

Versicherungsrechtliche Rechtsprechung **des BGH im 2. Halbjahr 2014**

Dr. Siegfried Mennemeyer, Rechtsanwalt beim Bundesgerichtshof und
Dr. Christoph Hugemann, LL.M., Fachanwalt für Versicherungsrecht

Nachstehend haben wir für Sie die im 2. Halbjahr 2014 veröffentlichten und inhaltlich begründeten Entscheidungen des Bundesgerichtshofes mit versicherungsrechtlichen Bezügen zusammengefasst.¹ Die Gliederung der nachfolgenden Zusammenfassung orientiert sich – wie auch unsere bisherigen Übersichten² – wieder an den in § 14a FAO aufgeführten versicherungsrechtlichen Schwerpunkten, die für die Erlangung der Fachanwaltsbezeichnung "Fachanwalt für Versicherungsrecht" erforderlich sind.

1.

Allgemeines Versicherungsvertragsrecht und Besonderheiten der Prozessführung

Das Allgemeine Versicherungsvertragsrecht oder Besonderheiten der (versicherungsrechtlichen) Prozessführung im weiteren Sinne hatten die nachfolgenden Entscheidungen zum Gegenstand.

a)

In einer **rechtsschutzversicherungsrechtlichen** Angelegenheit hat der BGH zu einer gebührenrechtlichen Frage Stellung genommen, die für den

¹ Alle nachfolgend behandelten Entscheidungen des BGH können [hier](#) auf dessen Internetseiten kostenfrei im Volltext abgerufen werden. Zur Vereinfachung für Sie haben wir in den Fußnoten sämtliche Aktenzeichen mit der Entscheidungsdatenbank des BGH verlinkt.

² Abrufbar unter dem Menüpunkt „[Newsletter](#)“ auf unserer Homepage.

forensisch tätigen Anwalt von allgemeinem Interesse ist.³ Es ging um die **Anrechnung der vorprozessual angefallenen Geschäftsgebühr nach Trennung eines Prozesses gemäß § 145 Abs. 1 ZPO**. Der Kläger hatte mit Deckungszusage der Beklagten Klage gegen insgesamt vier Beklagte vor dem Landgericht erhoben. Dieses hatte den Rechtsstreit hinsichtlich zweier Beklagter nach Prozesstrennung wegen fehlender örtlicher Zuständigkeit an ein anderes Landgericht verwiesen. Durch die Prozesstrennung war im abgetrennten Verfahren eine eigenständige Verfahrensgebühr entstanden.⁴ Nach Vorbemerkung 3 Abs. 4 Satz 1 RVG VV a.F. wird, soweit wegen desselben Gegenstands eine Geschäftsgebühr i.S. von Teil 2 des RVG VV a.F. entsteht, diese zur Hälfte, jedoch höchstens mit einem Gebührensatz von 0,75, auf die Verfahrensgebühr des gerichtlichen Verfahrens angerechnet.

Grundlage der Berechnung des anrechenbaren Gebührenanteils ist allein die tatsächlich entstandene Gesamtgeschäftsgebühr, nicht hingegen eine fiktive Geschäftsgebühr nach dem Streitwert des jeweiligen Einzelverfahrens; einer solchen Gebührenfiktion stehen der Wortlaut der Vorbemerkung 3 Abs. 4 Satz 1 RVG VV a.F. sowie im Rahmen eines Rechtsschutzversicherungsvertrags die in diesem regelmäßig vereinbarte Pflicht des Versicherers zur Übernahme der "erforderlichen", d.h. der tatsächlich entstandenen, Kosten entgegen.⁵ **Der anrechenbare Anteil der Geschäftsgebühr wird auf alle Verfahrensgebühren angerechnet, die in den aus einer Prozesstrennung hervorgegangenen Einzelverfahren anfallen, wobei der anrechenbare Gebührenanteil auf die Einzelverfahren entsprechend dem Verhältnis des jeweiligen Einzelstreitwerts zu dem Streitwert des ursprünglichen Gesamtverfahrens aufzuteilen ist.**⁶ Im Streitfall wurden die jeweils vier Gegenstände der vorprozessualen und der zunächst einheitlichen gerichtlichen Tätigkeit der Prozessbevollmächtigten vor den beiden Landgerichten in zwei Einzelverfahren

³ Urteil vom 24. September 2014 – [IV ZR 422/13](#) – VersR 2015, 79 = zfs 2014, 708; an diesem Verfahren war unsere Kanzlei beteiligt.

⁴ a.a.O., juris, Rn. 12 m.w.N.

⁵ a.a.O., Rn. 16.

⁶ a.a.O., juris, Rn. 17.

desselben Werts und – hinsichtlich der Anzahl der Gegenstände beschränkt – desselben Inhalts unverändert weiterverfolgt. Damit wirkte die außergerichtliche Tätigkeit jeweils zur Hälfte in den Einzelverfahren fort und war der anrechenbare – hier hälftige – Anteil der Geschäftsgebühr zu gleichen Teilen, d.h. zu jeweils 50%, auf die Verfahrensgebühren der Einzelverfahren anzurechnen.⁷

Dass die Prozessbevollmächtigten des Klägers entgegen diesen Grundsätzen den Anrechnungsanteil der Geschäftsgebühr in voller Höhe von der vor dem zunächst angerufenen Landgericht erwachsenden Verfahrensgebühr in Abzug gebracht haben, berührte das Rechtsschutzverhältnis des Klägers zu der Beklagten nicht: Die Rechtsschutzversicherung ist Schadenversicherung, so dass es nur darauf ankam, dass die Prozessbevollmächtigten bei ihrer Abrechnung die Geschäftsgebühr insgesamt im gebotenen Umfang berücksichtigt haben.⁸ **Inhaltliche Fehler einer Kostenberechnung lassen die Wirksamkeit ihrer Mitteilung i.S.v. § 10 Abs. 1 Satz 1 RVG unberührt**, so dass die Deckungsklage auch nicht an der fehlenden Fälligkeit der Gebührenansprüche scheiterte.⁹

b)

Der **Streitwert einer Feststellungsklage auf Gewährung von Haftpflichtversicherungsschutz richtet sich nach dem Betrag, auf dessen Leistung der Versicherungsnehmer in Anspruch genommen wird abzüglich eines Feststellungsabschlags von 20%**.¹⁰ Im Rahmen der Schadensersatzverpflichtung, für die der Haftpflichtversicherer einstehen soll, stellt ein bezifferter Zinsschaden lediglich eine in der Entstehung von der Hauptforderung abhängige Nebenforderung dar, welche bei der Ermittlung der für die Statthaftigkeit des Rechtsmittels maßgeblichen Beschwer nicht zu berücksichtigen ist.¹¹

⁷ a.a.O., juris, Rn. 19.

⁸ a.a.O., juris, Rn. 20.

⁹ a.a.O., juris, Rn. 21.

¹⁰ Beschluss vom 10. Dezember 2014 – [IV ZR 116/14](#) – nur bei juris.

¹¹ Im entschiedenen Fall wurde die Nichtzulassungsbeschwerde wegen Nichterreichens der Mindestbeschwerde von 20.000,00 € (§ 26 Nr. 1 Satz 1 EGZPO) als unzulässig verworfen.

2. + 3. + 4.

Recht der Versicherungsaufsicht und Grundzüge des internationalen Versicherungsrechts sowie Transport- und Speditionsversicherungsrecht

Im Berichtszeitraum hat der BGH – soweit ersichtlich – keine inhaltlich begründeten Entscheidungen zum Recht der Versicherungsaufsicht, zum internationalen Versicherungsrecht sowie zum Transport- und Speditionsversicherungsrecht abgesetzt.

5.

Sachversicherungsrecht

Bezug zur Sachversicherung hatten im Berichtszeitraum die nachfolgenden drittinstanzlichen Entscheidungen.

a)

Im Zusammenhang mit der **Versicherung einer** auf einer Scheune befindlichen **Photovoltaikanlage** hat sich der Versicherungssenat mit den Voraussetzungen für die Annahme einer zur Leistungsfreiheit führenden vorsätzlichen Gefahrerhöhung befasst und darauf hingewiesen, dass die Kenntnis der gefahrerhöhenden Umstände i.S.v. § 23 Abs. 1 VVG keinesfalls mit der Schuldform des Vorsatzes in § 26 Abs. 1 Satz 1 VVG gleichgesetzt werden kann.¹² Das Berufungsgericht hatte insoweit keine hinreichende Trennung der tatbestandlichen Voraussetzungen vorgenommen.

¹² Urteil vom 10. September 2014 – [IV ZR 322/13](#) – NJW 2015, 631 = VersR 2014, 1313 = r+s 2014, 543.

Während es im Rahmen des § 23 Abs. 1 VVG allein darauf ankommt, dass der Versicherungsnehmer Kenntnis von den gefahrerhöhenden Umständen hat, ohne dass ihm die gefahrerhöhende Eigenschaft der Handlung zum Bewusstsein gekommen sein muss, erstreckt sich gerade auf diesem Umstand die Frage, ob der Versicherungsnehmer i.S.v. § 26 Abs. 1 VVG schuldhaft gehandelt hat und welche Schuldform vorliegt.¹³ An einem **Vorsatz kann es etwa fehlen, wenn dem Versicherungsnehmer Beurteilungsfehler im Blick auf den gefahrerhöhenden Charakter der in Frage stehenden Umstände oder der Relevanz der Gefahrerhöhung i.S.v. § 27 VVG unterlaufen sind, wenn er irrig davon ausging, das die erhöhte Gefahrenlage durch andere Maßnahmen kompensiert wird, auf das Urteil eines Sachverständigen über das Fehlen einer Gefahrerhöhung vertraut hat oder irrig eine Einwilligung des Versicherers in die Gefahrerhöhung annahm.**¹⁴ Ließe man es für Vorsatz ohne weiteres ausreichen, dass der Versicherungsnehmer wissentlich und willentlich in Kenntnis der maßgeblichen Umstände eine Gefahrerhöhung herbeigeführt hat, so wären kaum noch Fälle denkbar, in denen lediglich grob fahrlässiges, leicht fahrlässiges oder gar schuldloses Verhalten des Versicherungsnehmers in Betracht kommt, wodurch das vom Gesetzgeber vorgesehene abgestufte Modell des § 26 Abs. 1 VVG mit der Abschaffung des Alles-oder-Nichts-Prinzips für diese Fallgruppe obsolet wäre.¹⁵

In dem entschiedenen Fall war zudem fraglich, ob das vorübergehende Einstellen eines Schleppers in der Scheune überhaupt eine Gefahrerhöhung darstellte, weil eine solche voraussetzt, dass die Gefahrerhöhung „einen gewissen Dauerzustand“ erreicht.¹⁶ Dies wäre zweifelhaft, wenn der Versicherungsnehmer den Schlepper lediglich einmalig für einen Zeitraum von einigen Stunden in der Scheune abgestellt hätte.¹⁷ Dazu

¹³ a.a.O., juris, Rn. 10.

¹⁴ a.a.O., juris, Rn. 13.

¹⁵ a.a.O., juris, Rn. 14.

¹⁶ a.a.O., juris, Rn. 17.

¹⁷ a.a.O., juris, Rn. 18.

hatte das Berufungsgericht, an das der Rechtsstreit zurückverwiesen wurde, keine ausreichenden Feststellungen getroffen.

b)

Mit der Frage, welchen Restwert sich der Versicherungsnehmer im Falle eines wirtschaftlichen Totalschadens in der **Kaskoversicherung** anrechnen lassen muss, befasst sich eine Revisionsentscheidung vom 10. September 2014.¹⁸ Danach ist der bedingungsgemäß (hier: A.2.7.1 a) AKB 2010) anzurechnende **Restwert** des versicherten Fahrzeugs **derjenige Betrag, der dem Versicherungsnehmer bei der Veräußerung des Fahrzeugs am Ende tatsächlich verbleibt**. Unterliegt er beim Fahrzeugverkauf der Umsatzsteuerpflicht, stellt lediglich der ihm nach Abführung der Umsatzsteuer an das Finanzamt verbleibende Nettokaufpreis den anzurechnenden Restwert dar, während sich bei fehlender Umsatzsteuerpflicht eine Unterscheidung zwischen Brutto- und Nettoestwert erübrigt; anzurechnen ist dann allein der Betrag, den der Versicherungsnehmer als Kaufpreis tatsächlich Erlösen kann.¹⁹

Unterbreitet ein Kaufinteressent einem nicht vorsteuerabzugsberechtigten Versicherungsnehmer ein Kaufangebot "7.000 Euro (incl. MwSt)", so bedarf dieses der Auslegung: Wollte der Interessent zum Ausdruck bringen, er sei ungeachtet eines Ausweises von Mehrwertsteuer in der Verkaufsrechnung in jedem Falle bereit, 7.000,00 € für das Fahrzeug zu zahlen, müsste sich der Versicherungsnehmer einen Restwert in dieser Höhe anrechnen lassen; wäre das Angebot hingegen dahin auszulegen, dass 7.000,00 € nur als Bruttobetrag eines umsatzsteuerpflichtigen Verkaufs, anderenfalls höchstens 5.882,35 € als entsprechender Nettobetrag geboten würden, beschränkte sich die Anrechnung auf die genannte Nettosumme.²⁰ Das Berufungsgericht hatte diese Frage nicht ausreichend geklärt, indem es den Beweisangeboten der Parteien für das Verständnis

¹⁸ – [IV ZR 379/13](#) – NJW 2015, 160 = VersR 2014, 1249 = r+s 2014, 546 = zfs 2015, 92; an diesem Verfahren war unsere Kanzlei beteiligt.

¹⁹ a.a.O., juris, Rn. 12 und 15

²⁰ a.a.O., juris, Rn. 16.

solcher Angebotserklärungen in den beteiligten Verkehrskreisen und für den wahren Willen der Erklärenden unter rechtsfehlerhafter Annahme einer Präklusion nach § 531 ZPO nicht nachgegangen war. Zur Nachholung entsprechender Feststellungen wurde die Sache unter Aufhebung des Berufungsurteils an die Vorinstanz zurückverwiesen.

c)

Das Oberlandesgericht Köln hatte zur **Hausratversicherung** entschieden, dass die in den Versicherungsbedingungen vereinbarte Obliegenheit, nach Eintritt des Versicherungsfalls unverzüglich der Polizei ein Verzeichnis der abhanden gekommenen Sachen einzureichen (sog. **Stehlgutliste**) nicht als Auskunft- und Aufklärungsobliegenheit, sondern als Schadensminderungsobliegenheit im Sinne des § 82 VVG zu qualifizieren sei, für die das Belehrungserfordernis aus § 28 Abs. 4 VVG nicht gelte, weshalb keiner Erörterung bedürfe, ob sich eine generelle Hinweispflicht mit der Natur einer spontan zu erfüllenden Obliegenheit vereinbaren lasse.²¹ Damit war es von der Rechtsprechung des Oberlandesgerichts Karlsruhe abgewichen, welches für die Annahme der Leistungsfreiheit des Versicherers eine den Anforderungen des § 28 Abs. 4 VVG genügende Belehrung des Versicherungsnehmers gefordert hatte²² und hatte aus diesem Grund die Revision zur Klärung des Belehrungserfordernisses ausdrücklich zugelassen.

Der BGH konnte die Rechtsfrage jedoch aus formalen Gründen nicht klären, weil die Revision der Klägerin nicht ordnungsgemäß begründet war.²³ **Zur ordnungsgemäßen Begründung der Revision gehört die Angabe der Revisionsgründe unter Bezeichnung der verletzten Rechtsnorm; die Revisionsbegründung muss sich mit den tragenden Gründen des angefochtenen Urteils auseinandersetzen und dessen Rechtsfehler so aufzeigen, dass Gegenstand und Richtung des Revisionsangriffs erkennbar werden.** Das erfordert es, dass sich die

²¹ Urteil vom 15. Oktober 2013 – 9 U 69/13 – VersR 2014, 105 = zfs 2014, 217.

²² Urteil vom 20. September 2011 – 12 U 89/11 – VersR 2011, 1560.

²³ Beschlüsse vom 29. Juli und 22. September 2014 – [IV ZR 371/13](#) – nur bei juris.

Revisionsbegründung zu den gerügten Punkten mit dem angefochtenen Urteil auseinandersetzt und konkret die Gründe darlegt, aus denen es rechtsfehlerhaft sein soll. Diesen Anforderungen genügte die Revisionsbegründung der Klägerin im Streitfall nicht, weil sich die darin erhobene Sachrüge ausschließlich zu der vom Berufungsgericht als unerheblich offen gelassenen Frage verhielt, ob die Belehrungspflicht des Versicherers aus § 28 Abs. 4 VVG für spontan zu erfüllende Obliegenheiten des Versicherungsnehmers entfällt, ohne sich mit der tragenden Erwägung auseinanderzusetzen, die Obliegenheit zur Stehlgutlistenvorlage bei der Polizei unterfalle als Schadensminderungspflicht nicht dem Belehrungserfordernis des § 28 Abs. 4 VVG. Die Revision wurde daher als unzulässig verworfen.

d)

Eine Leasinggeberin begehrte vom beklagten Kaskoversicherer aus abgetretenem Recht sogenannte Differenzkaskoleistungen (auch **GAP-Deckung**) aus insgesamt 13 **Kaskoversicherungsverträgen** ehemaliger Leasingnehmer, deren Fahrzeuge entwendet worden waren oder Totalschäden erlitten hatten. Die Differenzkaskoklausel (hier: A 2.6.1 d) AKB) sieht vor, dass sich bei Totalschaden, Zerstörung oder Verlust eines geleasteten Fahrzeugs in der Vollkaskoversicherung die im Grundsatz auf den Wiederbeschaffungsaufwand beschränkte Versicherungsleistung um die sog. GAP-Leistung auf den Ablöswert des Fahrzeugs, der sich aus der Abrechnung des Leasinggebers ergibt, erhöht. Hierzu hat der Versicherungsnehmer im Schadenfall unter anderem die Abrechnung des Leasingvertrages nebst Berechnung des Ablöswerts vorzulegen.

Bei der Kaskoversicherung geleaster Fahrzeuge handelt es sich zwar im Kern um eine Versicherung für fremde Rechnung, die Auslegung der Differenzkasko-Klausel ergibt jedoch – so der BGH²⁴ –, dass die **Leasinggeberin nicht auch versicherte Person hinsichtlich der GAP-**

²⁴ Urteil vom 08. Oktober 2014 – [IV ZR 16/13](#) – NJW 2015, 339 = VersR 2014, 1367 = r+s 2014, 565 = zfs 2014, 701; an diesem Verfahren war unsere Kanzlei beteiligt.

Leistung ist, weil die Klausel eine nur den Leasing- und Versicherungsnehmer schützende Bestimmung enthält, die das Versicherungslücken-Risiko abdeckt, welches sich daraus ergeben kann, dass der Leasing- und Versicherungsnehmer bei Verlust eines geleasteten Fahrzeugs dem Leasinggeber die Ablösesumme schuldet, während der Kaskoversicherungsschutz zunächst nur den Sachverlust abdeckt und deshalb lediglich auf den Ersatz des – in aller Regel niedrigeren – Wiederbeschaffungswertes des versicherten Fahrzeugs gerichtet ist.²⁵ Anspruchsvoraussetzung der GAP-Leistung ist, dass der Leasing- und Versicherungsnehmer eine Abrechnung des Leasinggebers vorlegt, aus der sich der zu ersetzende Differenzkaskobetrag ergibt. Diese Abrechnung wird nicht nur im ersten Absatz der Differenzkasko-Klausel angesprochen, sondern dem Versicherungsnehmer wird im Weiteren auferlegt, sie im Schadenfall dem Versicherer vorzulegen. Damit wird sowohl dem Versicherungsnehmer als auch dem in der Kaskoversicherung von Leasingfahrzeugen versicherten Leasinggeber verdeutlicht, dass der Differenzkaskoschutz nur zugunsten des Leasing- und Versicherungsnehmers und nur dann besteht, wenn der Versicherungsnehmer vom Leasinggeber auf den Differenzbetrag in Anspruch genommen wird.²⁶

Im Streitfall war die von den AKB vorausgesetzte Abrechnung des Leasinggebers gegenüber den Leasingnehmern, d.h. die Erhebung des Anspruchs auf die Differenz zwischen Ablöse- und Wiederbeschaffungswert, in keinem der zugrundeliegenden Einzelfälle erfolgt, so dass den Versicherungsnehmern abtretbare Ansprüche auf Differenzkasko-Leistungen nicht entstanden waren, weshalb die Klage keinen Erfolg haben konnte.²⁷

e)

Soweit das in den AKB üblicherweise bei Meinungsverschiedenheiten über die Schadenhöhe vorgesehene **Sachverständigenverfahren**

²⁵ a.a.O., juris, Rn. 13 ff.

²⁶ a.a.O., juris, Rn. 17.

²⁷ a.a.O., juris, Rn. 21 f.

vorsieht, dass über die Höhe des Schadens ein Sachverständigenausschuss entscheidet für den der Versicherungsnehmer und der Versicherer je einen Kraftfahrzeugsachverständigen benennen können, hat der Versicherungssenat entschieden, dass die Auslegung der Versicherungsbedingungen aus der Sicht eines durchschnittlichen Versicherungsnehmers ohne versicherungsrechtliche Spezialkenntnisse unter Berücksichtigung von **Sinn und Zweck des Sachverständigenverfahrens ergibt, dass ein Mitarbeiter einer der Parteien nicht als Sachverständiger auftreten kann** (hier: Leiter der Sachverständigenabteilung des Versicherers).²⁸

Das für den Versicherungsnehmer erkennbare Ziel, durch die Beteiligung von Sachverständigen zur Beschleunigung der Regulierung und Vermeidung langwieriger und kostspieliger Rechtsstreite einer dritten, durch Sachkunde ausgewiesenen Meinung, jenseits der Ansichten der Parteien die Bewertung des Schadens zu überlassen, wird durch die Auswahl eines Mitarbeiters einer Partei als Sachverständigen nicht erreicht.²⁹ Der von der Beklagten benannte Leiter der Sachverständigenabteilung ist mithin schon deshalb kein Sachverständiger im Sinne der AKB, weil es sich bei ihm nicht um einen Dritten in dem vorstehenden Sinne handelt.

Etwas anderes ergibt sich nach Auffassung des IV. Zivilsenats auch nicht daraus, dass beide Parteien einen Sachverständigen stellen müssen und ein weiterer Kraftfahrzeugsachverständiger als Obmann entscheidet, soweit sich der Ausschuss nicht einigt; denn dies ändert nichts daran, dass der Sachverständige nicht in einem unmittelbaren Abhängigkeitsverhältnis zu einer der Parteien stehen darf, weil er sonst nicht mehr außerhalb der Parteien stehender Dritter im Sinne der AKB ist.³⁰

²⁸ Urteil vom 10. Dezember 2014 – [IV ZR 281/14](#) – NJW 2015, 703 = VersR 2015, 182 = r+s 2015, 129 = zfs 2014, 91; an diesem Verfahren war unsere Kanzlei beteiligt.

²⁹ a.a.O., juris, Rn. 14.

³⁰ a.a.O., juris, Rn. 15.

6. Recht der privaten Personenversicherung

Der Bereich der Personenversicherung bildete wieder einen Schwerpunkt der Tätigkeit des Versicherungssenats im Berichtszeitraum, wobei sich der IV. Zivilsenat vermehrt mit Rückabwicklungen von Lebens- und Rentenversicherungsverträgen nach Widerruf gem. § 5a VVG a.F. zu befassen hatte.

a)

Nachdem das Bundesverfassungsgericht mit Beschluss vom 06. Mai 2014³¹ entschieden hatte, dass § 32 VersAusglG, wonach bei Anrechten aus einer **Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes** eine Anpassung nach §§ 33, 37 VersAusglG unterbleibt, mit dem Grundgesetz vereinbar ist, war die Klärungsbedürftigkeit dieser Rechtsfrage entfallen. Die zur Klärung dieser Frage eingelegte Revision des bei der Zusatzversorgung der Beklagten pflichtversicherten Klägers, der sich nach dem Tod seiner geschiedenen Ehefrau gegen die infolge des Versorgungsausgleichs vorgenommene Kürzung seiner Rente bei der Beklagten wandte, hatte infolge dessen keine Aussicht auf Erfolg; nach vorangegangenem Hinweis des BGHs³² wurde die Revision durch Beschluss nach § 552a ZPO³³ zurückgewiesen.

b)

Sozialhilfeempfänger nach dem SGB XII, **die ohne den Bezug von Sozialhilfe der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung unterlägen, haben keinen Anspruch auf Aufnahme in den Basistarif der privaten Krankenversicherung.**³⁴ § 193 Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 und 4, Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 VVG i.V.m. § 5 Abs. 1 Nr. 13 und Abs. 8a

³¹ – 1 BvL 9/12 – und – 1 BvR 1145/13 – NJW 2014, 2093.

³² Beschluss vom 15. Juli 2014 – [IV ZR 261/14](#) – FamRZ 2014, 1038.

³³ Beschluss vom 03. September 2014 – [IV ZR 261/14](#) – nur bei juris.

³⁴ Urteil vom 16. Juli 2014 – [IV ZR 55/14](#) – NJW 2014, 3516 = VersR 2014, 989 = r+s 2014, 464.

SGB V sind dahin auszulegen, dass dies auch für Personen gilt, deren Leistungsbezug erstmals ab dem 01. Januar 2009 begonnen hat.³⁵

Die seit etwa 10 Jahren in Deutschland lebende Klägerin beehrte für sich und ihre drei minderjährigen Kinder die Aufnahme in den Basistarif der privaten Krankenversicherung des beklagten Versicherers. Bis Ende April 2012 hatte sie Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz bezogen und war bezüglich der Krankenbehandlung von der örtlichen AOK betreut worden. Seit Mai 2012 bezog sie Sozialhilfe nach dem SGB XII. Das zuständige Sozialamt teilte ihr mit, sie müsse einen Antrag auf Abschluss einer Versicherung zum Basistarif bei einer privaten Krankenversicherung stellen. Diesen Antrag lehnte die Beklagte ab.

Die Klage, mit der die Klägerin Aufnahme in den Basistarif erstrebte, hatte vor dem Landgericht Erfolg. Das Oberlandesgericht hatte sie auf die Berufung der Beklagten abgewiesen. Das hat der BGH mit seinem Urteil vom 16. Juli 2014 bestätigt.

c)

Das **Policenmodell stand** nach Auffassung des Versicherungssenats **auch für den Bereich der Lebensversicherung eindeutig im Einklang mit den insoweit einschlägigen EU-Richtlinien**.³⁶ Die insoweit in weiten Teilen der Literatur³⁷ geäußerten Bedenken werden zu Recht von der Instanzrechtsprechung sowie im weiteren Schrifttum³⁸ nicht geteilt. Wann ein Versicherungsvertrag als "abgeschlossen" gilt, wird durch die betroffenen Richtlinien nicht bestimmt, sondern der nationalen Gesetzgebung überlassen.³⁹ Ausgehend von dem sich nach nationalem Recht bestimmenden Zustandekommen des Versicherungsvertrages entsprach § 5a

³⁵ a.a.O., juris, Rn. 10.

³⁶ Urteil vom 16. Juli 2014 – [IV ZR 73/13](#) – NJW 2014, 2723 = VersR 2014, 1065 = zfs 2014, 571 = r+s 2014, 485 mit Erläuterung des Policenmodells a.a.O., juris, Rn. 14 sowie Benennung der betroffenen EU-Richtlinien a.a.O., juris, Rn. 17.

³⁷ Nachweise a.a.O., juris, Rn. 18.

³⁸ Nachweise a.a.O., juris, Rn. 19.

³⁹ a.a.O., juris, Rn. 21.

VVG a.F. den gemeinschaftsrechtlichen Vorgaben der in den Richtlinien geregelten Informationspflichten in der Ausprägung, die sie durch die Auslegung des EuGH gefunden haben.⁴⁰ Die Konstruktion eines schwebend unwirksamen Vertrages gewährleistete, dass der Versicherungsnehmer über sein Widerspruchsrecht belehrt worden sein musste und ihm die Vertragsunterlagen sowie die maßgebliche Verbraucherinformation vorliegen mussten, bevor der Vertrag wirksam werden konnte; der Versicherungsnehmer konnte frei entscheiden, ob er den Vertrag wirksam werden ließ und von einem Widerspruch Abstand nahm.⁴¹ Dass dem Versicherungsnehmer damit die "Widerspruchslast" auferlegt wurde und er damit zu einem Handeln verpflichtet wurde, rechtfertigt keine gegenteilige Wertung, weil der Versicherungsnehmer auch ohne den vorherigen Abschluss eines Vertrages mehrere Versicherer um Überlassung der für einen Vergleich der Angebote notwendigen Informationen bitten konnte und ihm auch bei Vertragsschluss nach dem Antragsmodell oder vergleichbaren Vertragsgestaltungen keine zeitlich unbegrenzte Wahlfreiheit zur Verfügung stand.⁴²

Abgesehen davon, dass danach die richtige Anwendung des Gemeinschaftsrechts außer Zweifel stand und die Verpflichtung zur von der Revision begehrten Vorlage an den Gerichtshof der Europäischen Union gemäß § 267 Abs. 1 b, Abs. 3 AEUV entfiel, schied diese im Übrigen auch deshalb aus, weil es auf die Frage, ob das Policenmodell mit den in Rede stehenden gemeinschaftsrechtlichen Bestimmungen unvereinbar ist, nicht entscheidungserheblich ankam.⁴³ Offenbleiben konnte daher auch, ob in diesem Fall alle nach dem Policenmodell geschlossenen Lebens- und Rentenversicherungsverträge ohne weiteres – selbst ohne Widerspruch – von Anfang an unwirksam wären – wie der Kläger gemeint hatte – und ob sich darauf auch Versicherer – sogar nach Auszahlung des Rückkaufswertes oder der Versicherungsleistung – berufen könnten. **Dem**

⁴⁰ a.a.O., juris, Rn. 24.

⁴¹ a.a.O., juris, Rn. 22 und 27.

⁴² a.a.O., juris, Rn. 30.

⁴³ a.a.O., juris, Rn. 32.

Kläger wäre es nämlich auch im Falle einer unterstellten Gemeinschaftsrechtswidrigkeit des Policenmodells nach Treu und Glauben wegen widersprüchlicher Rechtsausübung verwehrt gewesen, sich nach jahrelanger Durchführung des Vertrages auf dessen Unwirksamkeit zu berufen und daraus Bereicherungsansprüche herzuleiten.⁴⁴ Der Kläger verhielt sich treuwidrig, indem er nach ordnungsgemäßer Belehrung über die Möglichkeit, den Vertrag ohne Nachteile nicht zustande kommen zu lassen⁴⁵, diesen jahrelang durchführte und erst dann von der Beklagten, die auf den Bestand des Vertrages vertrauen durfte, unter Berufung auf die Unwirksamkeit des Vertrages Rückzahlung aller Prämien verlangte. **Unredlicher Absichten oder eines Verschuldens des Klägers bedurfte es für den Einwand des Rechtsmissbrauchs nicht;** es genügt, dass der Kläger durch seine jahrelangen Prämienzahlungen trotz Belehrung über die Möglichkeit den Vertrag nicht zustande kommen zulassen, bei der Beklagten ein schutzwürdiges Vertrauen in den Bestand des Vertrages begründet hatte.⁴⁶

Nationale Rechtsmaximen, die einem Anspruch entgegengehalten werden können, unterliegen dem nationalen Recht, solange die Verfahrensvorgaben nicht ungünstiger sind als bei vergleichbaren Klagen, die nur innerstaatliches Recht betreffen (Äquivalenzgrundsatz), und die Ausübung der durch die Unionsrechtsordnung eingeräumten Rechte nicht praktisch unmöglich machen oder übermäßig erschweren (Effektivitätsgrundsatz).⁴⁷ Letzteres war hier dadurch sichergestellt, dass der **Gesichtspunkt von Treu und Glauben** keineswegs stets bei ordnungsgemäßer Belehrung greift, sondern **nur in Fällen jahrelanger Durchführung des Versicherungsvertrages.**⁴⁸

⁴⁴ a.a.O., juris, Rn. 34.

⁴⁵ Insoweit anders im Urteil vom 07. Mai 2014 – [IV ZR 76/11](#) – NJW 2014, 2646 = VersR 2014, 817 = r+s 2014, 340; vgl. Ziff. 6. f) unserer [Übersicht für das 1. Halbjahr 2014](#).

⁴⁶ a.a.O., juris, Rn. 37 ff.

⁴⁷ a.a.O., juris, Rn. 41.

⁴⁸ a.a.O., juris, Rn. 41.

d)

Insgesamt sechs Entscheidungen des Versicherungssenats⁴⁹ bestätigen die beiden Grundsatzentscheidungen vom 12. März 2014⁵⁰ zur Rentenversicherung, wonach die **Vereinbarung der Unkündbarkeit einer** mit dem Versicherungsnehmer neben dem eigentlichen Versicherungsvertrag getroffenen **gesonderten Kostenausgleichsvereinbarung**, wonach der Versicherungsnehmer die Abschlusskosten in monatlichen Raten unabhängig vom Fortbestand des Versicherungsvertrages zu zahlen hat (**sog. Netto-Police**), den Versicherungsnehmer unangemessen benachteiligt und deshalb **gemäß § 307 Abs. 2 Nr. 2 BGB unwirksam** ist. Die Versicherungsnehmer waren daher jeweils berechtigt, die Kündigung der Kostenausgleichsvereinbarung zu erklären und die Klagen des Versicherers auf Zahlung der vereinbarten Raten jeweils nur bis zum Wirksamwerden der Kündigungen begründet.

e)

Durch Rücknahme der Revision endete ein Verfahren nachdem der Versicherungssenat angekündigt hatte, die Revision des klagenden Versicherungsnehmers einer **Kapitallebensversicherung** durch Beschluss nach § 552a Satz 1 ZPO zurückweisen zu wollen.⁵¹ Die Parteien stritten um die Frage, ob die Beklagte nach Eintritt des Versicherungsfalls durch den Tod der versicherten Ehefrau des Klägers berechtigt war, die noch nicht gezahlte Versicherungsprämie für das laufende Versicherungsjahr in vollem Umfang mit der Versicherungsleistung zu verrechnen oder – so die Auffassung des Klägers – gemäß § 39 VVG lediglich eine anteilige Jahresprämie für die Zeit bis zum Eintritt des Versicherungsfalls verlangen und verrechnen durfte.

⁴⁹ Urteile vom 23. Juli 2014 – [IV ZR 330/13](#) – VersR 2014, 1189; vom 10. September 2014 – [IV ZR 352/13](#) – nur bei juris; vom 24. September 2014 – [IV ZR 1/14](#) – VersR 2015, 222 = r+s 2015, 145; vom 8. Oktober 2014 – [IV ZR 100/14](#) – nur bei juris und vom 15. Oktober 2014 – [IV ZR 79/14](#) – nur bei juris sowie Beschluss vom 3. November 2014 – [IV ZR 230/14](#) – nur bei juris; an diesen Verfahren war unsere Kanzlei überwiegend beteiligt;

⁵⁰ – [IV ZR 295/13](#) – NJW 2014, 1658 = VersR 2014, 567 = zfs 2014, 273 und – [IV ZR 255/13](#) – ZVertriebsR 2014, 194; an diesen Verfahren war unsere Kanzlei beteiligt; vgl. Ziff. 6 d) unserer [Übersicht für das 1. Halbjahr 2014](#).

⁵¹ Beschluss vom 23. Juli 2014 – [IV ZR 204/13](#) – VersR 2015, 353 = r+s 2015, 32.

Der BGH hat sich der in Literatur nahezu einhellig vertretenen Auffassung⁵² angeschlossen, dass die **Beendigung des Lebensversicherungsvertrages infolge des Eintritts des Versicherungsfalles durch den Tod der versicherten Person von § 39 VVG nicht erfasst** wird, so dass der Versicherer in diesem Fall zur Verrechnung der Versicherungsleistung mit der ausstehenden Prämie in voller Höhe berechtigt ist.⁵³ Dies folgt zumindest aus dem Sinn und Zweck des § 39 VVG, mit dem der Gesetzgeber das bis dahin geltende Prinzip der Unteilbarkeit der Prämie aufgegeben hat. Die Gesetzesbegründung belegt nach Ansicht des Senats, dass der Gesetzgeber bei der Neuregelung nur ein außerplanmäßiges Ende des Versicherungsvertrages während der Versicherungsperiode im Auge hatte⁵⁴; die Beendigung des Lebensversicherungsvertrages durch Eintritt des Todesfalls stellt jedoch gerade kein außerplanmäßiges Ende des Vertrages dar, weil dieser ausnahmslos mit Eintritt des Versicherungsfalles endet, mithin bereits bei Abschluss des Vertrages feststeht, dass er in diesem Fall sein sofortiges Ende findet.⁵⁵

Die Höhe der Jahresprämie beruht deshalb auf einer Kalkulation des Versicherers, wie hoch das Risiko anzunehmen ist, dass während des Versicherungsjahres der Versicherungsfall eintritt. Dabei macht es keinen Unterschied, zu welchem Zeitpunkt während der Versicherungsperiode die versicherte Person gegebenenfalls verstirbt. Die kalkulierte Prämie deckt das Risiko, das sich nur einmal verwirklichen kann, von vornherein für die Dauer des gesamten Jahres ab; anders als in Fällen der Vertragsbeendigung vor Ablauf der Versicherungsperiode durch Kündigung oder Rücktritt entfällt also nicht ein Teil des vom Versicherer übernommenen Risikos, das in die Prämienkalkulation für das gesamte Jahr eingeflossen ist.⁵⁶

⁵² vgl. Nachweise a.a.O., juris, Rn. 11.

⁵³ a.a.O., juris, Rn. 14.

⁵⁴ a.a.O., juris, Rn. 15.

⁵⁵ a.a.O., juris, Rn. 16.

⁵⁶ a.a.O., juris, Rn. 17.

f)

Die Vertragsparteien einer privaten **Krankheitskostenversicherung** stritten um die Eintrittspflicht des beklagten Versicherers für die gewährte Behandlung der Versicherungsnehmerin im Wege einer **Immuntherapie mit dendritischen Zellen**, deren medizinische Notwendigkeit die Beklagte bestritt.⁵⁷ Die Vorinstanzen hatten die Klage abgewiesen; das Rechtsmittel der Klägerin führte zur Aufhebung und Zurückverweisung an das Berufungsgericht durch Beschluss nach § 544 Abs. 7 ZPO. Die angefochtene Entscheidung verletzte die Klägerin schon deshalb in entscheidungserheblicher Weise in ihrem Grundrecht auf Gewährung rechtlichen Gehörs (Art. 103 Abs. 1 GG), weil ihren Anträgen auf Anhörung des gerichtlichen Sachverständigen in mündlicher Verhandlung nicht stattgegeben worden war.⁵⁸ **Die den Antrag auf Ladung des Sachverständigen stellende Partei muss lediglich allgemein angeben, in welcher Richtung sie durch ihre Fragen eine weitere Aufklärung herbeizuführen wünscht, ohne dass es insoweit darauf ankäme, ob das Gericht seinerseits noch Erläuterungsbedarf sieht oder mit einer Änderung der Auffassung des Gutachters zu rechnen ist.**⁵⁹ Entgegen der Auffassung des Berufungsgerichts genügte das Vorbringen der Klägerin diesen Anforderungen, soweit diese geltend gemacht hatte, die nach Ansicht des gerichtlichen Sachverständigen allein den Therapiestandard für die Erkrankung der Klägerin darstellende Behandlung mit Interferon komme bei ihr wegen einer Interferonunverträglichkeit sowie der wegen einer Schilddrüsenerkrankung und Depressionen bestehenden Kontraindikation nicht in Betracht.

Der Umstand, dass das Berufungsgericht den Sachverständigen zur Klärung der klägerischen Einwände mit der Erstattung eines Ergänzungsgutachtens beauftragt hatte, führte – auch wenn dieses Verfahren zur weiteren Sachaufklärung sinnvoll erschien – nicht zu einem

⁵⁷ Beschluss vom 19. November 2014 – [IV ZR 47/14](#) – VersR 2015, 257; an diesem Verfahren war unsere Kanzlei beteiligt.

⁵⁸ a.a.O., juris, Rn. 7.

⁵⁹ a.a.O., juris, Rn. 8.

Erlöschen des Rechtes der Klägerin, dem Sachverständigen im Rahmen einer mündlichen Anhörung Fragen zum Gutachten zu stellen.⁶⁰ Die Klägerin hatte ihren Antrag auf Anhörung des Sachverständigen weder zurückgenommen noch sonst auf ihr Anhörungsrecht verzichtet.

g)

Die von einer zugelassenen Revision thematisierten Fragen zur **Wirksamkeit von § 65** der Satzung der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (**VBLs**) hatte der IV. Zivilsenat bereits sämtlich entschieden, weshalb auf die angekündigte Absicht der Zurückweisung der Revision (§ 552a ZPO) das Rechtsmittel zurückgenommen wurde.⁶¹

h)

In drei Revisionsverfahren⁶² hatten die Kläger **Lebens- bzw. Rentenversicherungsverträge** zunächst gekündigt, später dann den Widerspruch nach § 5a VVG a.F. und den Widerruf gemäß §§ 495, 355 BGB a.F. erklärt. Die Vorinstanzen hatten die Klage jeweils abgewiesen und in den vereinbarten unterjährigen Zahlungsweisen für die Versicherungsprämien keine Kreditgewährung in Form eines entgeltlichen Zahlungsaufschubs gesehen. **Die Berufungsgerichte hatten die Revisionen jeweils nur im Hinblick auf den gemäß §§ 495 Abs. 1, 355 BGB erklärten Widerruf zugelassen.** Der insoweit im Zeitpunkt der Entscheidung des Berufungsgerichts gegebene Zulassungsgrund der grundsätzlichen Bedeutung war jedoch durch die Entscheidung des BGHs vom 06. Februar 2013⁶³ entfallen und die Rechtsfrage in Übereinstimmung mit der Auffassung der Berufungsgerichte im Sinne der höchstrichterlichen Rechtsprechung entschieden worden.

⁶⁰ a.a.O., juris, Rn. 13.

⁶¹ Beschluss vom 09. September 2014 – [IV ZR 35/12](#) – nur bei juris mit Nachweisen zu den maßgeblichen Grundsatzentscheidungen in Rn. 5 und 11.

⁶² Beschlüsse vom 09. September 2014 – [IV ZR 99/12](#) – VersR 2015, 126 und vom 02. Dezember 2014 – [IV ZR 5/13](#) – sowie – [IV ZR 296/12](#) – jeweils nur bei juris.

⁶³ – [IV ZR 230/12](#) – BGHZ 196, 150; vgl. Ziff. 6. b) unserer [Übersicht für das 1. Halbjahr 2013](#); an diesem Verfahren war unsere Kanzlei beteiligt.

Wegen der wirksamen Revisionsbeschränkung konnte die Frage der zutreffenden Beurteilung des Widerspruchs nach § 5a VVG a.F. nicht zum Gegenstand der Revisionsverfahren gemacht werden. Zwar kann die Zulassung der Revision nicht auf einzelne Rechtsfragen oder Anspruchselemente beschränkt werden, wohl aber auf einen tatsächlich und rechtlich selbständigen und damit abtrennbaren Teil des Gesamtstreitstoffes, auf den auch die Partei selbst ihre Revision beschränken könnte. Diese Voraussetzung war in den entschiedenen Fällen gegeben, weil ein Widerruf nach §§ 355, 495 Abs. 1, 499 Abs. 1 BGB a.F. und ein Widerspruch nach § 5a VVG a.F. zwei rechtlich selbständige und abtrennbare Teile des gesamten Streitstoffes sind, auf die auch die Kläger ihre Revisionen jeweils hätten beschränken können.⁶⁴

i)

In insgesamt elf weiteren **Lebens- und Rentenversicherungsangelegenheiten** führen die Revisionen der Versicherungsnehmer jeweils zur Aufhebung und Zurückverweisung an das Berufungsgericht.⁶⁵

Hier waren die Revisionszulassungen z.T. umgekehrt – ebenfalls wirksam – auf die Frage der Vereinbarkeit von § 5a Abs. 1 VVG a.F. mit den Regelungen der Europäischen Union beschränkt und die Revisionen der nach Widerspruch auf Rückzahlung der Versicherungsbeiträge klagenden Versicherungsnehmer folglich unzulässig, soweit sie sich mit dem Bestehen eines Widerrufsrechts aus § 6 PAngVO, §§ 355, 495 Abs. 1, 499 Abs. 1 BGB a.F. und Schadensersatzansprüchen wegen angeblich unzureichender Aufklärung über die Abschlusskosten bzw. Rückvergütungs-

⁶⁴ In den Verfahren – IV ZR 99/12 – und – IV ZR 296/12 – wurden die Revision auf den Hinweis auf die beabsichtigte Verwerfung der Revision zurückgenommen; in der Sache – IV ZR 5/13 – erging am 11. März 2015 ein Verwerfungsbeschluss.

⁶⁵ Urteile vom 30. Juli 2014 – [IV ZR 85/12](#) –; vom 03. September 2014 – [IV ZR 145/12](#) – und – [IV ZR 402/12](#) –; vom 15. Oktober 2014 – [IV ZR 335/14](#) –; vom 29. Oktober 2014 – [IV ZR 367/14](#) –; vom 05. November 2014 – [IV ZR 331/14](#) –; vom 19. November 2014 – [IV ZR 329/14](#) –; – [IV ZR 330/14](#) – und – [IV ZR 348/14](#) – sowie vom 17. Dezember 2014 – [IV ZR 333/14](#) – und – [IV ZR 347/14](#) – im Volltext jeweils nur bei juris.

leistungen befassten oder auf die Zahlung eines höheren Rückkaufswertes gerichtet waren.⁶⁶

In sämtlichen Verfahren stand nach den Feststellungen des Berufungsgerichts jedoch fest oder war in Ermangelung ausreichender Feststellungen zugunsten der Versicherungsnehmer für das Revisionsverfahren jedenfalls zu unterstellen, dass die diesen zuteil gewordenen Widerspruchsbelehrungen nicht den gesetzlichen Anforderungen genügten. Insoweit hatte der Versicherungssenat bereits mit Urteil vom 07. Mai 2014⁶⁷ entschieden und im Einzelnen begründet, dass das Widerspruchsrecht eines Versicherungsnehmers in der Lebensversicherung fortbesteht, wenn er nicht ordnungsgemäß über das Recht zum Widerspruch belehrt worden ist und/oder die Verbraucherinformation oder die Versicherungsbedingungen nicht erhalten hat. Die Zurückverweisung an die Berufungsgerichte erfolgte, damit diese die fehlenden Feststellungen zur Höhe der Bereicherungsansprüche der Kläger – unter gebotener Anrechnung des bis zur Kündigung genossenen Versicherungsschutzes⁶⁸ – treffen können.

j)

Bei einer aus Gründen der **Gleichstellung von Partnern einer eingetragenen Lebenspartnerschaft mit verheirateten Versicherten** gebotenen Rentenneubemessung darf die Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL) die Neuberechnung auf den Zeitraum ab Antragstellung – wie § 56 Abs. 1 Satz 4 VBLS a.F. dies für Verheiratete vorsah – begrenzen.⁶⁹ § 56 Abs. 1 Satz 4 VBLS enthält eine europarechtskonforme Begrenzung der rückwirkenden Neuberechnung.⁷⁰

⁶⁶ Urteile vom 30. Juli 2014, a.a.O., juris, Rn. 8; vom 03. September 2014, a.a.O., jeweils juris, Rn. 8; vom 15. Oktober 2014, a.a.O., juris, Rn. 8; vom 05. November 2014, a.a.O., juris, Rn. 8; vom 19. November 2014 – IV ZR 330/14 – juris, Rn. 8 und vom 17. Dezember 2014 – IV ZR 347/14 – juris, Rn. 8.

⁶⁷ Vgl. Fn. 45.

⁶⁸ Vgl. dazu auch das nachfolgend unter Ziff. 6 k) besprochene Urteil.

⁶⁹ Urteil vom 10. September 2014 – [IV ZR 298/13](#) – VersR 2014, 1360 = FamRZ 2015, 51.

⁷⁰ a.a.O., juris, Rn. 27 ff.

k)

In Fortführung seiner Grundsatzentscheidung vom 07. Mai 2014⁷¹ hat der IV. Zivilsenat entschieden, dass auch die **in § 8 Abs. 4 Satz 4 und Abs. 5 Satz 4 VVG a.F. getroffene Regelung**, nach welcher auch bei nicht ordnungsgemäßer Belehrung des Versicherungsnehmers über sein jeweiliges Lösungsrecht dieses einen Monat nach Zahlung der Erstprämie erlischt, **richtlinienkonform einschränkend dahin auszulegen ist, dass sie im Bereich der Lebens- und Rentenversicherung und der Zusatzversicherung zur Lebensversicherung nicht anwendbar ist**, während sie auf die übrigen von § 8 VVG a.F. erfassten Versicherungsarten uneingeschränkt Anwendung findet.⁷² Für das Rücktrittsrecht aus § 8 Abs. 5 VVG a.F. kann – so der BGH – nichts anderes gelten, als für die Jahresfrist des § 5a Abs. 2 Satz 4 VVG a.F.; denn es macht keinen Unterschied, dass die Anwendung des § 8 Abs. 5 VVG einen Vertragschluss nach dem Antragsmodell voraussetzt.⁷³ Entscheidend ist allein, dass die Befristung des Rücktrittsrechts bei Fehlen einer ordnungsgemäßen Belehrung über das Recht zum Rücktritt im Ergebnis zu einer vertraglichen Bindung führen könnte, ohne dass dem Versicherungsnehmer die Rücktrittsmöglichkeit ordnungsgemäß zur Kenntnis gebracht wäre. Die vorangegangene Kündigung des Versicherungsvertrags stand dem späteren Rücktritt nicht entgegen.⁷⁴ Ebenso wenig sind die Rücktrittsfolgen nicht auf eine Wirkung ab Zugang der Rücktrittserklärung (ex nunc) zu beschränken, sondern nur eine Rückwirkung entspricht dem unionsrechtlichen Effektivitätsgebot.⁷⁵

Dass die Belehrung der Klägerin im entschiedenen Fall unzureichend war, folgte daraus, dass diese nicht ausreichend drucktechnisch hervorgehoben war, wie dies zur Erreichung ihres gesetzlichen Zwecks geboten

⁷¹ Vgl. Fn. 45.

⁷² Urteil vom 17. Dezember 2014 – [IV ZR 260/11](#) – NJW 2015, 1023 = VersR 2015, 224 = r+s 2015, 60.

⁷³ a.a.O., juris, Rn. 22.

⁷⁴ a.a.O., juris, Rn. 28.

⁷⁵ a.a.O., juris, Rn. 30.

gewesen wäre.⁷⁶ Vielmehr war diese inmitten eines Textblocks abgedruckt, der weitere Informationen, unter anderem über die Ermächtigung zur Entbindung von der Schweigepflicht, zur Datenverarbeitung und zum Widerspruch in der Unfallversicherung enthielt, ohne innerhalb dieses – insgesamt in Fettdruck gesetzten – Textblocks drucktechnisch hervorgehoben zu sein. Weder der Vertrag noch die Stellung der Belehrung im Antragsformular reichten daher aus, um eine Kenntnisnahme des Versicherungsnehmers hiervon zu gewährleisten.⁷⁷

Bei der Beurteilung der Höhe der infolge der durch den erklärten Rücktritt⁷⁸ rückwirkend eingetretenen Vertragsauflösung dem Grunde nach gegebenen bereicherungsrechtlichen Ansprüche wird das Berufungsgericht, an das der Rechtsstreit zurückverwiesen wurde, zu berücksichtigen haben, dass im Rahmen einer – wie hier – gemeinschaftsrechtlich geforderten rechtsfortbildenden Auslegung einer nationalen Norm bei der Regelung der Rechtsfolgen nach nationalem Recht ein vernünftiger Ausgleich und eine gerechte Risikoverteilung zwischen den Beteiligten hergestellt werden darf.⁷⁹ Ebenso wie in dem am 07. Mai 2014 entschiedenen Fall hat die Versicherungsnehmerin während der Prämienzahlung Versicherungsschutz genossen, und es war auch hier davon auszugehen, dass dieser im Versicherungsfall in Anspruch genommen worden wäre. Mit Blick darauf führte eine Verpflichtung des Versicherers zur Rückgewähr sämtlicher Prämien auch hier zu einem Ungleichgewicht innerhalb der Gemeinschaft der Versicherten, weshalb sich die Klägerin in Anwendung von § 346 Abs. 1 Satz 2 BGB einen Wertersatz für den Versicherungsschutz anrechnen lassen muss, dessen Höhe durch das Berufungsgericht zu bestimmen sein wird.⁸⁰

⁷⁶ a.a.O., juris, Rn. 16.

⁷⁷ a.a.O., juris, Rn. 17.

⁷⁸ Die Bezeichnung der Erklärung der Klägerin als "Widerspruch gemäß § 5a VVG a.F." stand ihrer Auslegung als Rücktritt nicht entgegen; entscheidend war der darin zum Ausdruck kommende unbedingte Wille, sich rückwirkend vom Vertrag lösen und die Rückzahlung sämtlicher Prämien geltend machen zu wollen (a.a.O., juris, Rn. 13).

⁷⁹ a.a.O., juris, Rn. 36.

⁸⁰ a.a.O., juris, Rn. 37.

l)

Mit dem Begriff "medizinisch notwendige" Heilbehandlung wird in der **Kranken(zusatz)versicherung** – auch für den Versicherungsnehmer erkennbar – für den Versicherungsfall ein objektiver, vom Vertrag zwischen Arzt und Patient unabhängiger Maßstab eingeführt.⁸¹ Diese objektive Anknüpfung bedeutet zugleich, dass es für die Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit der Heilbehandlung nicht auf die Auffassung des Versicherungsnehmers und auch nicht allein auf die des behandelnden Arztes ankommen kann. Gegenstand der Beurteilung können vielmehr nur die objektiven medizinischen Befunde und Erkenntnisse im Zeitpunkt der Vornahme der Behandlung sein. **Eine medizinisch notwendige Heilbehandlung liegt vor, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und Erkenntnissen im Zeitpunkt der Vornahme der ärztlichen Behandlung vertretbar war, sie als notwendig anzusehen.**⁸² Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung, zu der nicht nur die unmittelbare Heiltätigkeit gehört, 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. Sobald der Versicherte wegen einer Krankheit einen Arzt einmal in Anspruch genommen hat, ist er daran gehindert, den Versicherungsfall willkürlich abubrechen und nach (Neu-)Eindeckung des Risikos zu einem ihm geeignet erscheinenden Zeitpunkt einen neuen Versicherungsfall zu beginnen, obwohl es sich tatsächlich um die Weiterbehandlung der früheren Krankheit handelt.⁸³

Im Streitfall war nach den tatrichterlichen, revisionsrechtlich beanstandungsfreien Feststellungen des Berufungsgerichts der Zahn 27 im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses aufgrund seiner Erkrankung (apikale Lyse), wenigstens im Sinne einer röntgenologischen Überwachung

⁸¹ Beschluss vom 17. Dezember 2014 – [IV ZR 399/13](#) – r+s 2014, 142 = juris, Rn. 13; an diesem Verfahren war unsere Kanzlei beteiligt.

⁸² a.a.O., juris, Rn. 13.

⁸³ a.a.O., juris, Rn. 16 m.w.N.

behandlungsbedürftig, auch wenn wegen zu unterstellender Beschwerdefreiheit noch keine unmittelbare Notwendigkeit für eine zahnprothetische Maßnahme bestand. Die vom Berufungsgericht wegen vermeintlicher (tatsächlich nicht gegebener⁸⁴) Abweichung von der Rechtsprechung anderer Oberlandesgerichte zugelassene Revision hatte daher keine Aussicht auf Erfolg und wurde nach entsprechendem Hinweis des Versicherungssenats vom Kläger zurückgenommen.

7. Haftpflichtversicherungsrecht

Mit Fragen des Haftpflichtversicherungsrechts befassen sich die nachfolgend dargestellten Entscheidungen des IV. Zivilsenats.

a)

Im Rahmen der Aufklärungsobliegenheit entscheidet grundsätzlich der Versicherer, welche Angaben er zur Ermittlung des Sachverhalts für erforderlich hält, ohne dass es darauf ankommt, ob sich die vom Versicherungsnehmer geforderten Angaben am Ende als für die Leistungspflicht tatsächlich wesentlich erweisen, weil die Frage der Erforderlichkeit der erbetenen Auskünfte ex ante zu beurteilen und dem Versicherer ein erheblicher Beurteilungsspielraum zuzubilligen ist.⁸⁵ **Die Auskunftspflicht erstreckt sich auf jeden Umstand, der zur Aufklärung des Tatbestandes dienlich sein kann, soweit dem Versicherungsnehmer nichts Unbilliges zugemutet wird.**⁸⁶ Diese auf andere Versicherungszweige übertragbaren Aussagen hat der BGH zu einer bei einem Konsortium verschiedener Versicherer gehaltenen **Vermögensschadenhaftpflichtversicherung einer gesetzlichen Krankenkasse**

⁸⁴ vgl. a.a.O., juris, Rn. 19.

⁸⁵ Urteile vom 22. Oktober 2014 – [IV ZR 242/13](#) – NJW 2015, 949 = VersR 2015, 45 = zfs 2015, 31 = juris, Rn. 18; – [IV ZR 243/13](#) – und – [IV ZR 303/13](#) – jeweils nur bei juris.

⁸⁶ – IV ZR 242/13 – juris, Rn. 19; – IV ZR 243/13 – juris, Rn. 16 und – IV ZR 303/13 – juris, Rn. 29.

getroffen, die auch Eigenschäden infolge fahrlässiger Pflichtverletzungen eigener Organe, Beamter und Mitarbeiter deckte.

Daraus folgte für die Streitfälle, dass die Klägerin auf das Verlangen des führenden Versicherers gehalten war, eine eigene Stellungnahme derjenigen Mitarbeiter vorzulegen, die durch fehlerhafte Bearbeitung den Versicherungsfall herbeigeführt haben sollen; denn für die Feststellung des Versicherungsfalls kam es nicht nur auf den äußeren Ablauf, sondern auch auf die Frage des Verschuldens der zuständigen Sachbearbeiterinnen an, da nach dem Vertrag nur fahrlässige Pflichtverletzungen versichert waren und ein Versicherungsfall mithin sowohl bei vorsätzlichem als auch bei schuldlosem Handeln ausschied.⁸⁷

Selbst wenn die Lebenserfahrung in bestimmten Fallkonstellationen regelmäßig für einen fahrlässigen Pflichtenverstoß sprechen mag, hätten durch eine Befragung der Sachbearbeiterinnen möglicherweise eventuelle besondere Umstände zu Tage gefördert werden können, die die nach der Lebenserfahrung naheliegende Fahrlässigkeit in die eine oder andere Richtung ausschließen konnten und deshalb gegebenenfalls eine vom Regelfall abweichende Beurteilung erforderten.⁸⁸ Für die Annahme einer Obliegenheitsverletzung war es unerheblich, dass in einem Fall die Sachbearbeiterin infolge zwischenzeitlicher Verrentung nicht mehr bei der Klägerin tätig war und sich in den beiden anderen Fällen im Erziehungsurlaub befand, weil diese Umstände die Klägerin nicht ihrer Obliegenheit enthob, sich um die erbetene Stellungnahme wenigstens zu bemühen.⁸⁹ Auf die frühere Relevanzrechtsprechung des Versicherungssenats kam es trotz der Anwendbarkeit des alten Rechts auf den Streitfall nicht an, weil die Obliegenheitsverletzung nicht folgenlos geblieben war, da nicht feststand, ob und ggf. welche weiteren Erkenntnisse eine Befragung der

⁸⁷ – IV ZR 242/13 – juris, Rn. 21; – IV ZR 243/13 – juris, Rn. 18 und – IV ZR 303/13 – juris, Rn. 31.

⁸⁸ – IV ZR 242/13 – juris, Rn. 21; – IV ZR 243/13 – juris, Rn. 18 und – IV ZR 303/13 – juris, Rn. 31.

⁸⁹ – IV ZR 242/13 – juris, Rn. 23; – IV ZR 243/13 – juris, Rn. 20 und – IV ZR 303/13 – juris, Rn. 33.

Mitarbeiterinnen der Klägerin erbracht hätte, so dass nicht ausgeschlossen werden konnte, dass sich die Unterlassung auf die Möglichkeiten zur Feststellung des Versicherungsfalls ausgewirkt hat.⁹⁰

Allerdings tritt eine Leistungsfreiheit wegen Obliegenheitsverletzung nicht bereits kraft Gesetzes ein, sondern setzt voraus, dass der Versicherer, der über die Rechte aus einer Obliegenheitsverletzung des Versicherungsnehmers disponieren kann, sich hierauf beruft. **Steht die Verletzung von Aufklärungsobliegenheiten in Rede, so umfasst diese Dispositionsbefugnis deshalb auch die Entscheidung, eine weitere Aufklärung durch zusätzliche Unterlagen für nicht erforderlich zu halten.**⁹¹

Deshalb hätte das Berufungsgericht im Verfahren – IV ZR 242/13 – den Vortrag der Klägerin, nach Schluss der mündlichen Verhandlung vor dem Berufungsgericht habe der führende Versicherer in dem gegen ihn geführten Parallelprozess unstreitig gestellt, dass im Jahre 2002 sämtliche Unterlagen, die zur Prüfung erforderlich waren, vorgelegen hätten, nicht für unerheblich halten dürfen. Denn eine dahingehende Erklärung des führenden Versicherers wirkte wegen der Führungsklausel in dem getroffenen Rahmenabkommen auch zulasten der anderen Versicherer, was das Berufungsgericht offensichtlich verkannt hatte. Deshalb hatte es bei der Ausübung seines Ermessens im Rahmen von § 156 Abs. 2 ZPO rechtsfehlerhaft nicht geprüft, ob die Auslegung der Erklärung des führenden Versicherers unter Berücksichtigung der Umstände ihrer Abgabe dem Einwand der Verletzung der Aufklärungsobliegenheit seine Grundlage entzogen hatte.⁹² Zur Nachholung der erforderlichen Feststellungen wurde der Rechtsstreit – IV ZR 242/13 – an das Berufungsgericht zurückverwiesen.

Der in den Verfahren – IV ZR 242/13 – und – IV ZR 303/13 – seitens der Beklagten erhobene Verjährungseinwand griff nicht durch. **Die bloße**

⁹⁰ – IV ZR 242/13 – juris, Rn. 24; – IV ZR 243/13 – juris, Rn. 21 und – IV ZR 303/13 – juris, Rn. 33.

⁹¹ – IV ZR 242/13 – juris, Rn. 28.

⁹² – IV ZR 242/13 – juris, Rn. 29.

Untätigkeit des Geschädigten über einen längeren Zeitraum (hier: mehrere Jahre) **führt nicht zu einem vorzeitigen Ende der Verjährungshemmung nach § 12 Abs. 2 VVG a.F.**⁹³

b)

Eine Klägerin erhob Ansprüche aus einer zwischen den Parteien geschlossenen **Haftpflichtversicherung für Architekten- und Ingenieurleistungen**, welche auch Schäden abdeckte, die der Versicherungsnehmerin durch Mitversicherte zugefügt wurden. Zu den Mitversicherten zählte auch die Streitverkündete, welche 2006 seitens der Klägerin mit der Generalplanung der Bebauung mehrerer von ihr erworbener Grundstücke beauftragt worden war. Der Versicherungsvertrag war erst im Frühjahr 2007 geschlossen worden, sollte jedoch "frei von bekannten Verstößen" rückwirkend zum 01. Mai 2005 beginnen. Die Planungen der Streitverkündeten scheiterten wiederholt aus denkmalschutzrechtlichen Gründen, wobei der erste Baugenehmigungsantrag bereits im Oktober 2006 abgelehnt worden und der hiergegen gerichtete Widerspruch der Klägerin im Dezember 2006 – also vor Abschluss des Versicherungsvertrages – zurückgewiesen worden war. Die Ursache hierfür sah die Klägerin in versicherten Pflichtverstößen der Streitverkündeten und nahm die Beklagte auf Ersatz der Schadensfolgen in Anspruch.

Zu Unrecht hatten die Vorinstanzen angenommen, ein Leistungsanspruch hinsichtlich der ersten Planung der Streitverkündeten scheitere daran, dass sich der Klägerin noch im Jahre 2006 jedenfalls hätte aufdrängen müssen, dass die Planung der Streithelferin fehlerhaft gewesen sei; die erforderliche Kenntnis vom Pflichtenverstoß der Streithelferin habe die Klägerin spätestens mit dem Widerspruchsbescheid im Dezember 2006 erhalten. **Der BGH hat klargestellt, dass die** in § 2 Abs. 2 Satz 2 Halbsatz 1 VVG a.F. geregelte **Freiheit vom Leistungsversprechen einer Rückwärtsversicherung** – ebenso wie eine für rückwirkenden Versicherungsschutz vertraglich vereinbarte Klausel "frei von bekannten Verstößen"

⁹³ – IV ZR 242/13 – juris, Rn. 40 f. und – IV ZR 303/13 – juris, Rn. 22 ff.

ßen" – **positive Kenntnis des Versicherungsnehmers davon voraussetzt, dass bereits ein Versicherungsfall eingetreten oder ein ihn begründender Pflichtenverstoß geschehen ist; deren Feststellung kann nicht durch die Erwägung ersetzt werden, der Versicherungsnehmer habe die betreffenden Umstände kennen müssen**, denn das kennzeichnet lediglich einen Fahrlässigkeitsvorwurf.⁹⁴ Selbst eine grob fahrlässige Unkenntnis von einem bereits eingetretenen Versicherungsfall birgt nicht die Gefahr einer bewussten Manipulation des versicherten Risikos bei Vereinbarung einer Rückwärtsversicherung durch den Versicherungsnehmer, welcher durch die in Rede stehenden Regelungen begegnet werden soll.⁹⁵

Anders liegt es nur dann, wenn der Tatrichter aufgrund der Umstände des Einzelfalls die Überzeugung gewinnt, der Versicherungsnehmer habe den sich aufdrängenden Schluss auf die naheliegende Schadensursache tatsächlich gezogen und deshalb erkannt, dass dem Schaden Tatsachen zugrunde liegen, die ein versichertes Ereignis beschreiben.⁹⁶ Derartige Feststellungen hatte das Berufungsgericht indessen nicht getroffen, sondern stattdessen fehlerhaft einen "objektivierten Maßstab" zugrunde gelegt und danach gefragt, welche Schlüsse ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer an Stelle der Klägerin aus den Fallumständen hätte ziehen müssen.

Soweit das Berufungsgericht hinsichtlich des vermeintlichen zweiten Pflichtverstoßes den Rechtsstreit wegen der Erforderlichkeit einer aufwändigen Beweisaufnahme an das Landgericht zurückverwiesen hatte, hatte auch dies keinen Bestand. Denn seine Ausführungen ließen nicht erkennen, dass es das ihm in § 538 Abs. 2 Nr. 1 ZPO eingeräumte Ermessen pflichtgemäß ausgeübt hatte; es hätte in Erwägung ziehen müssen, dass die Zurückverweisung an die Vorinstanz in aller Regel zu einer weiteren Verzögerung und Verteuerung des Rechtsstreits, im

⁹⁴ Urteil vom 05. November 2014 – [IV ZR 8/13](#) – VersR 2015, 89 = zfs 2015, 30 = juris, Rn. 14.

⁹⁵ a.a.O., juris, Rn. 15.

⁹⁶ a.a.O., juris, Rn. 17.

Streitfall zudem zu dessen Aufspaltung führt und den schützenswerten Interessen der Parteien entgegenstehen kann. **Die Aufhebung und Zurückverweisung ist auf Ausnahmefälle beschränkt, in denen die Durchführung des Verfahrens in der Berufungsinstanz zu noch größeren Nachteilen für die Parteien führte als die Zurückverweisung der Sache an das erstinstanzliche Gericht.**⁹⁷

c)

Mit der vermeintlich wissentlichen Pflichtverletzung eines Insolvenzverwalters setzt sich eine Revisionsentscheidung aus Dezember 2014 auseinander.⁹⁸ Im vorausgegangenen Haftpflichtprozess war ein Insolvenzverwalter rechtskräftig zur Zahlung von mehr als 800.000,00 € Schadensersatz verurteilt worden. Im anschließenden Deckungsprozess gegen seine **Vermögensschadenhaftpflichtversicherung** war das Berufungsgericht von einer Leistungsfreiheit des Versicherers ausgegangen, weil der Kläger die aus § 61 InsO folgende Pflicht wissentlich verletzt habe, indem er Verbindlichkeiten zu Lasten der Masse begründet habe, zu deren Erfüllung diese nicht ausreichte.

Der BGH hat die Berufungsentscheidung aufgehoben und die Sache zur neuen Verhandlung und Entscheidung an das Berufungsgericht zurückverwiesen. Für den Ausschlussgrund der Wissentlichkeit der Pflichtverletzung ist – davon war im Ansatz auch das Berufungsgericht ausgegangen – der Versicherer darlegungs- und beweispflichtig.⁹⁹ Hierfür hat er – wenn es sich nicht um die Verletzung elementarer beruflicher Pflichten handelt, deren Kenntnis nach der Lebenserfahrung bei jedem Berufsangehörigen vorausgesetzt werden kann – Anknüpfungstatsachen vorzutragen, die als schlüssige Indizien für eine wissentliche Pflichtverletzung betrachtet werden können; entgegen der Annahme des Berufungsgerichts obliegt es dem Versicherungsnehmer erst wenn dies geschehen ist im Rahmen

⁹⁷ a.a.O., juris, Rn. 21.

⁹⁸ Urteil vom 17. Dezember 2014 – [IV ZR 90/13](#) – NJW 2015, 947 = VersR 2015, 181 = r+s 2015, 133 = zfs 2015, 157; an diesem Verfahren war unsere Kanzlei beteiligt.

⁹⁹ a.a.O., juris, Rn. 16.

seiner sekundären Darlegungslast, Umstände aufzuzeigen, warum die vorgetragenen Indizien den Schluss auf eine wissentliche Pflichtverletzung nicht zulassen.¹⁰⁰ Die bisherigen Feststellungen des Berufungsgerichts vermochten nach diesen Maßstäben im konkreten Fall die Annahme einer wissentlichen Pflichtverletzung nicht zu tragen.¹⁰¹

8. Rechtsschutzversicherungsrecht

Zur Rechtsschutzversicherung musste sich der Versicherungssenat mit den beiden nachfolgenden Themenkomplexen befassen.

a)

Welche Rechtsfolgen mit einer **Deckungsschutzzusage** der Rechtsschutzversicherung **gegenüber einem Mitversicherten** verbunden sind, klärt eine Revisionsentscheidung aus Juli 2014.¹⁰² Der Kläger war ehemaliger Geschäftsführer einer zwischenzeitlich insolventen GmbH und genoss als mitversicherte Person Versicherungsschutz in deren Rechtsschutzversicherung. Nachdem der Kläger mit Deckungszusage der Beklagten anwaltliche Vertretung in Anspruch genommen hatte, leistete die Beklagte auf Aufforderung des Insolvenzverwalters das von dem Rechtsanwalt berechnete Verteidigerhonorar an die Insolvenzmasse; der Verteidiger wurde aufgefordert, seine Ansprüche zur Tabelle anzumelden. Der Kläger bestritt die Erfüllungswirkung dieser Zahlung und nahm die Beklagte auf einen Teil der Honorarforderung seines Verteidigers in Anspruch. Seine Klage hatte vor dem Berufungsgericht Erfolg, was der BGH bestätigt hat.

¹⁰⁰ a.a.O., juris, 2. Leitsatz sowie Rn. 20 f.

¹⁰¹ a.a.O., juris, Rn. 22 ff.

¹⁰² Urteil vom 16. Juli 2014 – [IV ZR 88/13](#) – NJW 2014, 3030 = VersR 2014, 1118 = r+s 2014, 454; an diesem Verfahren war unsere Kanzlei beteiligt.

Die **Insolvenz des Versicherungsnehmers beeinträchtigt** bei der Rechtsschutzversicherung für fremde Rechnung **die Rechtsposition des Versicherten nicht**, da der Anspruch auf die Versicherungsleistung nicht zur Insolvenzmasse des Versicherungsnehmers, sondern der des Versicherten gehört.¹⁰³ Soweit **§ 15 Abs. 2 ARB** vorsieht, dass für mitversicherte Personen die den Versicherungsnehmer betreffenden Bestimmungen sinngemäß gelten, der Versicherungsnehmer jedoch widersprechen kann, wenn eine andere mitversicherte Person als sein ehelicher/eingetragener Lebenspartner Rechtsschutz verlangt, **statuiert** dies entgegen der Annahme des Berufungsgerichts allerdings **keine alleinige Verfügungsbefugnis des Versicherten bis zur Erklärung des Widerspruchs durch den Versicherungsnehmer**.¹⁰⁴ Vielmehr wird der durchschnittliche Versicherungsnehmer der Regelung entnehmen, dass die mitversicherte Person dem Versicherungsnehmer grundsätzlich gleichgestellt ist, nicht aber der Versicherte hinsichtlich des Versicherungsschutzes an die Stelle des Versicherungsnehmers treten soll.¹⁰⁵ Der Senat konnte dahinstehen lassen, wie sich die bis zum Widerspruch des Versicherungsnehmers nebeneinander bestehenden Verfügungsbefugnisse von Versicherungsnehmer und Versichertem im Konfliktfall einander widersprechender Verfügungen zueinander verhalten; der Insolvenzverwalter hatte nach der revisionsrechtlich hinzunehmenden Auslegung des Berufungsgerichts nämlich keinen Widerspruch nach § 15 Abs. 2 Satz 2 ARB erklärt und der Kläger keine Verfügung über den Anspruch vorgenommen.¹⁰⁶

Die Beklagte hatte sich durch ihre Deckungszusage gegenüber dem Kläger hinsichtlich ihrer Leistungspflicht auf diesen festgelegt; unter dem Gesichtspunkt des widersprüchlichen Verhaltens war es ihr daher gemäß § 242 BGB verwehrt, sich gegenüber dem Kläger auf die nach den ARB bestehende Verfügungsbefugnis des Insolvenz-

¹⁰³ a.a.O., juris, Rn. 11 und 30.

¹⁰⁴ a.a.O., juris, Rn. 15 ff.

¹⁰⁵ a.a.O., juris, Rn. 18.

¹⁰⁶ a.a.O., juris, Rn. 12 ff. und 19.

verwalters zu berufen.¹⁰⁷ Aus Sicht des Erklärungsempfängers bedeutet die Deckungszusage nicht nur, dass der Versicherte unter den Versicherungsschutz fällt, sondern besagt auch, dass der Versicherer gerade den Versicherten von dessen Honorarverpflichtung gegenüber dem von ihm beauftragten Anwalt frei stellen will und sich daher – jedenfalls bis zur Erklärung eines etwaigen Widerspruchs durch den Versicherungsnehmer gemäß § 15 Abs. 2 Satz 2 ARB – auf den Versicherten als verfügungsrechte Person festlegt, wodurch bei diesem ein schutzwürdiger Vertrauensstatbestand geschaffen wird.¹⁰⁸

Darüber hinaus stand einer Erfüllung entgegen, dass der Leistungsanspruch des Klägers auf die Befreiung von der Honorarverbindlichkeit gegenüber seinem Rechtsanwalt gerichtet war, so dass die Beklagte mit ihrer Geldzahlung nicht die vertraglich versprochene Leistung erbracht hat.¹⁰⁹ Entgegen einer in Teilen der Literatur und Rechtsprechung vertretenen Auffassung war die Beklagte nicht berechtigt, an den Insolvenzverwalter des Versicherungsnehmers zu zahlen, ohne dass dieser zuvor den Verteidiger des Versicherten befriedigt hatte.¹¹⁰ **Die Insolvenz des Versicherungsnehmers führte nicht zu einer Umwandlung des Befreiungsanspruchs des Versicherten in einen Zahlungsanspruch.**¹¹¹

b)

Die Bestimmung in **§ 14 (3) ARB 75**¹¹², wonach der Versicherungsfall bereits als eingetreten gilt, wenn ein Dritter begonnen hat oder begonnen haben soll, gegen Rechtspflichten oder Rechtsvorschriften zu verstoßen, und bei mehreren Verstößen der erste adäquat-ursächliche maßgeblich sein soll, **bedarf der einschränkenden Auslegung dahingehend, dass der Gesetzes- oder Pflichtenverstoß eines Dritten nur dann den**

¹⁰⁷ a.a.O., juris, Rn. 20.

¹⁰⁸ a.a.O., juris, Rn. 23 ff.

¹⁰⁹ a.a.O., juris, Rn. 26.

¹¹⁰ a.a.O., juris, Rn. 29 m.w.N.

¹¹¹ a.a.O., juris, Rn. 30.

¹¹² Die Klausel entspricht inhaltlich § 4 Abs. 1 Satz 1 c) ARB 94, ARB 2000 und ARB 2010

Rechtsschutzfall auslösen und zeitlich festlegen kann, wenn bereits ein gesetzliches oder vertragliches Schuldverhältnis zwischen dem Versicherungsnehmer und seinem Gegner ansteht.¹¹³ Denn die wortlautkonforme Anwendung ginge mit der Gefahr einer uferlosen Rückverlagerung des für die zeitliche Bestimmung des Rechtsschutzversicherungsfalles maßgeblichen Geschehens einher, die in der Mehrzahl der Fälle den berechtigten Interessen des Versicherungsnehmers widerspräche, weil sie häufig zur Annahme von Vorvertraglichkeit führe.¹¹⁴

Umgekehrt sind aber auch berechnigte Interessen des Versicherers berührt, weil der Regelungswortlaut eine zeitlich weit ausgedehnte Nachhaftung zur Folge haben kann. Im entschiedenen Fall führte diese Auslegung zur Versagung des Versicherungsschutzes, weil die auf § 157 VVG a.F. gestützte Einziehungsklage gegen den Haftpflichtversicherer des unstreitig schadensersatzpflichtigen jedoch zwischenzeitlich insolventen Wirtschaftsprüfer einen eigenen, vom ursprünglichen Haftpflichtbegehren getrennt zu beurteilenden Rechtsschutzversicherungsfall begründete, welcher erst nach dem Ende des versicherten Zeitraumes mit der Eröffnung des Insolvenzverfahrens eingetreten war; denn erst damit war die Möglichkeit eröffnet, abgesonderte Befriedigung zu verlangen.¹¹⁵

¹¹³ Urteil vom 05. November 2014 – [IV ZR 22/13](#) – VersR 2014, 395 = zfs 2015, 41 = r+s 2015, 16 = juris, Rn. 20.

¹¹⁴ So zu § 4 (1) Satz 1 a) ARB 94 bereits die vier Parallelentscheidungen vom 30. April 2014 – [IV ZR 47/13](#) – NJW 2014, 2042 = VersR 2014, 742 = r+s 2014, 354 sowie – [IV ZR 60/13](#) –, – [IV ZR 61/13](#) – und – [IV ZR 62/13](#) – alle nur bei juris; an diesen Verfahren war unsere Kanzlei beteiligt (vgl. dazu unsere [Übersicht zum 1. Halbjahr 2014](#) unter 8. b)).

¹¹⁵ a.a.O., juris, Rn. 21.

9.

Grundzüge des Vertrauensschaden- und Kreditsicherungsrechts

a)

Zur **Vertrauensschadenversicherung der Notarkammern** verhält sich ein Zurückweisungsbeschluss vom 23. Juli 2015.¹¹⁶ Die Nichtzulassungsbeschwerde hatte keinen Erfolg, weil die Frage der Darlegungslast bezüglich der Versäumung der Anmeldefrist des § 4 Nr. 2 AVB bereits im Zeitpunkt der Einlegung der Nichtzulassungsbeschwerde durch das Urteil vom 20. Juli 2011¹¹⁷ geklärt war und die weiteren maßgeblichen Rechtsfragen zum Verschuldensmaßstab durch die Entscheidung vom 11. Juni 2014¹¹⁸ geklärt sind. Da wegen des zweiten Punktes die Revision im Zeitpunkt der Einlegung der Nichtzulassungsbeschwerde hätte zugelassen werden müssen, hat der Senat im weiteren auch die Erfolgsaussichten der beabsichtigten Revision geprüft; er hat diese jedoch verneint, weil das angefochtene Berufungsurteil keinen Rechtsfehler zu Lasten der Klägerin enthielt. Das rechtfertigte es, die Nichtzulassungsbeschwerde durch Beschluss zurückzuweisen.¹¹⁹

b)

Die Klausel einer **Ratenschutz-Versicherung** (hier § 6 AVB-RSV)

"Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf die der versicherten Person bekannten ernstlichen Erkrankungen (das sind Erkrankungen des Herzens und des Kreislaufs, der Wirbelsäule und Gelenke, der Verdauungsorgane, Krebs, HIV-Infektion/Aids, chronische Erkrankungen) oder Unfallfolgen, wegen derer die versicherte Person in den letzten zwölf Monaten vor Beginn des Versicherungsschutzes ärztlich behandelt wurde.

¹¹⁶ – [IV ZR 429/13](#) – nur bei juris; an diesem Verfahren war unsere Kanzlei beteiligt.

¹¹⁷ – [IV ZR 180/10](#) – VersR 2011, 1173, Rn. 30; an diesem Verfahren war unsere Kanzlei beteiligt.

¹¹⁸ – [IV ZR 400/12](#) – WM 2014, 1375, Rn. 23 bis 29; an diesem Verfahren war unsere Kanzlei beteiligt.

¹¹⁹ vgl. dazu Beschluss vom 27. Oktober 2004 – [IV ZR 386/02](#) – VersR 2005, 809 unter 2. c) m.w.N.

Diese Einschränkung gilt nur, wenn der Versicherungsfall binnen der ersten 24 Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes eintritt und mit diesen Erkrankungen oder Unfallfolgen in ursächlichem Zusammenhang steht."

ist intransparent; denn die **Regelung benachteiligt die Versicherten entgegen den Geboten von Treu und Glauben unangemessen, weil sie nicht klar und verständlich ist** (§ 307 Abs. 1 Satz 1 und 2 BGB).¹²⁰

Ausschlussgrund sollen sämtliche dem Versicherten bekannte "ernstliche Erkrankungen" sein. Da der Leistungsausschluss weiter voraussetzt, dass diese Erkrankungen den Versicherungsfall herbeigeführt haben müssen, lässt sich zwar noch erkennen, dass folgenlose Bagatell-erkrankungen nicht erfasst sein können. Im Übrigen fordert die Klausel aber vom Versicherten eine Einstufung bekannter Erkrankungen als "ernstlich", ohne ihm klare Kriterien für diese Bewertung zu geben. Der durchschnittliche Versicherte wird damit im Zeitpunkt seiner Beitrittserklärung nicht in die Lage versetzt, für seinen konkreten Einzelfall zu erkennen, welche Erkrankungen vom Ausschluss erfasst werden sollen und in welchem Umfang er Versicherungsschutz erlangen kann.¹²¹ Er wird sich durch den Klauselwortlaut aufgerufen fühlen, eine Unterscheidung zwischen ernstlichen und nicht ernstlichen, mithin leichten Erkrankungen zu treffen und – eingedenk des Vertragszwecks – als ernstlich zunächst solche Erkrankungen ansehen, denen ein erhöhtes Risiko innewohnt, einen Versicherungsfall herbeizuführen. In diesem vertragszweckorientierten Verständnis der Ausschlussklausel wird der Versicherte durch die im Klammerzusatz aufgeführten Krankheiten jedoch nicht unterstützt sondern verunsichert; denn dort werden neben lebensbedrohlichen Erkrankungen wie Krebs oder Aids auch Erkrankungen aufgezählt, mit denen ein höheres Risiko, den Versicherungsfall herbeizuführen, nicht ohne weiteres sondern nur unter besonderen Umständen einhergeht, etwa Erkrankungen

¹²⁰ Urteil vom 10. Dezember 2014 – [IV ZR 289/13](#) – VersR 2015, 318 = zfs 2015, 152 = r+s 2015, 88.

¹²¹ a.a.O., juris, Rn. 25.

des Kreislaufs, der Wirbelsäule, der Gelenke, der Verdauungsorgane oder auch chronische Erkrankungen.

Diese Aufzählung von Krankheiten stellt den Versicherten vor die Frage, ob sie eine Auslegungshilfe in Form von Regelbeispielen darstellen soll, die ihn nicht davon enthebt, innerhalb der beispielhaft genannten Erkrankungen weiterhin deren Ernstlichkeit zu bewerten oder ob die aufgeführten Erkrankungen als abgeschlossener Katalog "ernstliche Erkrankungen" definieren sollen.¹²² Für die letztgenannte Auslegung kann zwar sprechen, dass die Liste anders als in Fällen, die bisher Gegenstand von obergerichtlichen Entscheidungen waren¹²³, keine ausdrückliche Formulierung (etwa "z.B.") enthält, die auf eine Aufzählung bloßer Regelbeispiele hindeutet. Dagegen spricht aber, dass der allgemeine Sprachgebrauch nicht jede Erkrankung – etwa des Kreislaufs, der Gelenke oder der Verdauungsorgane – als "ernstlich" bezeichnet, weil dazu auch weit verbreitete Beschwerden (etwa zu niedriger oder zu hoher Blutdruck, sportbedingte Gelenkläsionen, Sodbrennen, gelegentliche Übelkeit usw.) zählen, denen der durchschnittliche Versicherte mit Blick auf den Vertragszweck keine Bedeutung beimessen und deshalb die Annahme verwerfen wird, alle aufgezählten Erkrankungen seien "per se" ernstlich im Sinne des Leistungsausschlusses. Dem an Versicherungsschutz interessierten Kreditnehmer wird auch nicht einleuchten, weshalb eine harmlose, mit nur gelegentlichen und leichten Beschwerden einhergehende Beeinträchtigung der aufgezählten Körperregionen seinen Versicherungsschutz gefährden können soll.

Soweit die Beklagte darauf verwiesen hatte, die Ernstlichkeit einer Erkrankung erweise sich auch daran, dass die Erkrankung – wie der Leistungsausschluss weiter voraussetze – in der Lage sein müsse, den Versicherungsfall herbeizuführen, kann eine solche – nach Eintritt des Versicherungsfalls – rückblickende Betrachtung die Leistungsausschluss-

¹²² a.a.O., juris, Rn. 26.

¹²³ vgl. OLG Dresden VersR 2006, 61 (62); OLG Braunschweig VersR 2007, 1071 und OLG Koblenz VersR 2008, 383 (385).

klausel aber nicht transparent machen. Selbst für sich genommen harmlose Erkrankungen können bei einer Verkettung unglücklicher Umstände im Einzelfall zu schweren körperlichen Schäden führen. Das Transparenzgebot verlangt, dass die Leistungsausschlussklausel dem Versicherten bereits im Zeitpunkt des Vertragsschlusses – oder hier seiner Beitrittserklärung – vor Augen führt, in welchem Umfang er Versicherungsschutz erlangt und welche Erkrankungen den Versicherungsschutz gefährden, wenn sie bei der Herbeiführung des Versicherungsfalles mitwirken. Nur dann kann er die Entscheidung treffen, ob er den angebotenen Versicherungsschutz nimmt oder nicht.¹²⁴


Für die von der Ausschlussklausel ebenfalls angesprochenen Unfallfolgen gilt nichts anderes. Auch hier lässt die Klausel den Versicherten im Unklaren darüber, ob jegliche Unfallfolge dem Versicherungsschutz entgegenstehen kann oder er vorhandene Unfallfolgen mit Blick auf den Vertragszweck gewichten und als ernstlich oder leicht/unbedeutend einstufen muss. Der Aufbau der Klausel, in der zuerst die mit Klammerzusatz erläuterten ernstlichen Erkrankungen, sodann nach einer "oder"-Verknüpfung die Unfallfolgen genannt sind, an die sich mit einem Relativsatz das Erfordernis ärztlicher Behandlung binnen zurückliegender zwölf Monate anschließt, kann dem durchschnittlichen Versicherungsinteressenten zwar die Auslegung nahelegen, die Bedeutung einer Erkrankung für den Versicherungsschutz im Sinne ihrer Ernstlichkeit werde durch die Aufzählung möglicher Erkrankungen im Klammerzusatz erläutert, während sich die Bedeutung einer Unfallfolge allein aus deren ärztlicher Behandlung im genannten Zeitraum ergeben soll. Danach bezöge sich das Behandlungserfordernis allein auf Unfallfolgen. Klar ist das aber nicht, weil der Klauselwortlaut es ebenso ermöglicht, das Behandlungserfordernis sowohl auf Krankheiten als auch auf Unfallfolgen zu beziehen.¹²⁵

¹²⁴ a.a.O., juris, Rn. 28.


¹²⁵ a.a.O., juris, Rn. 30.

Weiter hält die Entscheidung fest, dass die Vereinbarung einer durch die kreditgebende Bank darlehensfinanzierten Einmalprämie in einer Raten-schutz-Versicherung keine Umgehung des § 168 Abs. 1 VVG darstellt.¹²⁶ Schließlich ist eine Kündigungsklausel, die dem Versicherten ein Kündi-gungsrecht nach Maßgabe der Fristen des § 11 Abs. 4 VVG einräumt, wirksam.

Karlsruhe, 28. April 2015



Dr. Siegfried Mennemeyer
auch Fachanwalt für Medizinrecht



Dr. Christoph Hugemann
auch Fachanwalt für Versicherungsrecht

¹²⁶ a.a.O., juris, Rn. 39 ff.