

Inhaltsübersicht:**Anm. 1****Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung: Rechtsfolgen des gebotenen Anerkenntnisses, Beginn der Leistungspflicht bei der fingierten Berufsunfähigkeit**

Anmerkung zu BGH, Urteil vom 18.12.2019, IV ZR 65/19
von Kai-Jochen Neuhaus, RA, FA für Versicherungsrecht und FA für Miet- und Wohnungseigentumsrecht, Neuhaus - Kanzlei für Versicherungs- und Immobilienrecht, Dortmund

Anm. 2**Bemessung von Wirbelsäulenschäden**

Anmerkung zu OLG Hamm, Urteil vom 24.01.2020, 20 U 143/18
von Dr. Markus Jacob, RA und FA für Versicherungsrecht, VRK Rechtsanwälte, Köln

Anm. 3**Vorsätzliche Herbeiführung des Versicherungsfalles durch einen Mit-Versicherungsnehmer einer Bruchteilsgemeinschaft**

Anmerkung zu OLG Hamm, Beschluss vom 13.02.2020, 20 U 270/19
von Gabriela Johannes, RA'in, Michael Graf Patientenanwälte, Freiburg

Anm. 4**Kein Anspruch auf Hinterbliebenengeld nach Arbeitsunfall**

Anmerkung zu LG Koblenz, Urteil vom 24.04.2020, 12 O 137/19
von Felician R. R. Scheu, RA und FA für Versicherungsrecht, Kanzlei Steiner, Nürnberg

Zitiervorschlag: Neuhaus, jurisPR-VersR 9/2020 Anm. 1
ISSN 1864-8061

1

Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung: Rechtsfolgen des gebotenen Anerkenntnisses, Beginn der Leistungspflicht bei der fingierten Berufsunfähigkeit

Leitsatz:

Zum Erfordernis einer Änderungsmitteilung des Versicherers bei späterem Wegfall einer zunächst bestehenden Berufsunfähigkeit trotz Nichtabgabe eines Leistungsanerkenntnisses.

Orientierungssätze zur Anmerkung:

1. Wird in der Berufsunfähigkeit-Zusatzversicherung einer GmbH deren Geschäftsführer als versicherte Person genannt, darf dieser die Versicherungsansprüche selbst geltend machen.

2. Formuliert eine Klausel in den AVB zur Berufsunfähigkeit, dass „die Fortdauer dieses Zustandes von Beginn an als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit“ gilt, versteht das der durchschnittliche Versicherungsnehmer so, dass die Fortdauer des mindestens sechs Monate andauernden Zustands „von Beginn an“ und damit bereits ab dem ersten Tag dieser sechs Monate als Berufsunfähigkeit gilt. Der Einschub „von Beginn an“ unterscheidet die Klausel von anderen Bedingungen, nach denen „die Fortdauer dieses Zustands als Berufsunfähigkeit“ gilt und der Versicherungsfall demnach erst sechs Monate nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit eintritt.

3. Liegen die Voraussetzungen der Klausel vor, geht sie der weiteren vertraglichen Regelung, wonach die Leistungspflicht des Versicherers mit Ablauf des Monats, in dem Berufsunfähigkeit eingetreten ist, beginnt (hier: § 1 Abs. 3 AB-BUZ und § 1 Abs. 3 BB-BUZ) vor.

4. Ein Versicherer kann auch dann, wenn er kein Anerkenntnis seiner Leistungspflicht abgegeben hat, den späteren Wegfall einer zunächst bestehenden Berufsunfähigkeit nur durch eine den inhaltlichen Anforderungen des Nachprüfungsverfahrens ge-

nügenden Änderungsmitteilung geltend machen (Festhaltung BGH, 13.03.2019 - IV ZR 124/18 - NJW 2019, 2385).

5. Eine Änderungsmitteilung ist auch dann erforderlich, wenn die zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen ein befristetes Anerkenntnis erlauben.

6. Bei einer Nachprüfung auf Basis eines gebotenen Anerkenntnisses ist im Rahmen der Änderungsmitteilung der Gesundheitszustand der versicherten Person, der dem gebotenen Anerkenntnis hätte zugrunde gelegt werden müssen, dem späteren Gesundheitszustand gegenüberzustellen.

7. Das Erfordernis einer Änderungsmitteilung setzt nicht voraus, dass die Ablehnung des Anerkenntnisses durch den Versicherer schuldhaft oder treuwidrig erfolgte. Es kommt allein darauf an, ob ein Anerkenntnis objektiv geboten war, weil bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit bereits vorlag.

8. Erklärt der Versicherer die Leistungseinstellung hilfsweise, bindet er sich damit nicht an eine bestimmte Bewertung des Gesundheitszustands in einem gerichtlichen Gutachten oder zuvor bestrittenen Befunden.

9. Ein Anerkenntnis ist nicht geboten, wenn der Versicherer wegen eines Verhaltens des Versicherungsnehmers oder Versicherten nach dem Versicherungsfall, insbesondere einer Obliegenheitsverletzung, leistungsfrei bleibt (hier verneint).

Anmerkung zu BGH, Urteil vom 18.12.2019, IV ZR 65/19

von **Kai-Jochen Neuhaus**, RA, FA für Versicherungsrecht und FA für Miet- und Wohnungseigentumsrecht, Neuhaus - Kanzlei für Versicherungs- und Immobilienrecht, Dortmund

A. Problemstellung

Lehnt ein Berufsunfähigkeitsversicherer die Leistungen ab, weil aus seiner Sicht eine Berufsunfähigkeit nicht nachgewiesen ist, und

klagt der Versicherungsnehmer, stellt sich häufig die Frage des sog. gebotenen Anerkenntnisses. Dieses von der Rechtsprechung entwickelte Konstrukt führt, wenn es bejaht wird, dazu, dass der Versicherer nur dann wieder leistungsfrei wird, wenn er ein wirksames Nachprüfungsverfahren durchführt.

Die aktuelle Entscheidung des BGH beschäftigt sich mit diversen Aspekten des gebotenen Anerkenntnisses und dem Erfordernis einer wirksamen Einstellungsmitteilung als Voraussetzung für eine Leistungsfreiheit des Versicherers. Daneben geht es um den zeitlichen Beginn der Leistungspflicht im Zusammenhang mit diffizilen Formulierungen in den Versicherungsbedingungen.

B. Inhalt und Gegenstand der Entscheidung

Eine GmbH schließt drei Berufsunfähigkeits(zusatz)versicherungen (BUZ) für ihren Geschäftsführer ab. In den Verträgen wird dieser als versicherte Person genannt. Zwei der BUZ enthalten neben der Regelung, dass die Leistungspflicht des Versicherers mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, beginnt, folgende Klausel:

„Ist der Versicherte sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, vollständig oder teilweise außerstande gewesen, seinen Beruf oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die aufgrund seiner Kenntnisse und Fähigkeiten ausgeübt werden kann und seiner bisherigen Lebensstellung entspricht, so gilt die Fortdauer dieses Zustandes von Beginn an als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit.“

Die Versicherungsbedingungen erlauben dem Versicherer zudem ein zeitlich befristetes Anerkenntnis.

Der Geschäftsführer verlangt wegen psychischer Beschwerden Leistungen vom Versicherer, die mit verschiedenen Begründungen abgelehnt werden, weshalb der Versicherte auf Leistung klagt. Im Rechtsstreit erteilt der Versicherer vorsorglich für den Fall, dass Berufsunfähigkeit eingetreten sein sollte, eine Einstellungsmitteilung im Nachprüfungsverfahren mit der (zusammengefassten) Begründung, dass

die Berufsunfähigkeit inzwischen wieder entfallen sei.

Das Oberlandesgericht sieht eine Berufsunfähigkeit als erwiesen an, beschränkt die Leistungen wegen der wirksamen Nachprüfungserklärung aber auf einen bestimmten Zeitraum.

Der BGH kürzt die vom Oberlandesgericht festgestellte Leistungspflicht des Versicherers um die Rente für einen Monat. Im Revisionsverfahren streitet man sich um diverse Aspekte.

Der BGH bejaht zunächst in kurzen Worten das Recht des versicherten Geschäftsführers, die Leistungen im eigenen Namen geltend zu machen. Weiter stellt der Senat fest, dass die Leistungspflicht des Versicherers erst mit dem Wirksamwerden der Änderungsmitteilung endete, weil ein Versicherer auch dann, wenn er kein Anerkenntnis seiner Leistungspflicht abgegeben hat, den späteren Wegfall einer zunächst bestehenden Berufsunfähigkeit nur durch eine den inhaltlichen Anforderungen des Nachprüfungsverfahrens genügende Änderungsmitteilung geltend machen kann (Verweis auf BGH, Urt. v. 13.03.2019 - IV ZR 124/18 Rn. 17 - NJW 2019, 2385 m.w.N.). Mit dieser kurz gehaltenen Begründung ist das sog. gebotene Anerkenntnis gemeint.

Die Argumentation des Versicherers, eine Änderungsmitteilung im Nachprüfungsverfahren (im Zusammenhang mit einem an sich gebotenen Anerkenntnis) müsse aber doch entbehrlich sein, wenn die zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen ein befristetes Anerkenntnis erlauben, weist der Senat zurück. Zunächst einmal müsste als Voraussetzung für ein solches befristetes Anerkenntnis überhaupt ex ante ein sachlicher Grund für eine Befristung des Anerkenntnisses vorgelegen haben (zu dessen Notwendigkeit wird auf BGH, Urt. v. 09.10.2019 - IV ZR 235/18 Rn. 13 ff. - WM 2019, 2127 verwiesen). Auch wenn ein solcher Grund vorlag, oblag es aber letztlich der Entscheidung des Versicherers, ob er ein befristetes Anerkenntnis ausspricht oder nicht. Macht er von dieser Möglichkeit keinen Gebrauch, kann er nicht im Nachhinein so gestellt werden, als hätte er eine tatsächlich nicht erfolgte Befristung vorgenommen.

Dafür spielt, so der BGH, ein Verschulden des Versicherers keine Rolle, so dass es nicht darauf ankommt, ob der Versicherer das Anerkennt-

nis schuldhaft unterlassen hat. Der Versicherer ist vielmehr bereits dann an die Regeln gebunden, die er selbst in seinen Versicherungsbedingungen für die Nachprüfung von Berufsunfähigkeit aufgestellt hat, wenn er ein nach Sachlage gebotenes Anerkenntnis bislang nicht abgegeben hat. Voraussetzung dieser Bindung ist daher allein, dass ein Anerkenntnis objektiv geboten war, weil bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit vorlag. Ob der Versicherer subjektiv zum damaligen Zeitpunkt Anlass hatte, seine Leistungspflicht in Frage zu stellen, ist dabei ohne Belang (a.A. Neuhaus, Berufsunfähigkeitsversicherung, 3. Aufl., L Rn. 14; Rixecker in: Langheid/Rixecker, VVG, 6. Aufl., § 173 Rn. 5; Mertens in: HK-VVG, 4. Aufl. § 173 Rn. 6).

Für die im Rahmen der Änderungsmitteilung erforderliche Gegenüberstellung des früheren und des aktuellen Gesundheitszustands müssen keine abschließenden gerichtlichen Feststellungen zum früheren Gesundheitszustand vorliegen. Vielmehr kann sich der Versicherer entweder auf ein im Rechtsstreit eingeholtes gerichtliches Sachverständigengutachten stützen oder auch auf vom Versicherer vorgelegte (bestrittene) Befunde oder andere Unterlagen. Erklärt der Versicherer die Leistungseinstellung hilfsweise, bindet er sich damit nicht an eine bestimmte Bewertung des Gesundheitszustands.

C. Kontext der Entscheidung

Die in der Praxis immer wieder anzutreffende Problematik, ob der Geschäftsführer hier überhaupt selbst klagen durfte, wird vom BGH nur kurz angerissen. Der Senat führt dazu aus:

„Das Berufungsgericht hat in revisionsrechtlich nicht zu beanstandender Weise festgestellt, dass der Kläger als versicherte Person hier die Versicherungsansprüche selbst geltend machen kann, was auch von der Revision zu Recht nicht angegriffen wird.“

Der BGH bestätigt damit ohne nähere Begründung die Auffassung der Berufung, dass der Versicherte selbst klagen durfte. Es scheint daher im vorliegenden Fall unproblematisch gewesen zu sein, dass es sich um eine Versicherung für fremde Rechnung i.S.d. §§ 43 ff. VVG handelte. Versichert ein Versicherungsnehmer (also beispielsweise eine GmbH) nicht ausschließlich ein eigenes Interesse, kann die Versicherung auch

als Versicherung für fremde Rechnung in entsprechender Anwendung der §§ 43 ff. VVG anzusehen sein mit der Folge, dass die versicherte Person ein eigenes Klagerecht hat, wenn der Versicherungsnehmer zustimmt, was als Minus auch in einer Abtretung der Ansprüche enthalten sein kann (OLG Köln, Urt. v. 03.06.2011 - 20 U 168/10). Zu den wenigen Worten des BGH ist anzumerken, dass der BGH die Frage, ob die GmbH (zumindest auch) ein fremdes Interesse versichert hatte, nicht problematisierte. Es sind auch Fälle denkbar, in denen ein Unternehmen ausschließlich das eigene Interesse versichert, etwa indem es ihm gerade auf die Leistungen aus der BUV an das Unternehmen ankommt, wenn der Versicherte gesundheitsbedingt ausfallen sollte.

Die Kollision zwischen der Regelung in zwei der drei Verträge, dass die Leistungspflicht des Versicherers mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, beginnt, und der Sechs-Monats-Klausel zur fingierten Berufsunfähigkeit mit der Formulierung „so gilt die Fortdauer dieses Zustandes von Beginn an als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit“, löst der Senat zugunsten des Klägers und stellt dabei auf die Sichtweise eines durchschnittlichen Versicherungsnehmers ab. Dieser verstehe die Formulierung „von Beginn an“ so, dass – wenn die sonstigen Voraussetzungen der Klausel vorliegen – der erste Tag der sechs Monate bereits als Berufsunfähigkeit gilt. Das ist lebensnah, weil sonst (worauf der BGH auch abstellt) die Formulierung keinen Sinn ergeben würde.

Die in der Praxis bedeutsame Frage, wie sich der Versicherer verhalten muss, wenn aus seiner Sicht eigentlich keine Berufsunfähigkeit vorliegt bzw. vorgelegen hat, diese aber (wenn sie denn vorgelegen hätte) auf jeden Fall inzwischen schon wieder entfallen ist, wird von dem Senat kurz in Rn. 16 der Entscheidung mit Verweis auf die bisherige Rechtsprechung beantwortet. Hier geht es um die Frage des gebotenen Anerkenntnisses, d.h. dass retrospektiv entschieden wird, zu einem bestimmten Zeitpunkt habe eine Situation vorgelegen, durch die der Ausspruch eines Anerkenntnisses für den Versicherer eigentlich klar gewesen wäre. Da somit das Anerkenntnis hätte erfolgen müssen, kann sich der Versicherer nach den Versicherungsbedingungen nur dann von seiner Leistungspflicht lösen, wenn er tatsächlich auch ein Nachprüfungsverfahren durchführt. Dies hatte der Versicherer im

Rechtsstreit hilfsweise gemacht und damit zumindest die Leistungspflicht ab einem bestimmten Zeitpunkt nach Ausspruch dieser Mitteilung „gekappt“.

Ob allein die vom Versicherer in der Vergangenheit nicht wahrgenommene Wahlmöglichkeit, ein befristetes Anerkenntnis auszusprechen (wenn dessen Voraussetzungen tatsächlich vorlagen), ein fingiertes Anerkenntnis mit dem daran gekoppelten Erfordernis einer Nachprüfungs-Einstellungsmittteilung tatsächlich zementiert (so im Kern der BGH in Rn. 16), muss bezweifelt werden. Die Argumentation beruht letztlich auf einer ex-post-Betrachtung, d.h. es wird im Nachhinein geschaut, ob in der Vergangenheit ausreichende Voraussetzungen für ein Anerkenntnis vorlagen. Das ist so zu verstehen, dass beim gebotenen Anerkenntnis unterstellt wird, dass der Versicherer sozusagen theoretisch alle Möglichkeiten hatte und es zu seinen Lasten geht, wenn er diese mangels gründlicher(er) Prüfung nicht ausgeschöpft hat. War das Anerkenntnis laut Nachschau geboten, verlieren sozusagen alle anderen Argumente ihre Bedeutung. Es kommt dann nicht mehr auf die subjektive Sicht des Versicherers an, dass zum damaligen Zeitpunkt Anhaltspunkte dafür vorlagen, die Berufsunfähigkeit in Zweifel zu ziehen. Die Problematik, ob ein nach den Bedingungen erlaubtes befristetes Anerkenntnis insoweit irgendwie zu berücksichtigen ist, ist damit nur eine Detailfrage, im Kern geht es darum, ob das Rechtskonstrukt des gebotenen Anerkenntnisses überhaupt ohne Berücksichtigung der subjektiven Aspekte beim Versicherer berechtigt ist.

Die Rechtsfigur des gebotenen Anerkenntnisses beinhaltet zwangsläufig eine retrospektive Betrachtung, bei der Gerichte nachträglich „festlegen“, wie der Versicherer eigentlich hätte handeln müssen. Der BGH geht in der aktuellen Entscheidung ohne nähere Begründung davon aus, dass die Sichtweise des Versicherers und damit dessen Verschulden dafür keine Rolle spielt und es allein darauf ankommt, ob ein Anerkenntnis objektiv geboten war, weil bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit bereits vorlag. Daher setzt das Erfordernis einer Änderungsmitteilung nicht voraus, dass die Ablehnung des Anerkenntnisses durch den Versicherer schuldhaft oder treuwidrig erfolgte. Ob der Versicherer subjektiv zum damaligen Zeitpunkt Anlass

hatte, seine Leistungspflicht in Frage zu stellen, soll dabei ohne Belang sein.

Dieses ohne nähere tatsächliche Begründung abgegebene „Statement“ muss bezweifelt werden, da der Schadensersatzanspruch des § 280 Abs. 1 BGB den dogmatischen Rechtsgrund und Maßstab darstellt, weshalb der Versicherer die Obliegenheit zur Abgabe des Anerkenntnisses schuldhaft (§ 276 BGB) verletzen muss, sonst kann es nicht „geboten“ (gewesen) sein (Neuhaus, Berufsunfähigkeitsversicherung, Kap. 12 Rn. 23). Allein die spätere Feststellung einer früher eingetretenen Berufsunfähigkeit in einem Prozess macht diese Prüfung nicht entbehrlich (ebenso Otto, ZfSch 2018, 463, Anm. zu LG München I, Urte. v. 20.04.2017 - 23 O 12413/15 - ZfSch 2018, 462; Rixecker in: Langheid/Rixecker, VVG, § 173 Rn. 5; Mertens in: Rüffer/Halbach/Schimikowski, VVG, 4. Aufl., § 173 VVG Rn. 6). Ein unverschuldeter Rechts- oder Tatsachenirrtum schließt das Verschulden aus (OLG Düsseldorf, Urte. v. 11.04.2000 - 4 U 54/99 - RuS 2001, 169 = VersR 2001, 885: BUZ; Neuhaus a.a.O.) Unverschuldet ist ein solcher Irrtum nur, wenn der Schuldner nach sorgfältiger Prüfung der Sach- und Rechtslage mit einem Unterliegen im Rechtsstreit nicht zu rechnen braucht, sodass es auf die Umstände des Einzelfalles ankommt (OLG Düsseldorf, Urte. v. 11.04.2000 a.a.O. mit Verweis auf BGH VersR 1990, 153 f.; BGH r+s 1991, 37). Ein Verschulden setzt daher eine gewisse Offenkundigkeit der Leistungspflicht voraus, d.h. die Berufsunfähigkeit muss zum Zeitpunkt des Abschlusses der Leistungsprüfung erkennbar und plausibel und nicht nur denkbar gewesen sein. Bei der erforderlichen rückschauenden Betrachtung nicht „geboten“ ist ein Anerkenntnis bspw. dann, wenn der Versicherer Anhaltspunkte dafür hatte, dass ihn der VN in der Leistungsprüfung täuscht, eine vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung zumindest objektiv vorliegt und die Leistungspflicht nach einem ausgeübten Gestaltungsrecht entfallen kann, die Berufsunfähigkeit wegen sich widersprechender medizinischer Unterlagen zweifelhaft ist oder bei der fingierten Berufsunfähigkeit (Sechs-Monats-Klausel) keine durchgängige Arbeitsunfähigkeit bestand oder bei Zweifeln geklärt werden muss (Neuhaus, Berufsunfähigkeitsversicherung, 4. Aufl. 2020, Kap. 12 Rn. 23 mit Verweis auf ähnliche Fälle in der Rechtsprechung). Auf in sich schlüssige Arztauskünfte darf sich der Versicherer verlassen und handelt dann nicht schuldhaft

(OLG Düsseldorf, Urt. v. 11.04.2000 a.a.O.). Hat bspw. ein Versicherer keine hinreichende eigene Sachkunde, um die medizinische Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung zu prüfen, und holt er deshalb sachverständigen Rat ein, handelt er hinsichtlich einer auf diesem Rat beruhenden Leistungsablehnung nur dann fahrlässig, wenn für ihn erkennbar Anhaltspunkte für offensichtliche Unrichtigkeiten, Lücken oder Missverständnisse des Gutachters vorliegen (LG Wiesbaden, Urt. v. 12.05.2015 - 1 O 264/14 - BeckRS 2015, 10276 mit Bezugnahme auf LG Ellwangen, Urt. v. 13.02.2009 - 3 O 97/08 - BeckRS 2011, 10251). Das alles ist auf das für ein gebotenes Anerkenntnis erforderliche Verschulden des Versicherers zu übertragen (Neuhaus, Berufsunfähigkeitsversicherung, Kap. 12 Rn. 23). War es nicht geboten, darf die Leistung frühestens ab dem Zeitpunkt der Bekanntgabe eines etwaigen (für den Versicherungsnehmer positiven und plausiblen) Gutachtens tituliert werden, weil mangels Kenntnis ein früheres Verschulden ausscheidet. Hat der Sachverständige bei einem nicht gebotenen Anerkenntnis gleichzeitig festgestellt, dass die Berufsunfähigkeit inzwischen wieder entfallen ist, kommt es – da faktisch ein Anerkenntnis nicht existiert und nicht fingiert wird – für den Wegfall der Leistungspflicht nicht auf ein wirksames Nachprüfungsverfahren an, sondern schlicht auf den Zeitpunkt der wieder eingetretenen Berufsfähigkeit (ebenso Otto, ZfSch 2018, 463, Anm. zu LG München I, Urt. v. 20.04.2017 - 23 O 12413/15 - ZfSch 2018, 462). Ob der Versicherer unverschuldet das Anerkenntnis unterlassen hat, kann von ihm (auch konkludent) eingewendet werden und ist dann vom Gericht zu prüfen. Zusammengefasst gilt deshalb: Die Rechtsprechung des BGH, mit der Feststellung, dass ein Anerkenntnis geboten sei, sämtliche anderen Aspekte sozusagen auszuhebeln, ist zu strikt und berücksichtigt nicht angemessen die Umstände des Einzelfalles.

Der Senat stellt in Rn. 21 fest, dass ein Anerkenntnis nicht geboten ist, wenn der Versicherer wegen eines Verhaltens des Versicherungsnehmers oder Versicherten nach dem Versicherungsfall, insbesondere einer Obliegenheitsverletzung, leistungsfrei bleibt. Der BGH hat die Obliegenheitsverletzung nur als (besonderes) Beispiel erwähnt, in Betracht kommen auch fehlende Fälligkeit wegen nicht erteilter Informationen oder ein betrügerisches Verhalten. Die Formulierung des BGH deutet darauf hin, dass

erst eine bejahte Leistungsfreiheit des Versicherers das gebotene Anerkenntnis entfallen lässt. Die Leistungsfreiheit ist aber die Rechtsfolge des Fehlverhaltens und hat im Einzelfall bestimmte Voraussetzungen (etwa bei der Obliegenheitsverletzung eine Belehrung i.S.v. § 28 Abs. 4 VVG). Der richtige Anknüpfungspunkt ist vielmehr allein das objektiv bestehende und vorwerfbarer Fehlverhalten der Person, welches den Versicherer dazu veranlasst, die Leistung abzulehnen. Auch hier gilt, dass die subjektive Sichtweise des Versicherers berücksichtigt werden muss. Letztlich scheint dies auch der BGH so zu sehen, weil er darauf abstellt, dass Anhaltspunkte für Arglist des Klägers nicht festgestellt wurden.

D. Auswirkungen für die Praxis

Die Entscheidung zementiert die Rechtsprechung des BGH zum gebotenen Anerkenntnis, die aber aus den oben erörterten Gründen als zu oberflächlich bezeichnet werden muss. Es wäre wünschenswert, dass Instanzgerichte hier die „Statements“ des BGH kritisch hinterfragen und nicht gebetsmühlenartig ohne nähere Begründung auf die Rechtsprechung verweisen.

2

Bemessung von Wirbelsäulenschäden

Orientierungssatz zur Anmerkung:

Bei der Bemessung eines Wirbelbruchs können neben dem hierfür in Ansatz zu bringende Invaliditätsgrad weiter gehende Beeinträchtigungen zu einer Erhöhung desselben führen, so bei einer verminderten Kompensationsfähigkeit im Hinblick auf unfallunabhängig bestehende, vor dem Unfall aber vollständig kompensierte Funktionseinschränkungen.

Anmerkung zu OLG Hamm, Urteil vom 24.01.2020, 20 U 143/18

von **Dr. Markus Jacob**, RA und FA für Versicherungsrecht, VRK Rechtsanwälte, Köln

A. Problemstellung

Nicht in der Invaliditätsgradtabelle aufgelistete Unfallfolgen sind zur Ermittlung der Invaliditätsleistung danach zu bemessen, inwieweit diese die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit unter ausschließlicher Berücksichtigung medizinischer Gesichtspunkte beeinträchtigen (Ziff. 2.1.2.2.2 AUB). Die Funktionsbeeinträchtigung ist daher an der Leistungsfähigkeit eines voll funktionsfähigen, gleichen Körperteils zu messen. In aller Regel erfordert dies die Einschaltung medizinischer Gutachter.

B. Inhalt und Gegenstand der Entscheidung

Der Kläger macht Ansprüche aus einer Unfallversicherung geltend, nachdem er beim Bowling gestürzt war und hierdurch bedingt eine Wirbelkörperfraktur mit der Folge einer operativen Versteifung zweier Wirbelkörper erlitten hatte.

Das Landgericht hat eine unfallbedingte Invalidität von 10% festgestellt, die Beklagte zu einer entsprechenden Invaliditätsleistung verurteilt und die Klage im Übrigen abgewiesen.

Hiergegen hat sich der Kläger mit seiner Berufung gewandt und eine weiter gehende Invaliditätsleistung verlangt. Hierauf hat das OLG Hamm das erstinstanzliche Urteil teilweise aufgehoben und dem Kläger einen Anspruch nach Maßgabe eines Invaliditätsgrads von 15% zugesprochen.

C. Kontext der Entscheidung

Die Feststellung des Invaliditätsgrads bei Verletzungen der Wirbelsäule hat außerhalb der Gliedertaxe zu erfolgen, also danach, in welchem Umfang die normale körperliche Leistungsfähigkeit insgesamt dauerhaft beeinträchtigt ist (Ziff. 2.1.2.2.2 AUB). Diese muss durch den Unfall herbeigeführt sein, bedarf also eines Kausalzusammenhangs zwischen der körperlichen Schädigung und der Invalidität (Jacob, AUB 2014 Ziff. 2.1 Rn. 72 m.w.N.). Dies war vorliegend in Bezug auf eine Verknöcherung des vorderen Längsbandes (knöcherne Anbauten an den Wirbelkörpern, die mit der Zeit zu einer Überbrückung der Bandscheibenräume führen) nicht der Fall, da sie bereits auf den ersten Rönt-

genbildern nach dem Unfall zu sehen war und nicht derart schnell nach dem Unfall entstanden sein konnte.

Die Darlegungs- und Beweislast für das Maß der Invalidität liegt beim Versicherungsnehmer (Jacob, AUB 2014 Ziff. 2.1 Rn. 142 ff. m.w.N.). Nach Auffassung des OLG Hamm hat der Kläger einen Invaliditätsgrad von 15% bewiesen. Als maßgeblichen Zeitpunkt für die Invaliditätsbemessung hat der Senat den Zeitpunkt von drei Jahren nach dem Unfall herangezogen, da der Kläger die Klage vor Ablauf dieses Zeitraums erhoben und ausdrücklich eine Bemessung zu diesem Zeitpunkt begehrt hat (vgl. Jacob, AUB 2014 Ziff. 2.1 Rn. 70b m.w.N.). Letztlich kam es hierauf nicht an, da der Invaliditätsgrad dem zum Erstbemessungszeitpunkt vorliegenden entsprach.

Bei der Bemessung des Invaliditätsgrads stellt der Senat auf die „normale“ körperliche Leistungsfähigkeit, also die eines durchschnittlichen Versicherungsnehmers ab. Dem wird entgegengehalten, dass auch individuelle Begabungen und Fähigkeiten berücksichtigt werden müssen (OGH, Ur. v. 23.05.2013 - 7 Ob 47/13g - VersR 2014, 731; Knappmann in: Prölss/Martin, VVG, § 180 Rn. 3). Für die letztere Auffassung spricht der Sinnzusammenhang der § 180 VVG, Ziff. 2.1.1.1 AUB, wonach es auf die Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit der versicherten Person ankommt, Bezugspunkt für die Frage des Invaliditätseintritts also der „normale“ Zustand des Versicherten ist. Dies gilt lediglich dann nicht, wenn dem Versicherungsvertrag – wie hier nicht – die AUB 2014 zugrunde liegen, die ausdrücklich auf die Durchschnittsperson gleichen Alters und Geschlechts abstellen. Dem Sachverhalt ist allerdings nichts zu entnehmen, ob sich hieraus ein anderes Ergebnis ableiten würde.

Für die operative Versteifung der aneinander angrenzenden Wirbelkörper ist der Senat – der Einschätzung des Sachverständigen folgend – von einem Invaliditätsgrad von 10% ausgegangen. Dies vor dem Hintergrund, dass die erfolgte Heilbehandlung – hier die Versteifung zweier Wirbel – Erfolg hatte und der hieraus resultierende Dauerzustand maßgeblich für die Bemessung der Invalidität ist.

Dass im Zuge der operativen Versorgung eingesetzte Implantat zu Versteifung der beiden Wir-

bel und die hieraus resultierende Operationsnarbe führen nicht zu einer Erhöhung des Invaliditätsgrads, da das Implantat keine Probleme bereitet und die Operationsnarbe völlig reizlos ist.

Allerdings ist – so der Senat – zugunsten des Klägers ein Zuschlag für eine verminderte Kompensationsfähigkeit von 5% vorzunehmen. Zwar sei eine verminderte Kompensationsmöglichkeit außerhalb des unfallbedingt geschädigten Bereichs – bezogen auf eine Verknöcherung der Brustwirbelsäule des Klägers oberhalb des unfallbedingten Wirbelkörperbruchs – bei der Bemessung des durch die Versteifung von zwei Wirbelkörpern verursachten Invaliditätsgrades grundsätzlich bereits eingepreist. Wirke sich jedoch ein bereits vorbestehender Zustand erstmals unfallbedingt aus, sei dies zusätzlich zu berücksichtigen. Denn in einem solchen Fall bestehe unfallbedingt eine erhöhte Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit verglichen mit Personen ohne einen solchen (vorbestehenden) Zustand.

Insoweit liege auch keine Vorinvalidität (2.1.2.2.3 AUB) vor. Zwar habe es, wie die Verknöcherung vor dem Unfall zeigt, bereits eine Bewegungseinschränkung der Wirbelkörper zueinander gegeben; diese habe der Kläger aber kompensieren können, so dass keine (messbare) Vorinvalidität bestehe.

Auf eine Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen i.S.v. Ziff. 3 AUB könne sich der Versicherer nicht berufen. Dabei legt der Senat die gängigen Definitionen zugrunde, wonach eine Krankheit vorliegt, wenn ein regelwidriger Körperzustand besteht, der ärztlicher Behandlung bedarf, und ein Gebrechen ein dauernder abnormer Gesundheitszustand ist, der eine einwandfreie Ausübung normaler Körperfunktionen (teilweise) nicht mehr zulässt. Demgegenüber sind Zustände, die noch im Rahmen der medizinischen Norm liegen, selbst dann keine Gebrechen, wenn sie eine gewisse Disposition für Gesundheitsstörungen bedeuten (Jacob, AUB 2014 Ziff. 3 Rn. 2 ff. m.w.N.).

Nach Auffassung des Senats sei es bereits zweifelhaft, ob die einwandfreie Ausübung normaler Körperfunktionen im Sinne eines Gebrechens eingeschränkt ist, wenn – wie hier – vor dem Unfall (nur) eine Verknöcherung und eine daraus resultierende Bewegungseinschränkung

zwischen den Wirbelkörpern vorliegt, die die versicherte Person aber kompensieren kann.

Selbst wenn dies der Fall sei, könne nicht von einem Gebrechen ausgegangen werden. So betont der Senat in Übereinstimmung mit der h.M., dass ein Gebrechen nach dem Verständnis des durchschnittlichen Versicherungsnehmers nur dann vorliegt, wenn der gesundheitliche Zustand der versicherten Person von dem altersentsprechenden Zustand abweicht. Altersentsprechende Verschleißerscheinungen zählen dazu auch dann nicht, wenn sie erheblich sind, da anderenfalls der Versicherungsschutz älterer Versicherungsnehmer zunehmend entwertet wäre, ohne dass die Bedingungen dies hinreichend deutlich machen. Da sich vorliegend nicht feststellen lasse, dass der Kläger mit der Verknöcherung des vorderen Längsbandes unter einem nicht altersentsprechenden Gebrechen litt, und die Beweislast bei dem Versicherer liege, komme eine Anspruchskürzung nicht in Betracht.

Demgegenüber verneint der Senat einen weiteren Zuschlag für eine Schmerzsymptomatik. Denn diese seien grundsätzlich bereits im Rahmen der Invaliditätsbemessung berücksichtigt. Lediglich solche Schmerzen, die über das übliche Maß hinausgehen, könnten anspruchserhöhend zu berücksichtigen sein. Indes lasse sich nicht feststellen, dass der Kläger aufgrund der Gesundheitsschädigung an besonderen Schmerzen leide.

Abschließend judiziert der Senat unter Bezugnahme auf den Beschluss des BGH vom 27.09.2017 (IV ZR 511/15 - RuS 2017, 607), ein Wertungswiderspruch zur Invaliditätsbemessung nach der Gliedertaxe bestehe nicht. Denn es sei weder vorgetragen noch sonst ersichtlich, dass sich die erste Gesundheitsschädigung im Bereich der nach der Gliedertaxe zu bemessenden Körperteile auswirkte – wie in dem vom BGH entschiedenen Fall vorausgesetzt.

D. Auswirkungen für die Praxis

Von Bedeutung sind die Ausführungen des OLG Hamm zur Frage einer über die Wirbelversteifung hinausgehenden Invalidität, insbesondere aufgrund verminderter Kompensationsfähigkeit. Ausgangspunkt war eine unfallunabhängige Verknöcherung der Brustwirbelsäule ober-

halb des unfallbedingten Wirbelkörperbruchs, die der Kläger mit einer im Übrigen altersentsprechend intakten Wirbelsäule kompensieren konnte, so dass vor dem Unfall keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit vorlag. Dies änderte sich allerdings infolge der unfallbedingten Versteifung zweier Wirbelkörper, die nicht nur zu einer verringerten Beweglichkeit in diesem Bereich der Wirbelsäule führte, sondern auch dazu, dass sich die bereits vor dem Unfall bestehende Verknöcherung der Brustwirbelsäule mangels entsprechender Kompensationsmöglichkeit zusätzlich bemerkbar machte und den Kläger in seiner Leistungsfähigkeit einschränkte.

E. Weitere Themenschwerpunkte der Entscheidung

Nur kurz erwähnt der Senat, dass Ziff. 5.2.1 AUB, wonach Schäden an Bandscheiben vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind, nicht zur Anwendung kommt. Denn nach der maßgeblichen Sicht des durchschnittlichen Versicherungsnehmers sind hiervon Wirbelkörperbrüche nicht umfasst.

3

Vorsätzliche Herbeiführung des Versicherungsfalles durch einen Mit-Versicherungsnehmer einer Bruchteilsgemeinschaft

Orientierungssatz zur Anmerkung:

Bei einer Mehrheit von Versicherungsnehmern einer Bruchteilsgemeinschaft führt die vorsätzliche Herbeiführung des Versicherungsfalles eines Mit-Versicherungsnehmers aufgrund der Einheitlichkeit des versicherten Interesses zur Leistungsfreiheit des Versicherers auch gegenüber den anderen Mit-Versicherungsnehmern.

Anmerkung zu OLG Hamm, Beschluss vom 13.02.2020, 20 U 270/19

von **Gabriela Johannes**, RA'in, Michael Graf Paten-
anwältin, Freiburg

A. Problemstellung

Sind Bruchteilseigentümer einer Sache zugleich Versicherungsnehmer eines gemeinsamen Versicherungsvertrages, was in der Praxis oft bei Abschluss einer Gebäude- oder Hausratversicherung durch Ehegatten der Fall ist, stellt sich die Frage, inwieweit die vorsätzliche Herbeiführung des Versicherungsfalles eines Mit-Versicherungsnehmers zur Leistungsfreiheit des Versicherers auch gegenüber den anderen Mit-Versicherungsnehmern führt. Dies ist streitig.

B. Inhalt und Gegenstand der Entscheidung

Die Klägerin nimmt die Beklagte auf Feststellung ihrer Eintrittspflicht aus einem Wohngebäudeversicherungsvertrag wegen einer Explosion im versicherten Gebäude in Anspruch, welches zu gleichen Teilen im Miteigentum der Klägerin und ihres früheren Lebensgefährten stand. Versicherungsnehmer des Wohngebäudeversicherungsvertrages waren sowohl die Klägerin als auch ihr früherer Lebensgefährte, der den Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt hatte.

Das Landgericht hat die Klage abgewiesen. Das OLG Hamm hat in seinem hier besprochenen Beschluss darauf hingewiesen, dass es beabsichtige, die Berufung der Klägerin gemäß § 522 Abs. 2 Satz 1 ZPO zurückzuweisen.

Der Klägerin stehe gegen die Beklagte kein Anspruch auf Gewährung bedingungsgemäßen Versicherungsschutzes zu, auch wenn in Form des durch die Explosion herbeigeführten Schadens ein bedingungsgemäßer Versicherungsfall eingetreten sei.

Die Beklagte sei gemäß § 81 Abs. 1 VVG leistungsfrei. Der frühere Lebensgefährte der Klägerin und Mit-Versicherungsnehmer des Wohngebäudeversicherungsvertrages habe den Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt.

Der Umstand, dass für das versicherte Gebäude die Zwangsverwaltung angeordnet worden war, ändere nichts daran, dass nach wie vor die Klägerin und ihr früherer Lebensgefährte gemeinsam Versicherungsnehmer gewesen seien.

Die vorsätzliche Herbeiführung des Versicherungsfalles durch einen von mehreren Versiche-

rungsnehmern führe hier zur vollständigen Leistungsfreiheit der Beklagten auch gegenüber der Klägerin.

Insoweit sei in der höchstrichterlichen und obergerichtlichen Rechtsprechung geklärt, dass die vorsätzliche Herbeiführung des Versicherungsfalls durch einen von mehreren Versicherungsnehmern zu einer vollständigen Leistungsfreiheit des Versicherers gegenüber allen Versicherungsnehmern führe, wenn das gemeinschaftliche, gleichartige und ungeteilte Interesse aller Versicherungsnehmer versichert sei. Dies sei in der Sachversicherung bei Versicherung von Miteigentum mehrerer Versicherungsnehmer nach Bruchteilen der Fall, da es sämtlichen Versicherungsnehmern um die Erhaltung der Sache insgesamt gehe.

Dass die Klägerin und ihr früherer Lebensgefährte schon seit längerem getrennt lebten und die Klägerin sogar die Teilungsversteigerung beantragt hatte, ändere hieran nichts, da sie weiterhin ein einheitliches Interesse versichert hätten. Maßgeblich hierfür sei nicht ihre subjektive Sicht im Verhältnis untereinander. Entscheidend sei vielmehr, dass im Verhältnis zum Versicherer weiterhin das übereinstimmende Interesse an einem Erhalt der Sache insgesamt versichert sei.

C. Kontext der Entscheidung

Zunächst ist zu konstatieren, dass das VVG den Fall der Mehrheit von Versicherungsnehmern einer Bruchteilsgemeinschaft nicht regelt.

Unstreitig ist, dass bei der Versicherung von Gesamthandseigentum (z.B. Gütergemeinschaft unter Eheleuten oder ungeteilte Erbengemeinschaft) – mangels Teilbarkeit des versicherten Interesses – die Herbeiführung des Versicherungsfalles durch einen Mit-Versicherungsnehmer allen Mit-Versicherungsnehmern und/oder Mitversicherten in gleicher Weise schadet (vgl. Langheid in: Langheid/Rixecker, VVG, 6. Aufl. 2019, § 81 Rn. 40; Looschelders in: Beckmann/Matusche-Beckmann, Versicherungsrechts-Handbuch, 3. Aufl. 2015, § 17 Rn. 11; Ambrüster in: Prölss/Martin, VVG, 30. Aufl. 2018, § 28 Rn. 92; Felsch in: Rüffer/Hallbach/Schimikowski, VVG, 4. Aufl. 2020, § 28 Rn. 110 f.).

Die Rechtsprechung (vgl. BGH, Beschl. v. 30.04.1991 - IV ZR 255/90 - NJW-RR 1991, 1372; BGH, Urte. v. 20.12.2005 - VI ZR 307/04 - NJW-RR 2006, 460) und herrschende Literatur (vgl. Ambrüster in: Prölss/Martin, VVG, § 81 Rn. 7, § 28 Rn. 87, 92; Felsch in: Rüffer/Hallbach/Schimikowski, VVG, § 28 Rn. 110) geht auch bei einer Mehrheit von Versicherungsnehmern aufgrund der Einheitlichkeit des gemeinsamen Versicherungsvertrages sowie des „gemeinschaftlichen, gleichartigen und ungeteilten Interesses an der versicherten Sache“ – im Unterschied zur parallelen Problematik bei § 47 Abs. 1 VVG – stets von einer Zurechnung der vorsätzlichen Herbeiführung des Versicherungsfalls nach § 81 VVG durch einen Mit-Versicherungsnehmer aus und bejaht im Ergebnis eine Leistungsfreiheit des Versicherers gegenüber allen Mit-Versicherungsnehmern. Insoweit ergebe sich gemäß § 425 Abs. 1 BGB „aus dem Schuldverhältnis ein anderes“. Jedem Miteigentümer solle es aber freistehen, nur seinen eigenen Anteil zu versichern, was sodann zur Folge hätte, dass die Versicherung nicht auf einen einheitlichen Gegenstand bezogen sei und eine wechselseitige Zurechnung nicht in Betracht komme. Eine solch formalistische Differenzierung und Aufspaltung der finanziellen Interessen an der Sache wird jedoch teilweise abgelehnt (vgl. Looschelders in: Beckmann/Matusche-Beckmann, Versicherungsrechts-Handbuch, § 17 Rn. 11; Ambrüster in: Prölss/Martin, VVG, § 28 Rn. 92).

Nach der Gegenansicht (vgl. Langheid in: Langheid/Rixecker, VVG, § 81 Rn. 40; Looschelders in: Langheid/Wandt, VVG, 2. Aufl. 2016, § 81 Rn. 109 f.; Klimke in: BeckOK VVG, 8. Ed. 01.08.2020, § 81 Rn. 57 f.; vgl. auch OGH, Urte. v. 29.10.1997 - 7 Ob 241/97k - VersR 1998, 1535) schade das Verhalten eines Mit-Versicherungsnehmers insgesamt nur dann, wenn der handelnde Bruchteilseigentümer und Mit-Versicherungsnehmer eine Repräsentantenstellung (Vertrags- oder Risikoverwaltung; vgl. Schimikowski, Versicherungsvertragsrecht, 6. Aufl. 2017, III. Zurechnung des Verhaltens und der Kenntnis Dritter, Rn. 276 ff.) innehatte. Hierfür spreche auch der Vergleich der Rechtslage bei einer kombinierten Eigen- und Fremdversicherung. Bei der Versicherung für fremde Rechnung (§§ 43 ff. VVG) seien trotz der Einheitlichkeit des versicherten Risikos die Wirkungen des Verschuldens des Versicherten auf dessen Miteigentumsanteil beschränkt. Das eige-

ne Interesse des Versicherungsnehmers bleibe mithin unberührt. In Bezug auf die im Alleineigentum des Versicherungsnehmers stehenden Gegenstände sowie den Miteigentumsanteil des Versicherungsnehmers würden die Rechtsfolgen des § 81 VVG dagegen nur dann eingreifen, wenn der Versicherte als Repräsentant des Versicherungsnehmers anzusehen sei (vgl. Dageförde in: Langheid/Wandt, VVG, § 47 Rn. 11). Dass bei einer Mehrheit von Versicherungsnehmern die Bruchteilseigentümer die Stellung einer Vertragspartei innehaben, sei nach der Wertung des § 425 BGB allein nicht geeignet, eine wechselseitige Zurechnung des Verschuldens zu rechtfertigen.

D. Auswirkungen für die Praxis

Das OLG Hamm reiht sich mit seiner Rechtsauffassung in die bestehende Rechtsprechung und herrschende Literatur ein.

Ein Rechtsprechungswandel hinsichtlich der hier gegenständlichen Rechtsfrage, inwieweit die vorsätzliche Herbeiführung des Versicherungsfalles durch einen Mit-Versicherungsnehmer einer Bruchteilsgemeinschaft zu einer vollständigen Leistungsfreiheit des Versicherers auch gegenüber den anderen Mit-Versicherungsnehmern führt, wird – angesichts der gefestigten Judikatur – in absehbarer Zeit wohl nicht zu erwarten sein.

Dass bei einer Mehrheit von Versicherungsnehmern einer gemeinsamen Versicherung hinsichtlich einer im Miteigentum stehenden Sache – wie bei der Versicherung von Gesamthandseigentum – per se eine Zurechnung erfolgen soll, während bei einer kombinierten Eigen- und Fremdversicherung – trotz der Einheitlichkeit des versicherten Risikos – die Wirkungen des Verschuldens des Versicherten auf dessen Miteigentumsanteil beschränkt werden (es sei denn, die versicherte Person hat eine Repräsentantenstellung), ist weder überzeugend noch gerechtfertigt.

Kein Anspruch auf Hinterbliebenengeld nach Arbeitsunfall

Orientierungssatz zur Anmerkung:

Die Geltendmachung eines Anspruchs auf Hinterbliebenengeld gemäß § 844 Abs. 3 BGB nach einem Arbeitsunfall ist aufgrund der Haftungsbeschränkung gemäß den §§ 104, 105 SGB VII ausgeschlossen.

Anmerkung zu LG Koblenz, Urteil vom 24.04.2020, 12 O 137/19

von **Felician R. R. Scheu**, RA und FA für Versicherungsrecht, Kanzlei Steiner, Nürnberg

A. Problemstellung

Das LG Koblenz hatte sich damit zu beschäftigen, ob der Anspruch auf Hinterbliebenengeld im Rahmen eines Arbeitsunfalles aufgrund sozialrechtlicher Haftungsbeschränkungen ausgeschlossen ist oder ob diese Ausschlüsse der gesetzlichen Unfallversicherung auf das im Jahre 2017 eingeführte Hinterbliebenengeld nicht anzuwenden sind.

B. Inhalt und Gegenstand der Entscheidung

Der Klage lag ein Arbeitsunfall zugrunde, bei dem die Schwiegertochter der Klägerin durch einen tragischen Unfall von einer Greifschaufel eines Traktors auf einem Hof erschlagen worden war. Die Klage richtete sich gegen den Fahrer und den Versicherer des Traktors. Die Klägerin war beinahe täglich auf dem Hof gewesen und hatte der Verstorbenen bei allen anfallenden Arbeiten, bei der Haushaltsführung und der Betreuung der Kinder geholfen. Zwischen der Klägerin und der Verstorbenen bestand ein besonders enges Verhältnis, das mit einem Mutter-Tochter-Verhältnis gleichzusetzen war. Gegen den Fahrer des Traktors erging Strafbefehl wegen fahrlässiger Tötung. Zudem stufte die landwirtschaftliche Genossenschaft den Unfall als landwirtschaftlichen Arbeitsunfall ein.

Mit der Klage forderte die Schwiegermutter ein Hinterbliebenengeld in Höhe von mindestens

8.000 Euro. Die Beklagtenseite hingegen be-rief sich auf einen Haftungsausschluss aus dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung und vertrat die Ansicht, dass ein Anspruch auf Hinterbliebenengeld aufgrund dieser im SGB VII normierten Beschränkungen nicht bestehe.

Das LG Koblenz hat die Klage als unbegründet abgewiesen und ausgeführt, dass ein Anspruch auf Hinterbliebenengeld aufgrund des Haftungsausschlusses gemäß den §§ 104, 105 SGB VII ausgeschlossen sei.

Der Anspruch auf Hinterbliebenengeld ist relativ neu und gilt für alle Todesfälle ab dem 22.07.2017. Er geht auf den tragischen Absturz einer Germanwings-Maschine über den französischen Alpen im Jahre 2015 zurück. Durch das Gesetz zur Einführung eines Hinterbliebenengeldanspruchs wurde der Vorschrift des § 844 BGB ein dritter Absatz hinzugefügt. Nahen Angehörigen eines Getöteten, nicht aber eines schwer Verletzten, steht hiernach auch dann ein Entschädigungsanspruch zu, wenn sie keine eigene Gesundheitsschädigung erlitten haben, das erlittene seelische Leid also nicht über das hinausgeht, was Hinterbliebene angesichts des Todes naher Angehöriger erfahrungsgemäß erleiden.

Nach § 844 Abs. 3 BGB hat der Ersatzpflichtige dem Hinterbliebenen, der zur Zeit der Verletzung zu dem Getöteten in einem besonderen Näheverhältnis stand, für das dem Hinterbliebenen zugefügte seelische Leid eine angemessene Entschädigung in Geld zu leisten. Die Norm schafft somit erstmals im deutschen Recht einen originären Anspruch für die Hinterbliebenen eines Todesfalls, die bislang nur, wenn sie (in Gestalt des Trauerschmerzes) eigene Gesundheitsbeeinträchtigungen darlegen konnten, ein Schmerzensgeld für Schockschäden erhalten konnten (vgl. Luckey in: Schmerzensgeld und Haushaltsführung im Personenschaden – Neues zu den „Dauerbrennern“ im Personenschaden, S. 68).

Im vorliegenden Fall hatte sich das Gericht mit der Frage zu beschäftigen, ob das Hinterbliebenengeld aufgrund spezialgesetzlicher Vorschriften ausgeschlossen sein könnte. Denn bei Arbeitsunfällen wird das zivilrechtliche Haftungsrecht weitgehend durch das Recht der gesetzlichen Unfallversicherung verdrängt. Gleichwohl gelten nach der Rechtsprechung des BGH

die unfallversicherungsrechtlichen Haftungsausschlüsse jedoch nicht für Schmerzensgeldansprüche Hinterbliebener wegen sog. Schockschäden (vgl. BGH, Urt. v. 06.02.2007 - VI ZR 55/06). Das LG Koblenz musste daher klären, ob die Haftungsausschlüsse aus dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung auch Ansprüche auf das neu eingeführte Hinterbliebenengeld betreffen.

Die Vorschriften der §§ 104, 105 SGB VII regeln eine Haftungsbeschränkung bei der Geltendmachung von Ansprüchen des Geschädigten sowie seiner Angehörigen und Hinterbliebenen. Nach dem Wortlaut des § 105 Abs. 1 SGB VII umfasst der Haftungsausschluss alle Ansprüche des Versicherten sowie seiner Angehörigen und Hinterbliebenen aus Personenschäden. Das sind alle Schäden, die durch die Verletzung oder Tötung des Versicherten verursacht worden sind (vgl. BVerfG, Beschl. v. 08.02.1995 - 1 BvR 753/94 - NJW 1995, 1607; BGH, Urt. v. 06.02.2007 - VI ZR 55/06 - RuS 2007, 307). Die Vorschriften der §§ 104 und 105 SGB VII setzen indessen voraus, dass ein Versicherungsfall i.S.v. § 7 SGB VII eingetreten ist, also ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit. Unter einem Arbeitsunfall versteht man wiederum den Unfall eines Versicherten infolge einer versicherten Tätigkeit, § 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII.

Nachdem die Verstorbene im Betrieb des beklagten Fahrers des Traktors mitgeholfen hatte und es in Ausübung dessen zu dem Arbeitsunfall gekommen war, war der Anwendungsbereich der haftungsbeschränkenden Normen der §§ 104, 105 SGB VII entsprechend eröffnet.

Nach den §§ 104 ff. SGB VII sind Schädiger „den Versicherten, ..., sowie deren Angehörigen und Hinterbliebenen nach anderen gesetzlichen Vorschriften zum Ersatz des Personenschadens, den ein Versicherungsfall verursacht hat, nur verpflichtet, wenn sie den Versicherungsfall vorsätzlich oder auf einem nach § 8 Abs. 2 Nr. 1 bis 4 versicherten Weg herbeigeführt haben.“

Bei der zu klärenden Frage, ob diese Haftungsausschlüsse auch für Ansprüche auf das neu eingeführte Hinterbliebenengeld nach § 844 Abs. 3 BGB durchlässig sind, kam das LG Koblenz zum Ergebnis, dass für eine Ausnahme des in § 844 Abs. 3 BGB geregelten Hinterbliebenengeldes aus der Privilegierung der §§ 104, 105 SGB VII aus systematischen Grün-

den kein Raum sei. Das von der Klägerin vorgebrachte Argument, wonach der Sinn und Zweck der Privilegierungstatbestände der §§ 104, 105 SGB VII, nämlich der Schutz des Betriebsfriedens bei tödlichen Arbeitsunfällen, niemals greifen könne, da sich keine zwei Betriebsmitglieder gegenüberstanden hätten, lehnte das Gericht ab. Nachdem der Beklagte zu 1) im vorliegenden Fall auch unstreitig fahrlässig und nicht vorsätzlich gehandelt habe, könne die Klägerin Ansprüche aus § 844 Abs. 3 BGB aufgrund der einschlägigen Haftungsprivilegierung nicht geltend machen.

C. Kontext der Entscheidung

Kommt es zu Arbeitsunfällen, so werden die zivilrechtlichen Vorschriften des BGB überwiegend durch das Recht der gesetzlichen Unfallversicherung verdrängt. Das SGB VII enthält in den §§ 104 ff. SGB VII mehrere Haftungsausschlüsse unterschiedlicher Fallgruppen. § 104 Abs. 1 Satz 1 SGB VII beschränkt die Haftung der Unternehmer für Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. § 105 SGB VII regelt die Haftung anderer im Betrieb tätiger Personen, insbesondere zwischen Arbeitskollegen. Die Haftungsausschlüsse gemäß § 106 SGB VII betreffen überwiegend heterogene Fallgestaltungen der „unechten“ Unfallversicherung, die weit über die Versicherung von Arbeitsunfällen im betrieblichen Umfeld hinausgeht. Sie erfassen Unfälle in Kindergärten, Schulen und Hochschulen, Verletzungen im Bereich der nicht erwerbsmäßigen häuslichen Pflege, bei der Unglückshilfe und im Zivilschutz sowie Unfälle auf gemeinsamen Betriebsstätten und von Betriebsbesuchern (Witschen, JZ 2018, 490).

Ob diese Haftungsausschlüsse der gesetzlichen Unfallversicherung auch den Anspruch auf das neu geschaffene Hinterbliebenengeld ausschließen, war Gegenstand der vorliegenden Entscheidung. Dass diese Frage einmal die Gerichte beschäftigen würde, war abzusehen, da trotz entsprechender Hinweise während des Gesetzgebungsverfahrens nicht klargestellt wurde, ob die vorbezeichneten unfallversicherungsrechtlichen Haftungsausschlüsse Ansprüchen auf Hinterbliebenengeld entgegenstehen. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass diese Haftungsausschlüsse nach der Rechtsprechung des BGH Hinterbliebene nicht an der Geltendmachung eines Schmerzensgeldes wegen

eines Schockschadens nach den §§ 823 Abs. 1, 253 Abs. 2 BGB hindern (Witschen, JZ 2018, 490). Insoweit hatte der BGH entschieden, dass die Geltendmachung eines Schmerzensgeldanspruches Hinterbliebener aufgrund von Schockschäden nach einem Arbeitsunfall nicht durch unfallversicherungsrechtliche Normen ausgeschlossen ist (BGH, Urt. v. 06.02.2007 - VI ZR 55/06). Nachdem sich laut Spitzenverband Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. allein im Jahre 2019 497 tödliche Arbeitsunfälle ereignet haben, war es daher nur eine Frage der Zeit, bis die hier aufgeworfene Problematik Gegenstand eines gerichtlichen Verfahrens werden würde.

Dem ausgeurteilten Ergebnis ist indessen zuzustimmen. Die überzeugenderen Argumente sprechen dafür, die unfallgesetzlichen Haftungsbeschränkungen auf das Hinterbliebenengeld nach § 844 Abs. 3 BGB anzuwenden und einen Anspruch somit abzulehnen.

Die §§ 104, 105 SGB VII regeln ausdrücklich, dass die „Versicherten desselben Betriebes“, aber auch deren Angehörige und Hinterbliebene die Haftungsbeschränkung des Schädigers gegen sich gelten lassen müssen. Bereits der Wortlaut und die in der Norm ausdrückliche Erwähnung der Hinterbliebenen sprechen somit dafür, dass auch bei tödlichen Unfällen Konfliktsituationen vermieden werden sollen, obwohl sich in diesen Fällen naturgemäß nicht Betriebsangehörige, sondern der Schädiger und der Hinterbliebene gegenüberstehen. Die Haftungsbegrenzungen dienen zwar dem Schutz des Betriebsfriedens. Allerdings sind die Hinterbliebenen in diesen Schutz miteingebunden. Der vom Gesetzgeber bezweckte Schutz vor Auseinandersetzungen und Konflikten hat den Hintergrund, dass neben der Frage des Verschuldens des Schädigers meist ein Mitverschulden des Getöteten zu diskutieren ist. Gerade diese belastende Auseinandersetzung mit dem Mitverschulden des Geschädigten wollte der Gesetzgeber jedoch offenkundig vermeiden. Denn andernfalls hätte er den Hinterbliebenen nicht ausdrücklich im Rahmen der Haftungsausschlüsse erwähnt. Dies ergibt auch Sinn, da auch den Hinterbliebenen die Befassung mit dem Mitverschulden des Verstorbenen zu ersparen ist.

Zwar hat der BGH den Schadensersatzanspruch eines Angehörigen, der einen Schockschaden

erlitten hat, nicht der Haftungsprivilegierung der §§ 104 ff. SGB VII unterfallen lassen. Begründet wird dies damit, dass der Anspruch auf Ersatz des Schockschadens nicht als Anspruch wegen Tötung oder Verletzung des Erstgeschädigten ausgestaltet ist, sondern einen eigenständigen Anspruch wegen einer eigenen mittelbaren Gesundheitsverletzung nach § 823 Abs. 1 BGB darstellt. Aufgrund dessen wirkt grundsätzlich nur ein eigenes Mitverschulden des Angehörigen anspruchsmindernd. Die Anrechnung eines Mitverschuldens des Getöteten entsprechend § 846 BGB lehnt der BGH zwar ab, berücksichtigt das Mitverschulden des Getöteten dann aber doch wieder aufgrund von Billigkeitserwägungen (BGH, Urt. v. 06.02.2007 - VI ZR 55/06 Rn. 17). Allerdings zieht der BGH aufgrund der Anrechenbarkeit eines Mitverschuldens des Getöteten nicht den Schluss, dass der Schädiger gegenüber den Hinterbliebenen nicht strenger haftet, als er gegenüber dem Getöteten gehaftet hätte, wenn dieser überlebt hätte. Der BGH ist vielmehr der Auffassung, dass die Anrechnung eines etwaigen Mitverschuldens des Getöteten, eine Anwendung des unfallgesetzlichen Haftungsausschlusses gemäß § 105 Abs. 1 SGB VII auf Ansprüche von Angehörigen von Versicherten aufgrund eigener Gesundheitsbeeinträchtigungen nicht rechtfertigt. Im Ergebnis bedeutet dies, dass Hinterbliebene einen Anspruch auf Ersatz ihrer immateriellen Schäden haben können, obwohl der Getötete selbst, wenn er überlebt hätte, einen solchen Anspruch nicht gehabt hätte.

Folgt man der Rechtsprechung des BGH, dann ist es zumindest rechtlich schlüssig, den Schadensersatzanspruch eines Angehörigen, der einen Schockschaden erlitten hat, nicht, das Hinterbliebenengeld hingegen schon der Haftungsprivilegierung der §§ 104 ff. SGB VII unterfallen zu lassen. Denn während bei einem Schockschaden das eigene Recht eines Angehörigen verletzt ist, setzt das Hinterbliebenengeld gemäß § 844 Abs. 3 BGB keine gesundheitliche Beeinträchtigung voraus.

D. Auswirkungen für die Praxis

Weder das Urteil noch das darin gefundene Ergebnis ist wirklich überraschend. Schon seit einiger Zeit hatte man in der Literatur und Praxis erkannt, dass sich die Frage der Anwendbarkeit der Haftungsausschlüsse stellen wür-

de. Auch herrschte bereits die Auffassung vor, wonach die besseren Gründe dafür sprechen, dass die §§ 104 ff. SGB VII Ansprüche auf Hinterbliebenengeld ausschließen (vgl. hierzu ausführlich Witschen, JZ 2018, 490). Letztlich wäre es wünschenswert gewesen, wenn durch den Gesetzgeber klargestellt worden wäre, dass von den Haftungsprivilegien der §§ 104 ff. SGB VII auch das Hinterbliebenengeld erfasst ist. Wie so oft müssen sich nunmehr die Gerichte mit dieser Rechtsfrage befassen, wobei davon auszugehen ist, dass auch andere Gerichte der Auffassung des LG Koblenz folgen dürften. Denn würde man zum entgegenstehenden Ergebnis gelangen, dass das Hinterbliebenengeld nicht durch die Haftungsprivilegierung erfasst ist, würden bei Arbeitsunfällen gerade die Streitigkeiten drohen, die eigentlich durch die Einführung des SGB VII verhindert werden sollten. Insbesondere hätten sich die involvierten Akteure wieder mit der Verschuldensfrage auseinandersetzen und müssten darüber streiten, ob ein Verschulden vorliegt und ob ggf. ein Mitverschulden des Getöteten anzunehmen ist. Darüber hinaus würde der Schutzzweck der gesetzlichen Unfallversicherung konterkariert werden, wenn auch für Todesfälle durch einen Arbeitsunfall ein Anspruch auf Hinterbliebenengeld gegenüber dem Schädiger bestehen würde (vgl. BGH, Urt. v. 08.03.2012 - III ZR 191/11).

Die dargestellte Problematik der Anwendbarkeit unfallgesetzlicher Ausschlüsse auf das Hinterbliebenengeld macht deutlich, dass der Gesetzgeber durchaus noch in der Pflicht steht, Nachbesserungen im Hinblick auf das Verhältnis zwischen privatem Haftungsrecht und gesetzlicher Unfallversicherung vorzunehmen. Insofern gilt es Regelungen zu finden, deren Ziel es sein muss, die Rechtsposition des Geschädigten im vollem Umfang zu wahren, ohne dass hierdurch der Betriebsfrieden gestört wird (vgl. hierzu Gitter, Schadenausgleich im Arbeitsunfallrecht, 1969, S. 248). Bis dies jedoch der Fall ist, bleibt für den Praktiker festzuhalten, dass bei einer Haftungsprivilegierung eines tödlichen Unfalls nach den §§ 104 ff. SGB VII auch das Hinterbliebenengeld gemäß § 844 Abs. 3 BGB ausgeschlossen ist und eine Ausnahme nur für den Schockschaden gilt, da dieser originäre Verletzungen des nicht am Unfall beteiligten Angehörigen betrifft.