige Geschäftsbeziehungen rechtfertigen nicht einen Verstoß gegen das Befriedigungsverbot des § 5 Nr. 5 AHB

Zahlt der Versicherungsnehmer entgegen der ausdrücklichen Anweisung seiner Betriebshaftpflichtversicherung an den Geschädigten, dann führt dies

als Verstoß gegen das Befriedigungsverbot des § 5 Nr. 5 AHB auch dann zur Leistungsfreiheit des Versicherers, wenn ohne die Zahlung langjährige Geschäftsbeziehungen gefährdet worden wären.

Nach § 5 Nr. 5 Satz 2 AHB (und § 154 VVG) führt die in einer Zahlung an den Geschädigten zu sehende Obliegenheitsverletzung dann nicht zur Leistungsfreiheit, wenn der Versicherungsnehmer „nach den Umständen die Befriedigung oder Anerkennung nicht ohne offenbare Unbilligkeit verweigern konnte“.

Eine derartige Ausnahmesituation lag hier auch dann nicht vor, wenn man entsprechend der Darstellung der Versicherungsnehmerin davon ausgeht, dass 80 % ihres Auftragsvolumens der geschädigten Kundin zuzurechnen sind und dass diese bei ausbleibender Zahlung mit dem Abbruch der Geschäftsbeziehung drohte.

Denn offenbare Unbilligkeit kann nur in Ausnahmefällen bejaht werden, in denen die Ablehnung eines Anerkenntnisses für jeden gerecht Denkenden auf den ersten Blick einen Verstoß gegen die guten Sitten darstellen würde. Das ist aber nicht schon dann der Fall, wenn langjährige Geschäftsbeziehungen zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Geschädigten gefährdet sind (vgl. OLG Hamm OLG R 2000, 68; OLG Karlsruhe VersR 1983, 649). Darüber hinaus legt schon die Formulierung des § 154 VVG bzw. des § 5 Nr. 5 AHB nahe, dass die Beurteilung der Unbilligkeit mit Blick auf die Verhältnisse des Geschädigten zu erfolgen hat, dass also seine Interessenlage insoweit maßgeblich ist. Hier meint die Versicherungsnehmerin aber nicht, dass es gegenüber ihrem Kunden unbillig gewesen wäre, diesen auf einen Rechtsstreit zu verweisen. Sie meint vielmehr, wegen ihrer eigenen Geschäftssituation sei es ihr nicht zumutbar gewesen, weiter Zahlung zu verweigern.

OLG Köln, Urt. v. 06.05.2003 – 9 U 137/02

Volltext-Service unter www.IVH.beck.de - becklink 100497

Keine Feststellungsklage auf Gewährung von Versicherungsschutz bei unklarer Haftungslage

Das Herausgreifen einzelner Teilfragen aus der Gewährung von Versicherungsschutz für eine bisher nicht feststehende Haftung kann im Deckungsprozess nicht zulässiger Gegenstand einer Feststellungsklage sein.

Das im Rahmen einer Feststellungsklage zu überprüfende Rechtsverhältnis i.S.d. § 256 ZPO muss durch den Kläger hinreichend konkret bezeichnet sein, so dass über seine Identität und damit über den Umfang

der Rechtskraft keine Ungewissheit bestehen kann. Kein Rechtsverhältnis sind einzelne Elemente bzw. Vorfragen eines Rechtsverhältnisses oder Auslegungsfragen. Wesentlich für die Beurteilung ist, ob der Streit zwischen den Parteien durch ein Feststellungsurteil ausgeräumt wird und Rechtssicherheit herbeigeführt werden kann, so dass sich weitere Prozesse erübrigen.

In der Haftpflichtversicherung kann der Versicherungsnehmer grundsätzlich auf Feststellung klagen, dass der Versicherer wegen einer genau bezeichneten Haftpflichtforderung Versicherungsschutz zu gewähren habe (vgl. BGH VersR 1984, 252; VersR 1981, 173). Das Herausgreifen einzelner Teilfragen aus der Gewährung von Versicherungsschutz für eine bisher nicht feststehende Haftung ist jedoch in Hinblick auf die dargestellten Grundsätze nicht zulässig.

Das OLG Köln wies demnach in dem zu entscheidenden Fall sämtliche im folgenden wiedergegebene Anträge des Versicherungsnehmers mit der Begründung zurück, dass darin die Voraussetzungen der Haftpflicht mit Deckungsfragen vermischt würden. Nach Lage der Dinge könne nicht abschließend beurteilt werden, ob überhaupt ein Haftungsfall vorliege.

Die im Deckungsprozess gestellten Anträge des Versicherungsnehmers lauteten:

„[...] festzustellen,

1. dass die Versicherungssumme im Versicherungsfall für behauptete Mängel des [...] 600.000,00 DM beträgt, wobei es bei dem Mangel des Luftschallschutzes um die Materialauswahl für die Trennwände geht, hilfsweise um den Mangel „einschalig statt zweischalig“, dass die Versicherungssumme im Versicherungsfall wegen angeblich mangelhaften Trittschallschutzes aufgrund einer mangelhaften Entkopplung des gesamten Treppenlaufs zu den Wänden ebenfalls 600.000,00 DM beträgt [...]

2. hilfsweise festzustellen, dass die Versicherungssumme für Haftpflichtforderungen, die von den Bauherren [...] aus der Übernahme von Architektenleistungen durch den Berufungskläger in Bezug auf das Bauvorhaben [...] geltend gemacht werden, 600.000,00 DM beträgt.

3. weiter hilfsweise festzustellen, dass die Versicherungssumme im Versicherungsfall betreffend das Bauvorhaben 600.000,00 DM beträgt.

Das Feststellungsbegehren der gestellten Hilfsanträge hielt das Gericht für nicht hinreichend bestimmt (§ 253 Abs. 2 Nr. 2 ZPO), da nicht mit hinreichender

Klarheit zu erkennen sei, wofür Versicherungsschutz gewährt werden soll.

OLG Köln, Urt. v. 22.07.2003 – 9 U 141/02

Volltext-Service unter www.IVH.beck.de - beclink 100498

Kfz-Haftpflichtversicherung

Regress des Versicherers

Bei einer Mindestblutalkoholkonzentration von 1,04 Promille im Unfallzeitpunkt und alkoholtypischer Fahrfehler spricht der Anscheinsbeweis für eine Ursächlichkeit zwischen dem Unfall und der alkoholbedingte Fahruntüchtigkeit. § 2 b Abs. 2 AKB ist wirksam.

Verursacht der Versicherungsnehmer mit einer Blutalkoholkonzentration von 1,94 Promille zum Unfallzeitpunkt ohne ersichtlichen Grund, insbesondere ohne eine Beeinflussung durch den sonstigen Straßenverkehr, einen Unfall, so ist in dieser Situation von einem alkoholtypischen Fahrfehler auszugehen, der den Schluss auf eine alkoholbedingte Fahruntüchtigkeit zulässt. Die Anforderung an die Feststellung der sog. relativen Fahruntüchtigkeit ist umso geringer, je höher die Blutalkoholkonzentration ist. In einem solchen Fall spricht der Anscheinsbeweis für eine Ursächlichkeit zwischen dem Unfall und der alkoholbedingten Fahruntüchtigkeit. Zur Widerlegung des Anscheinsbeweises muss der Versicherungsnehmer dann die ernsthafte Möglichkeit eines anderen Ursachenzusammenhangs und damit eines atypischen Geschehensablaufs vortragen und beweisen.

Gegen die in § 2 b Abs. 2 AKB vereinbarte Regressmöglichkeit der Beklagten bestehen keine Bedenken nach den AGBG a. F. Regressmöglichkeiten des Versicherers bei Haftpflichtschäden gab es bereits, als die AVB der Versicherer noch vom Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen genehmigt werden mussten. Sie wurden durch die Neufassung des § 2 b AKB umgestaltet und der Höhe nach beschränkt. Die Trunkenheitsklausel wurde daneben neu aufgenommen. Die Ausdehnung der Regressmöglichkeiten auf Trunkenheitsfahrten ist unbedenklich und kann nicht als überraschend angesehen werden. Es ist allgemein bekannt, welche Gefahren mit Alkohol am Steuer verbunden sind, und der Gedanke, das eine erhöhte Gefahr der Schadensverursachung zur (teilweisen) Reduzierung des Versicherungsschutzes führen kann, ist dem Versicherungsrecht immanent. Welchen Bekanntheitsgrad die Trunkenheitsklausel hat, kann dahinstehen. § 2 b Abs. 2 AKB steht auch im Einklang mit § 5 Abs. 1 Nr. 5 Abs. 3 KfzPflVV.

Die klagende Versicherungsnehmerin geriet im August mit einer Blutalkoholkonzentration von 1,04 Promille auf trockener Fahrbahn in der Mittagszeit bei relativ dichtem Verkehr gegen die linke Leitplanke und prallte sodann auf einen rechts von ihr die andere Fahrspur benutzenden Wagen. Da der Unfall sich ohne ersichtlichen Grund, insbesondere ohne eine Beeinflussung durch den sonstigen Straßenverkehr ereignet hatte, sprach bereits das Unfallgeschehen für eine relative Fahruntauglichkeit. Hinzu kam der bei der klagenden Versicherungsnehmerin durch Polizeibeamte festgestellte torkelnde Gang und die vom Arzt bei Entnahme der Blutprobe erhobenen Befunde, die er dahin zusammenfasste, dass die Klägerin deutlich unter Alkoholeinfluss stand.

OLG Köln, Urt. v. 06.05.2003 - 9 U 160/02 -
Volltext-Service unter www.IVH.beck.de - becklink
100499

Kfz-Kaskoversicherung

Im Rahmen des § 62 Abs. 1 Satz 1 VVG ist auch dann auf die Person des Dritten abzustellen, wenn er nicht Repräsentant des Versicherungsnehmers war

Wenn ein Dritter eine Rettungshandlung auf Kosten des Versicherungsnehmers vorgenommen hat, ist bei der Beurteilung, ob die Aufwendungen für geboten gehalten werden durften, auf die Person des Dritten abzustellen, auch wenn der nicht Repräsentant des Versicherungsnehmers war.

Für die Erstattung von Rettungskosten zur Vermeidung eines Zusammenstoßes eines Kfz mit Haarwild kommt es nicht darauf an, ob der Versicherungsnehmer selbst oder ein berechtigter Fahrer die Rettungstätigkeit ausgeübt hat. Es ist kein Grund dafür sichtbar, den Versicherer von dem Schaden zu entlasten und den Versicherungsnehmer damit zu belasten, wenn statt des Versicherungsnehmers für ihn der berechnete Fahrer dessen Vermögen schädigt. Besteht aber bei einer objektiv gebundenen Rettungshandlung der Kostenerstattungsanspruch des Versicherungsnehmers unabhängig davon, ob ein Dritter gehandelt hat und ob dieser ein Repräsentant des Versicherungsnehmers war, so muss auch für die Frage, ob ein Irrtum über die objektive Gebotenheit dem Anspruch entgegensteht oder nicht, auf die Person des Handelnden abgestellt werden, ohne dass es darauf ankommt, ob er der Versicherungsnehmer oder dessen Repräsentant ist.

Zur Rettung geboten ist eine Handlung nur, wenn die damit verbundenen Aufwendungen in einem vernünftigen Verhältnis zum angestrebten Erfolg stehen, nicht aber wenn sie unverhältnismäßige Kosten verursa-

chen. Droht ein Fahrzeugschaden durch den Zusammenstoß mit einem Tier, so ist dieser versicherte Sachschaden gegen die durch ein Brems- und Ausweichmanöver drohenden möglicherweise mehrfachen Fahrzeug- und Personenschäden abzuwägen, die der Versicherer erstatten muss, falls das Ausweichen geboten war.

Bei der Abwägung kommt es auch auf die Größe des Tieres an. Während der BGH entschieden hat, dass die geringe Gefahr, die von einem kleinen Tier, wie einem Hasen, ausgeht im Gegensatz zum insoweit ungleich größeren Schadensrisiko durch ein Ausweichmanöver in Kauf zu nehmen ist, verwies es für einen Fuchs darauf, dass insoweit keine allgemeine Feststellung getroffen werden könne, sondern dass das abzuwägende Risiko jeweils Frage des Einzelfalles sei.

Der Fahrer des vom Kläger versicherten Pkw hatte angegeben, dass er mit einer Geschwindigkeit von 80 km/h eine Bundesstraße befahren habe, als plötzlich ein Fuchs von rechts ins Scheinwerferlicht getreten sei, der die Fahrbahn habe überqueren wollen. Er habe gebremst und versucht, nach rechts auszuweichen. Dabei habe er die Kontrolle über das Fahrzeug verloren. Der Pkw war in der Folge gegen die rechte und linke Leitplanke gestoßen und hatte dabei erhebliche Schäden erlitten. Bereits das Berufungsgericht hatte festgestellt, dass der Rettungsversuch des Fahrers auf grobe Fahrlässigkeit zurückzuführen war, da das Ausweichmanöver objektiv nicht geboten gewesen ist. Dem schloss sich der BGH, soweit diese trichterliche Würdigung überprüft werden konnte, an.

BGH, Urt. v. 25.06.2003 - IV ZR 276/02
Volltext-Service unter www.IVH.beck.de - becklink
100500

Rechtsschutzversicherung

Risikoausschluss nach § 4 (1) k ARB 75

Der Risikoausschluss nach § 4 (1) k ARB 75 erfasst nicht den vom Versicherungsnehmer begehrten Rechtsstreit gegen den Initiator eines Immobilienfonds und den Vermittler der Fonds-Anteile wegen deren arglistiger Täuschung über die zu erwartende Rendite.

Für die Ausschlussklausel des § 4 (1) k ARB 75 ist maßgebend, ob die vom Versicherungsnehmer angestrebte Rechtsverfolgung der Planung und Errichtung eines Gebäudes zuzuordnen ist. Neben einem zeitlichen Zusammenhang ist darüber hinaus auch ein innerer sachlicher Bezug erforderlich. So ist für den Versicherungsnehmer nicht erkennbar, dass er keinen Deckungsschutz für die Durchsetzung von Ansprü-

chen haben soll, die zu dem Bauvorhaben selbst in keinem unmittelbaren Bezug stehen, sich vielmehr aus der Finanzierung und dem Erwerb eines zur Bebauung vorgesehenen Grundstückes oder dem Erwerb und der Finanzierung von Fonds-Anteilen ergeben, selbst wenn der Zweck der Gesellschaft, der der Versicherungsnehmer beigetreten ist, in der Errichtung und der Verwaltung einer Immobilie besteht.

Die klagende Versicherungsnehmerin, die von dem beklagten Versicherer Deckungsschutz begehrte, berief sich stattdessen darauf, dass der ihr vorgelegte Prospekt wahrheitswidrige Angaben über die Höhe der erzielbaren Mieteinnahmen und die Wirtschaftlichkeit des Anlagenmodells insgesamt enthalte. Sie fühle sich über den Wert der erworbenen Fonds-Anteile arglistig getäuscht. Daneben habe die beteiligte Bank, die in das Vertriebssystem eingebunden gewesen sei und detaillierte Kenntnisse über die tatsächliche Ertragsfähigkeit des Anlagenmodells gehabt haben soll, ihre Aufklärungspflichten gegenüber der Versicherungsnehmerin verletzt.

Damit aber ist die Rechtsverfolgung der Kläger ausschließlich dem Erwerbsrisiko zuzuordnen. Ihr Vorwurf der deliktischen Schädigung und Verletzung vertraglicher Pflichten steht damit außerhalb des mit § 4 (1) k ARB 75 verfolgten Zwecks. Die angestrebte Rechtsverfolgung betrifft insbesondere keinen Vorgang, der die Baumaßnahmen unmittelbar begleitet und mit dieser in dem geforderten qualifizierten Zusammenhang gestanden hat. Auch wenn die geltend gemachte Täuschung sich auf die Werthaltigkeit der Fonds-Anteile bezieht, hat dies keinen Baumangel zur Folge. Vielmehr muss der Versicherer, wenn er auch diese mit dem Erwerb verbundenen Risiken vom Versicherungsschutz ausschließen will, die Klausel entsprechend deutlich formulieren.

Die klagende Versicherungsnehmerin hatte sechs Anteile an einem geschlossenen Immobilienfonds gezeichnet. Gesellschaftszweck war die Vermietung von Wohn- und Geschäftsräumen in einem damals noch in Errichtung befindlichen Objekt. Entgegen den Angaben im Prospekt wurden für das Gebäude statt 12 nur 7 Geschosse genehmigt, was die vermietbare Fläche entsprechend verringert.

BGH, Urt. v. 25.06.2003 - IV ZR 32/03
Volltext-Service unter www.IVH.beck.de - becklink 100502

Kein Deckungsschutz für Kündigungsschutzklage nach Veruntreuung

Entnimmt der Geschäftsführer einer GmbH dem Geschäftskonto Geld zu privaten Zwecken, so kann er für die Kündigungsschutzklage gegen die aus

diesem Grund erfolgte Kündigung wegen § 4 Abs. 2 a ARB 75 Deckungsschutz nicht verlangen.

Ausgeschlossen vom Versicherungsschutz ist nach § 4 Abs. 2 a ARB 75 „die Wahrnehmung rechtlicher Interessen aufgrund von Versicherungsfällen, die der Versicherungsnehmer vorsätzlich und rechtswidrig verursacht hat“, wobei Ordnungswidrigkeiten ausgenommen sind. Vorsätzlich verursacht ist ein Versicherungsfall, wenn der Versicherungsnehmer die Tatsache i.S. von § 14 der Bedingungen, die eine Interessenwahrnehmung gem. § 1 Abs. 1 ARB 75 notwendig macht, bewusst und gewollt durch eigenes Tun herbeigeführt hat (vgl. Harbauer, Rechtsschutzversicherung, 6. Aufl., § 4 ARB 75 Rn. 146).

Kündigt der Arbeitgeber dem Versicherungsnehmer mit der Begründung, er habe Firmengelder unterschlagen oder veruntreut bzw. sich strafbar gemacht, und erhebt dieser hiergegen Kündigungsschutzklage, so kann er Deckungsschutz demzufolge nur dann beanspruchen, wenn der Vorwurf des Arbeitgebers unbegründet oder nicht beweisbar ist (vgl. Harbauer, a.a.O., § 4 Rn. 147 m.w.N.). Anderenfalls liegt ein vorsätzlicher Verstoß gegen den Arbeitsvertrag und damit ein Versicherungsfall vor.

In dem zu entscheidenden Fall war nach Auffassung des Gerichts ein solcher vorsätzlicher Verstoß gegen den Arbeitsvertrag zu bejahen. Der Kläger hatte als Geschäftsführer einer GmbH Geldbeträge vom Geschäftskonto der GmbH abgehoben und diese zumindest teilweise seinem Privatvermögen einverleibt. Die von ihm behaupteten Aufwendungsersatzansprüche rechtfertigten die Entnahme aus verschiedenen Gründen nicht. Zum einen handelt es sich hierbei um im Rahmen der Untreue unbeachtliche Gegenansprüche (vgl. BGH NJW 1983, 1807, 1808), zum anderen waren die vorgelegten Belege zum Beweis ungeeignet.

OLG Köln, Urt. v. 13.05.2003 – 9 U 153/02
Volltext-Service unter www.IVH.beck.de - becklink 100504

Unfallversicherung

Ablauf der Dreijahresfrist

Auch dann, wenn nur der Versicherungsnehmer gem. § 11 IV Abs. 2 AUB 88 das Recht auf ärztliche Neubemessung der Invalidität ausgeübt hat, ist er nach Ablauf der Dreijahresfrist des § 11 IV Abs. 1 AUB 88 nicht mehr gehalten, sich durch vom Versicherer beauftragte Ärzte untersuchen zu lassen.

Selbst wenn der Versicherungsnehmer an die Obliegenheit gem. § 9 IV AUB 88 auch dann gebunden bleiben sollte, wenn nur er das Recht auf Neubemessung der Invalidität ausgeübt hat, endet diese Bindung jedenfalls mit Ablauf der in § 11 IV Abs. 1 AUB 88 bestimmten Dreijahresfrist.

Die Feststellung des BGH zur Klausel des § 13 Nr. 3 a AUB 61, dass der Versicherungsnehmer nach Ablauf der dort festgelegten Dreijahresfrist nicht mehr gehalten ist, sich auf Verlangen des Versicherers einer ärztlichen Untersuchung und Begutachtung zu unterziehen, gilt gleichfalls für den Fall, in dem allein der Versicherungsnehmer gem. § 11 IV Abs. 2 AUB 88 das Recht auf ärztliche Neubemessung der Invalidität ausgeübt und diese fristgerecht durch einen Arzt hat vornehmen lassen. Jedenfalls mit Ablauf der Dreijahresfrist des § 11 IV Abs. 1 AUB 88 ist der Versicherungsnehmer auch in diesem Fall nicht mehr gehalten, sich durch vom Versicherer beauftragte Ärzte untersuchen zu lassen. Denn eine solche Untersuchung liefe letztlich auf eine weitere ärztliche Neubemessung der Invalidität hinaus, die durchzuführen § 11 IV Abs. 1 AUB 88 dem Versicherer nach Ablauf der darin bestimmten Frist zur Neubemessung der Invalidität gerade nicht erlaubt. Daher ist der Versicherungsnehmer jedenfalls nach Ablauf der Dreijahresfrist an eine Untersuchungsobliegenheit nicht mehr gebunden.

Im Hinblick auf den vorliegend erfolgten Ablauf der Dreijahresfrist ließ der BGH es dahinstehen, ob die Auffassung des Berufungsgerichts zutreffend ist, die Obliegenheit des Versicherungsnehmers, sich von den vom Versicherer beauftragten Ärzten untersuchen zu lassen (§ 9 IV AUB 88), bestehe nur dann, wenn der Versicherer seinerseits das Recht auf ärztliche Neubemessung der Invalidität ausgeübt habe (§ 11 IV Abs. 1, 2 AUB 88). Für diese Auffassung spricht, so der BGH, dass es dem Versicherer, der nach Maßgabe seiner Erstfeststellung geleistet, das Recht zur ärztlichen Neubemessung aber nicht ausgeübt hat, an einem berechtigten Interesse fehlen könnte, den Versicherungsnehmer - zudem mit der Sanktion der Leistungsfreiheit - weiterhin an die Obliegenheit zu binden. Denn aus Sicht des Versicherers besteht insoweit keine Veranlassung zu weiteren Untersuchungen durch von ihm beauftragte Ärzte. Zum anderen, so der BGH, ist zu berücksichtigen, dass die in § 9 IV AUB 88 beschriebene Obliegenheit es dem Versicherer nach ihrem Sinn und Zweck ermöglichen soll, sich bei seiner Entscheidung, welchen Invaliditätsgrad er anerkennen will, der Hilfe eines Arztes seines Vertrauens zu bedienen. Auf eine solche Entscheidungshilfe kann er auch dann angewiesen sein, wenn der Versicherungsnehmer das Recht auf ärztliche Neubemessung ausübt, eine solche herbeiführt und darauf gestützt eine höhere Entschädigung verlangt.

Der BGH verwies die Sache zurück an das Berufungsgericht, da der klagende Versicherungsnehmer bislang den Beweis für eine höhere Invalidität, als von dem beklagten Versicherer anerkannt, noch nicht erbracht hat. Der Umstand, dass der Versicherer nicht binnen der Dreijahresfrist eine eigene ärztliche Neubemessung eingeholt hat und dies wegen Fristversäumnung gegen den Willen des Klägers auch nicht mehr tun kann, hat jedoch nicht zur Folge, dass der Versicherer an die ärztliche Neubemessung, die der Privatgutachter des klagenden Versicherungsnehmers - fristgerecht - vorgenommen hat, gebunden ist. Vielmehr ist das diesbezügliche Bestreiten einer höheren Invalidität, als der beklagte Versicherer anerkannt hat, nach wie vor beachtlich. Der klagende Versicherungsnehmer muss deshalb nunmehr eine höhere Invalidität beweisen.

Der Kläger hatte von dem beklagten Versicherer aus einer Unfallversicherung, der die AUB 88 zugrunde liegen, eine weitere Invaliditätsentschädigung in Höhe von umgerechnet etwa 480.000,00 € begehrt. Aufgrund einer unfallbedingten Fußverletzung des Klägers hatte der Versicherer ursprünglich eine Invalidität des klagenden Versicherungsnehmers von einem Zehntel des Fußwertes anerkannt und ihm die dafür geschuldete Entschädigung gezahlt. Der Kläger hatte danach von seinem Recht auf Neubemessung der Invalidität binnen drei Jahren nach Unfall Gebrauch gemacht und gab den Grad seiner Invalidität aufgrund eines von ihm eingeholten Privatgutachtens nunmehr mit 80 % an, während der Versicherer weiterhin nur ein Zehntel des Fußwertes anerkannte.

BGH, Urt. v. 16.07.2003 - IV ZR 310/02

Volltext-Service unter www.IVH.beck.de - becklink 100505

Krankenversicherung

Sittenwidrige Honorarforderung einer Privatklinik

Eine sittenwidrig erhöhte diagnosebezogene Operationskostenpauschale führt zur Unwirksamkeit der Honorarvereinbarung zwischen der Versicherungsnehmerin und der Privatklinik.

Eine Operationskostenpauschale von 5.209,57 EUR ist evident eklatant überhöht und stellt auch eine Umgehung von § 6 a GOÄ dar. Erfolgt daneben die irreführende Bezeichnung eines Zuschlages von 19,5 % für ein nicht gefördertes Krankenhaus, ist der Aufnahmevertrag zwischen der Versicherungsnehmerin und der Privatklinik gem. §§ 138, 242 BGB unwirksam.

Die privatversicherte Klägerin hatte sich für eine Arthroskopie mit Abrasionsarthroplastik und offene Umstellungsosteotomie in eine Privatklinik begeben. Diese hatte als „Fallpauschale DRO 8“ einen Betrag von 5.209,57 EUR in Rechnung gestellt. Damit lagen die von der Privatklinik geltend gemachten Operationskosten im Durchschnitt um das 5,8-fache höher als bei anderen Privatkliniken. Zudem hatte die Privatklinik in ihrer Rechnung einen Zuschlag von 19,5 % angegeben, da sie nicht öffentlich gefördert werde, womit sie nach Ansicht des Gericht suggerierte, dass selbst in einem öffentlich geförderten Krankenhaus die gleichen Kosten, lediglich um 19,5 % niedriger, geltend gemacht würden, was definitiv falsch sei.

LG Wiesbaden, Urt. v. 18.07.2003 - 3 O 243/02 (nicht rechtskräftig)

Volltext-Service unter www.IVH.beck.de - becklink100507

Zu den Voraussetzungen einer Beitragserhöhung gem. § 8 a MB/KK

1. Die Einbeziehung einer höheren Lebenserwartung durch Anwendung einer neuen Sterbetafel in die Gesamtkalkulation stellt keine Erhöhung der Beiträge allein wegen des Älterwerdens der versicherten Person dar und verstößt nicht gegen § 8 a Abs. 2 Satz 3 MB/KK 76.

2. § 8 a MB/KK hält der Inhaltskontrolle nach § 9 AGBG a.F. stand (im Anschluss an BGHZ 119, 55 = VersR 1992, 1211).

Nachdem das BVerfG mit Beschluss vom 28.12.1999 (1 BVR 2203/98) auf die Verfassungsbeschwerde des zuvor unterlegenen Versicherungsnehmers die Sache wieder an das LG Saarbrücken zurück verwiesen hatte, trifft dieses im vorliegenden Urteil nunmehr folgende Feststellungen.

Bestimmungen in der Satzung eines VVaG, die das Versicherungsverhältnis regeln, gehören zu den AVB (BGH VersR 1995, 77). Ein solcher Änderungsvorbehalt in der Satzung muss daher den Anforderungen des AGBG a. F. genügen (OLG Celle VersR 1996, 1133; LG Hannover RuS 1996, 314). Es besteht Einigkeit darüber, dass der Vorbehalt so bestimmt sein muss, dass der VN erkennen kann, mit welchen Änderungen er rechnen muss (OLG Hamm ZfS 1994, 459; LG Hannover a.a.O.).

§ 8 a Abs. 2 Satz 3 MB/KK 76 verbietet eine Erhöhung der Beiträge des Versicherers während der Dauer eines Versicherungsverhältnisses nur, wenn sie eine Erhöhung der Beiträge „wegen des Älterwerdens der versicherten Person“ darstellen, für die nach dem Geschäftsplan eine Deckungsrückstellung für das mit

dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis hätte gebildet werden müssen. Eine danach unzulässige Erhöhung wegen des Älterwerdens des Versicherungsnehmers liegt somit dann vor, wenn die Beiträge aufgrund von Umständen erhöht werden, die bereits in die Kalkulation der Deckungsrückstellung einbezogen wurden. Demzufolge untersagt § 8 a Abs. 2 Satz 3 MB/KK 76 nach seinem Sinn und Zweck nicht jede Bezugnahme auf das Alter des Versicherungsnehmers, vielmehr nur eine solche, bei der der Grund der Beitragserhöhung in dem mit dem Alter steigenden Kostenrisiko liegt.

Dem Krankenversicherer ist es daher grundsätzlich nicht verboten, aufgrund steigender Kosten des Gesundheitswesens bedingt u.a. durch medizinischen Fortschritt, verbunden mit kostenintensiver Technik und die steigende Lebenserwartung eine Beitragserhöhung zwecks Prämienanpassung vorzunehmen. Solche steigenden Kosten stellen mangels Absehbarkeit bei Vertragsschluss keine Faktoren dar, die bereits in die Deckungsrückstellung hätten einbezogen werden können. Diese Faktoren machen eine Änderung der Kalkulationsgrundlage etwa durch Anwendung einer neuen Sterbetafel erforderlich. Der sich so ergebende Leistungsbarwert steigt an, da sich die beim Eintritt des Versicherungsnehmers zugrunde gelegte statistische Dauer der Versicherung durch eine höhere Lebenserwartung erhöht und damit länger geleistet werden muss. Bei hoher Restlaufzeit wirkt sich die Erhöhung der Gesamtkosten durch die längere Lebenserwartung in der monatlichen Belastung entsprechend geringer aus als bei einem älteren Versicherungsnehmer.

Die unterschiedlichen Beitragserhöhungen durch Anwendung einer neuen Sterbetafel sind damit zwar abhängig vom Alter des Versicherungsnehmers. Grund für die höhere Belastung ist jedoch allein die Kürze der Restlaufzeit des Vertrages, auf die die für jeden Versicherungsnehmer insgesamt in gleicher Höhe anfallenden zusätzlichen Kosten der längeren Lebenserwartung verteilt werden. Ein Verstoß gegen § 8 a Abs. 2 MB/KK liegt mithin nicht vor.

Darüber hinaus verstößt § 8 a MB/KK 76 nicht gegen § 9 AGBG a.F. Da das Krankenversicherungsverhältnis in der Regel für eine lange Dauer besteht, ist ein Bedürfnis des Versicherers anzuerkennen, die Prämien der im allgemeinen nicht vorhersehbaren Entwicklung der Kosten im Gesundheitswesen und der generellen Entwicklung der Preise sowie des Geldwertes anzupassen. Ihre Grenzen finden Prämien erhöhungen in der Regelung des § 8 a MB/KK und durch die Kontrolle durch die zuständige Aufsichtsbehörde.

Hinsichtlich des Ermessensgebrauchs entfällt zwar eine gerichtliche Überprüfung der Prämienhöhung nicht schon dadurch, dass diese durch das BAV ge-

nehmigt waren. Denn diese Entscheidung der Aufsichtsbehörde diene allein dem öffentlichen Interesse an der Erhaltung der Leistungsfähigkeit der Versicherungsunternehmen. Mit diesem öffentlichen Interesse sind die individuellen Interessen einzelner Versicherungsnehmer gerade in der privaten Versicherung nicht identisch (BVerfG VersR 2000, 215, 216). Jedoch konnte vorliegend auch nach Einholung eines versicherungsmathematischen Sachverständigengutachtens keine Unbilligkeit festgestellt werden (wird im Einzelnen näher ausgeführt).

Der 1938 geborene klagende Versicherungsnehmer hatte einer angekündigten Beitragserhöhung der für ihn einschlägigen Tarife seiner Krankenversicherung widersprochen und – jedoch erfolglos – im Klagewege die Feststellung ihrer Unwirksamkeit begehrt.

LG Saarbrücken, Urt. v. 13.03.2003 - 2 S 432/96
Volltext-Service unter www.IVH.beck.de - becklink 100506

Sonstige Versicherungen

Keine unerwartet schwere Erkrankung bei Angst

Allein die Befürchtung einer Ansteckung stellt kein versichertes Ereignis im Sinne einer unerwarteten Erkrankung dar.

Der Reise-Rücktrittskosten-Versicherungsvertrag bezieht sich nicht auf alle aus der Sicht des Versicherungsnehmers möglichen gesundheitlichen Risiken, sondern lediglich auf die in den AVB enumerativ aufgezählten Voraussetzungen.

Die klagende Versicherungsnehmerin hatte ihre Reise aus Anlass der Befürchtung einer Ansteckung mit einer gefährlichen Viruserkrankung in Griechenland storniert. Sie trug vor, sie leide an einer Immunschwäche nicht näher bezeichneter Art und fürchte daher die Ansteckung. Das Gericht wies die Klage ab, da die Immunschwäche zwar gesundheitlichen Bezug habe, es fehle jedoch an dem Merkmal des Unerwarteten.

AG München, Urt. v. 07.01.2003 - 155 C 30273/02
Volltext-Service unter www.IVH.beck.de - becklink 100510

Haftung

Feststellungen zur objektiven Unrichtigkeit einer Diagnose reichen nicht für die Annahme eines Behandlungsfehlers

Trifft das Gericht in seinem Urteil lediglich die Aussage, dass objektiv eine unrichtige Diagnose gegeben ist, weil Befunde fehlinterpretiert und/oder die notwendige Befunderhebung unterlassen wurde, reicht dies allein für die Begründung eines Behandlungsfehlers nicht aus.

Grundsätzlich ist zwar das Nichterkennen einer erkennbaren Erkrankung und der für sie kennzeichnenden Symptome als Behandlungsfehler zu werten (BGH VersR 1981, 1033, 1034).

Irrtümer bei der Diagnosestellung sind aufgrund der Vieldeutigkeit der Symptome auch unter Berücksichtigung der technischen Möglichkeiten jedoch oft nicht die Folge eines vorwerfbareren Versehens des Arztes. Jeder Patient kann wegen der Unterschiedlichkeiten des menschlichen Organismus die Anzeichen ein und derselben Krankheit in anderer Ausprägung aufweisen. Diagnoseirrtümer, die objektiv auf eine Fehlinterpretation der Befunde zurückzuführen sind, können deshalb nur mit Zurückhaltung als Behandlungsfehler gewertet werden.

Die Frage nach einem ärztlichen Fehlverhalten kann sich daneben auch dann stellen, wenn der behandelnde Arzt ohne vorwerfbare Fehlinterpretation von Befunden eine objektiv unrichtige Diagnose stellt und diese darauf beruht, dass der Arzt eine notwendige Befunderhebung entweder vor der Diagnosestellung oder zur erforderlichen Überprüfung der Diagnose unterlassen hat.

Nach diesen Grundsätzen durfte das OLG Koblenz als Berufungsgericht einen Behandlungsfehler nicht schon deshalb bejahen, weil die Diagnose einer Prellung objektiv unrichtig war. Feststellungen dazu, dass der tatsächlich vorliegende Bruch des Wirbelkörpers nach den erhobenen Befunden (etwa den Röntgenaufnahmen) für die behandelnden Ärzte erkennbar war, fehlen in dem zweitinstanzlichen Urteil ebenso wie Aussagen dazu, dass die Befunderhebung in der Klinik der Beklagten unzulänglich war.

Darüber hinaus enthält das Berufungsurteil keine Feststellungen dazu, dass sich die Verzögerung der richtigen Diagnosestellung und die dadurch verzögerte Behandlung nachteilig auf die Gesundheit des Klägers ausgewirkt haben oder dass die Voraussetzungen für eine Umkehr der Beweislast zugunsten des Klägers vorgelegen haben. Dies hätte jedoch näherer Ausführungen bedurft. Denn gelingt dem Patienten zwar der Beweis eines Behandlungsfehlers in der Form eines Diagnosefehlers oder eines Fehlers in der Befunderhebung, nicht aber der Nachweis der Ursächlichkeit dieses Fehlers für den geltend gemachten Gesundheitsschaden, kommen ihm Beweiserleichterungen nur dann zu Hilfe, wenn der objektive Fehler der Behandlungsseite entweder als grob zu werten ist

(fundamentaler Diagnosefehler), ein grober Fehler in der Befunderhebung vorliegt oder wenn die Voraussetzungen für eine Beweislastumkehr wegen eines (lediglich einfachen) Fehlers bei der Befunderhebung oder der Befundsicherung gegeben sind.

Unter anderem aufgrund der genannten Punkte hob der BGH das Urteil des OLG Koblenz gegenüber der die Revision führenden Klinik auf und verwies die Sache zur neuen Verhandlung und Entscheidung an das Berufungsgericht zurück.

BGH, Urt. v. 08.07.2003 - VI ZR 304/02
 Volltext-Service unter www.IVH.beck.de - beclink 100511

Keine Haftung bei grobem Eigenverschulden

Tritt erstmals nach sehr starkem und langem Regen aufgrund einer Zusetzung der Unterrohrung eine Überflutung des Wirtschaftsweges ein, so kann selbst bei Annahme eines hierfür ursächlichen Planungs- und/oder Kontrollfehlers eine Haftung des Verkehrssicherungspflichtigen ausscheiden, wenn der Benutzer den vermeidbaren Unfall mit grobem Eigenverschulden herbeigeführt hat.

Die beklagte Verbandsgemeinde wird vom Kläger wegen Verletzung der Verkehrssicherungspflicht auf Schadensersatz in Anspruch genommen. Der Kläger befuhr mit seinem geländegängigen PKW einen Wirtschaftsweg, für den die Verbandsgemeinde die Verkehrssicherungspflicht traf. Der schmale Weg verläuft in einem stark abfallenden Hang. An einer Stelle des Weges war hangabwärts ein Teil des Weges aufgrund von starken Regenfällen weggebrochen. Hangaufwärts hatte sich ein vom Kläger erstmals bemerkter „Teich“ gebildet. Der Kläger durchfuhr mit seinem Fahrzeug den „Teich“, wobei sein Fahrzeug umkippte und nahezu vollständig im „Teich“ versank.

Bei Straßen, die durch landwirtschaftliches und forstwirtschaftliches Gebiet führen und im wesentlichen als Wirtschaftsweg benutzt werden, sind geringere Anforderungen an die Verkehrssicherungspflicht zu stellen als bei sonstigen öffentlichen Straßen. Dies gilt insbesondere bei reinen Waldwegen.

Eine Haftung der Beklagten käme daher dem Grunde nach allenfalls dann in Betracht, wenn man die im Unfallbereich aufgetretene Aufweichung des Straßenuntergrundes mit der rohrverstopfungsbedingten Überflutung des Weges und der Bildung eines „Teiches“ im Bereich der Wegebucht auf einen schuldhaften Planungs- und/oder Kontrollfehler zurückführen könnte. Selbst wenn man insoweit ein fahrlässiges Verschulden der Beklagten annehmen wollte, so müsste dieses in der Gesamtabwägung ganz gegenüber

dem außergewöhnlich groben Eigenverschulden des Klägers zurücktreten. Die Verkehrssicherungspflicht geht nur so weit, den Wegebenutzer vor solchen Gefahren zu schützen, die er auch bei Anwendung verkehrserforderlicher Sorgfalt nicht rechtzeitig erkennen kann. Bei erkennbaren Besonderheiten und Mängeln im Zustand eines Weges wird dem Benutzer zugemutet, sich darauf einzustellen.

Der Kläger war ca. 15 Minuten vor dem Unfall an der gleichen Stelle vorbeigekommen, ohne den streitbefangenen „Teich“ wahrgenommen zu haben. Der Kläger hätte daher vor dem Durchfahren des „Teiches“ überprüfen müssen, ob eine Durchfahrt gefahrlos möglich ist. Da der Kläger davon ausging, dass der hangabwärts erfolgte Abbruch des Weges überschwemmungsbedingt war, hätte er als nächstliegend und sich jedermann aufdrängend einkalkulieren müssen, dass auch auf der rechten Seite des Weges, vor allem im Bereich der unmittelbar angrenzenden Bucht eine weitergehende Schwächung der Tragkraft des Bodens eingetreten war. Darüber hinaus bestand zwischen dem abgebrochenen Teil und dem „Teich“ noch ein Fahrweg von etwa 2 m Breite. Der Kläger hätte somit nicht äußerst rechts fahrend insgesamt durch den „Teich“ fahren müssen.

OLG Koblenz, Urteil v. 07.04.2003 - 12 U 1829/01
 Volltext-Service unter www.IVH.beck.de - beclink 100512

Standstreifen darf nicht als Verlängerung der Beschleunigungsspur genutzt werden

Fährt ein PKW-Fahrer unter verbotswidriger Benutzung des Standstreifens als Verlängerung der Beschleunigungsspur einer Autobahnauffahrt auf ein dort mit eingeschalteten Warnleuchten zurücksetzendes Straßenwartungsfahrzeug auf, trifft ihn die alleinige Haftung an dem Unglücksgeschehen.

Straßenwartungsfahrzeugen ist gem. § 35 Abs. 6 StVO eine Benutzung des Standstreifens erlaubt. Das Verbot des Rückwärtsfahrens auf Autobahnen nach § 18 Abs. 7 StVO, welches sich grundsätzlich auch auf den Standstreifen bezieht, gilt für sie nicht. Für nicht bevorrechtigte Verkehrsteilnehmer hingegen gehört der Standstreifen bzw. Seitenstreifen nicht zur Fahrbahn, § 2 Abs. 1 Satz 2 StVO, und ist demzufolge nur für das Halten in Notfällen bestimmt.

Ein solcher Notfall kann nicht darin gesehen werden, dass dem klagenden PKW-Fahrer nach seinem Vortrag unter Ausnutzung der regulären Beschleunigungsspur ein Auffahren auf die rechte Fahrspur der Autobahn nicht möglich gewesen sein soll. Dies rechtfertigt keineswegs, die Beschleunigungsspur quasi auf den Standstreifen zu verlängern und sich erst von dort

aus (irgendwann) nach links einzuordnen. Ungünstigstenfalls hätte der Kläger mit seinem Fahrzeug am Ende der Beschleunigungsspur stehen bleiben und eine genügend große Lücke im fließenden Verkehr abwarten müssen.

Nach Auffassung des Gerichts hat der Kläger im vorliegenden Fall nicht nur unberechtigt, sondern auch in äußerst leichtsinniger und unaufmerksamer Weise die Standspur zum Einfädeln auf die Autobahn mitbenutzt. Die schon grobe Unaufmerksamkeit zeigt sich bereits daran, dass sich unbestritten das Beklagtenfahrzeug mit eingeschalteter Warnblinkanlage, Rundumleuchten und nach links zeigendem Blinkpfeil ca. 100 Meter nach dem Ende der Beschleunigungsspur vollständig auf der Fahrbahn befand.

LG Gießen, Urt. v. 04.06.2003 – 1 S 38/03
Volltext-Service unter www.IVH.beck.de - becklink 100514

Regress des Sozialversicherungsträgers ist keine cessio legis

Der Haftungsanspruch des § 110 SGB VII ist ein originärer Regressanspruch des Sozialversicherungsträgers und kein Fall einer cessio legis. Daher ist der Sozialversicherungsträger nicht zur Darlegung eines konkreten Verdienstauffalls des Geschädigten verpflichtet.

Die beklagte Haftpflichtversicherung eines landwirtschaftlichen Schleppers kann sich nicht auf das Haftungsprivileg gem. §§ 104, 105 SGB VII berufen, wenn der Versicherungsfall vom Schädiger nach Auffassung der Kammer grob fahrlässig herbeigeführt worden ist.

Der Schädiger hatte eine 16-jährige Auszubildende angewiesen, eine Eisenstange festzuhalten, wobei er diese gleichzeitig unter Einsatz der Frontschaufel eines Schleppers in den Erdboden drücken wollte. Die Schaufel löste sich dabei vom Schlepper und verletzte die Auszubildende schwer. Dies stellt einen objektiv schweren und subjektiv nicht entschuldbaren Verstoß gegen die Anforderungen der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt dar. Dies resultiert neben der Verletzung der §§ 21 Abs. 1 und 2, 23 der Unfallverhütungsvorschriften für die Land- und Forstwirtschaft aus dem Umstand, dass der Schädiger trotz positiver Kenntnis der Gefahr die Haltebolzen der Schaufel nicht eindringlich und ordnungsgemäß kontrolliert hatte.

Aus diesem Grund steht nach Ansicht der Kammer dem klagenden Sozialversicherungsträger ein Anspruch gemäß § 110 SGB VII zu, wobei es sich hierbei um einen originären Ersatzanspruch der Klägerin

handelt und nicht um eine cessio legis. Aus diesem Grund kann die Klägerin Ersatz aller Aufwendungen, einschließlich Kosten für Gutachten, verlangen. Was die Höhe der Aufwendungen, die von der Klägerin geltend gemacht wurden, betrifft, so ist die Klägerin nicht verpflichtet, den konkreten Verdienstauffall der Geschädigten darzulegen. Auch sind bei der Berechnung des Regresses ersparte Eigenaufwendungen für Verpflegung nicht zu berücksichtigen, da das Sozialgesetzbuch einen derartigen Abzug nicht kennt.

Der Klägerin wurde daher von der Kammer ein Ersatzanspruch aller ihr in Zusammenhang mit diesem Unfall entstandenen Aufwendungen zuerkannt.

LG München I, Urt. v. 18.02.2003 - 25 O 7900/02
Volltext-Service unter www.IVH.beck.de - becklink 100515

Kein Abzug für ersparte Eigenkosten

Bei Anmietung eines um eine Klasse niedrigeren Ersatzfahrzeugs und Abzug maximal hälftiger Kosten bzgl. einer für das Ersatzfahrzeug geschlossenen Vollkaskoversicherung erfolgt kein weiterer Abzug.

Hat der Kläger bereits ein um eine Klasse niedrigeres Ersatzfahrzeug angemietet, kommt ein weiterer Abzug trotz des Alters des Unfallfahrzeuges (11 1/2 Jahre) nicht in Betracht. Das Gericht folgt insoweit der Meinung des OLG Hamm im Urteil vom 26. Januar 2000 (OLGR 2000, S 244), nach dem der Geschädigte nicht gehalten ist, allein im Hinblick auf das Alter seines Fahrzeuges (in jenem Fall: 12 Jahre alter PKW) ein klassentieferes Fahrzeug anzumieten. Das OLG Hamm hatte dies u. a. damit begründet, dass das Alter eines PKW's nicht ohne weiteres dessen Gebrauchswert als solchen mindere.

Ein völliger Abzug oder ein völliges Anerkenntnis des Kostenbetrages für eine für das Mietwagenfahrzeug geschlossene Vollkaskoversicherung ist auch dann nicht gerechtfertigt, wenn das verunfallte Fahrzeug nicht über einen entsprechenden Versicherungsschutz verfügte. Gerechtfertigt ist insoweit ein hälftiger Ansatz, da der Geschädigte das mit jeder Anmietung eines Mietwagens verbundene Sonderrisiko nicht allein zu tragen braucht.

AG Königswinter, Urt. v. 02.04.2003-15 C 2/03
Volltext-Service unter www.IVH.beck.de - becklink 100517

Sonstiges

Rüge der Rechtsverletzung

Eine Berufung, die sich allein mit der Rüge einer Rechtsverletzung gegen ein tatrichterliches Ermessen richtet, ist unzulässig, wenn der vermeintliche Rechtsfehler der Vorinstanz nicht aufgezeigt wird und wenn nicht dargelegt wird, dass es ohne den angeblichen Rechtsfehler zu einer den Berufungskläger günstigeren Entscheidung hätte kommen müssen.

Vorinstanzlich war dem beklagten Land als Amtspflichtverletzung bei der Erfüllung seiner Straßenverkehrssicherungspflicht angelastet worden, das Teilstück eines Autobahnkreuzes ohne Warnhinweise wegen eines für Motorradfahrer gefährlich glatten Bitumenstreifens in der Fahrbahn für den Verkehr freigegeben zu haben. Der geschädigte Motorradfahrer hatte gegenüber dem Land 85 % seines materiellen Schadens sowie ein Schmerzensgeld in Höhe von 500,00 € zugesprochen bekommen. Mit der Berufung reklamierte das beklagte Land unter Einräumung einer eigenen Verkehrssicherungspflichtverletzung ein Gewicht des dem geschädigten Motorradfahrer anzulastenden Verursachungsanteils mit zwei Dritteln. Die erstinstanzlich vorgenommene Haftungsverteilung verkenne die Geringfügigkeit des dem Landesbediensteten anzulastenden Verschuldens. Zudem hätten dem Kläger höchste Aufmerksamkeitspflichten obliegen, die er nicht wahrgenommen habe. Auch die Bemessung des Schmerzensgeldes sei bei unterstellter voller Haftung zu hoch bemessen.

Das Berufungsgericht verwarf die Berufung des beklagten Landes als unzulässig. Zwar rügt die Berufung Fehler des LG bei der Gewichtung der wechselseitigen Verursachungsbeiträge zu dem Unfall und der Bemessung des Schmerzensgeldes. Dabei verkennt sie

aber, dass sowohl die Haftungsabwägung nach §§ 17 StVG, 254 BGB als auch die Bestimmung des angemessenen Schmerzensgeldes grundsätzlich tatrichterlicher Würdigung bzw. tatrichterlichem Ermessen unterliegt. Die nunmehr auch für das Berufungsgericht auf Rechtsfehler beschränkte Prüfung erlaubt nur eine Nachprüfung der Haftungsabwägung dahin, ob die Vorinstanz alle in Betracht kommenden Umstände vollständig und richtig berücksichtigt und nicht gegen Denksätze oder Erfahrungssätze verstoßen hat. Bei der Bemessung des Schmerzensgeldes ist insbesondere zu überprüfen, ob sich die Vorinstanz mit allen maßgeblichen Umständen ausreichend auseinandergesetzt und sich um eine angemessene Beziehung der Entschädigung zur Art und Dauer der Verletzungen bemüht hat. Mangelt es an derartigen Rechtsfehlern, kann die Rechtsmittelinstanz keine eigene Würdigung vornehmen oder eigenes Ermessen ausüben.

Dies hat zur Folge, dass es für die Berufungsbegründung nicht ausreicht, dass der Rechtsmittelführer lediglich seine eigene, andere Bewertung an die Stelle der angefochtenen setzt, ohne konkret spezifische Rechtsfehler der oben bezeichneten Art aufzuzeigen.

Das beklagte Land hatte in der Berufungsbegründung jedoch nur seine eigene Anschauung von der richtigen Haftungsabwägung bzw. Schmerzensgeldzumessung dargelegt, ohne insoweit maßgebliche Umstände als vom LG verkannt oder unzureichend gewürdigt konkret zu benennen.

OLG Hamm, Urt. v. 13.05.2003 - 9 U 13/03

Volltext-Service unter www.IVH.beck.de - [becklink100519](mailto:becklink100519@beck.de)

Impressum

Info-Letter Versicherungs- und Haftungsrecht

Verantwortlicher Schriftleiter:

RA Dr. Theo Langheid, Beethovenstraße 5 - 13, 50674 Köln.
e-mail: ivh@bld.de

Urheber- und Verlagsrechte: Alle in dieser Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Der Rechtsschutz gilt auch gegenüber Datenbanken und ähnlichen Einrichtungen. Kein Teil dieser Zeitschrift darf außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ohne schriftliche Genehmigung des Verlags in irgendeiner Form – durch Fotokopie, Mikrofilm oder andere Verfahren – reproduziert oder in eine von Maschinen, insbesondere von Datenverarbeitungsanlagen verwendbare Sprache übertragen werden.

Verlag: C.H. Beck oHG, Wilhelmstraße 9, 80801 München, Tel.: 0 89/3 81 89-0, Fax: 0 89/3 81 89-297 (Zeitschriftenabteilung).

e-mail: abo.service@beck.de
Bankverbindung: Postbank München, Kto.-Nr. 6229-802, BLZ 700 100 80.

Ihr Ansprechpartner in der NJW-Redaktion: RA Martin W. Huff, Tel. 0 69/75 60 91-0.

Internet-Volltext-Service: www.IVH.beck.de
Hotline: Tel.: 0 89/3 81 89-421
Fax: 089/3 81 89-134

Erscheinungsweise: zweimal monatlich.

Bezugspreise 2003: halbjährlich € 98,- (darin € 6,41 MwSt.) inkl. Internet-Volltext-Service. Fakturierung erfolgt halbjährlich zu Beginn des Bezugszeitraums. Einzelheft € 9,20 (darin € 0,60 MwSt.), jeweils zzgl. Vertriebsgebühren.

Bestellungen: über jede Buchhandlung und beim Verlag.

Abo-Service: Tel.: 0 89/3 81 89-679, Fax: 0 89/3 81 89-297 (Zeitschriftenabteilung).
e-mail: abo.service@beck.de

Abbestellungen: mindestens 6 Wochen vor Halbjahresende.

Adressenänderung: Teilen Sie uns rechtzeitig Ihre Adressenänderungen mit. Dabei geben Sie bitte neben dem Titel der Zeitschrift die neue und die alte Adresse an.
Hinweis gemäß § 4 Abs. 3 der Postdienst-Datenschutzverordnung: Bei Anschriftenänderungen des Beziehers kann die Deutsche Post AG dem Verlag die neue Anschrift auch dann mitteilen, wenn kein Nachsendeantrag gestellt ist.
Hiergegen kann der Bezieher innerhalb von 14 Tagen nach Erscheinen dieses Heftes beim Verlag widersprechen.

Druck: AB Color Druck, Hiltenspergerstraße 15, 80798 München.

ISSN 1611-0986