



Steinbeck und Partner

gebloggt.

Das S&P-Magazin für
die Unfallversicherung



„Dauerbrenner“
Invaliditätsfristen

Seite 2

Infektionsausschluss -
„Raus, rein, doch wieder
raus?“

Seite 6

Straftat &
Bewusstseinsstörung

Seite 9

Tauchunfall - Plötzlich?

Seite 10

Regress bei Assistance?

Seite 16

OLG Düsseldorf zur
Aktivlegitimation der
versicherten Person

Seite 15

Flaschenöffnen
mit Hindernissen

Seite 12

Invalidität

Fristen - Eintritt, Geltend- machung und ärztliche Feststellung

Von Dr. René Steinbeck

Der regelmäßig im Fokus der Leistungsbearbeitung stehende Anspruch auf Invaliditätsleistung ist wie kaum ein anderer Deckungsanspruch in formeller Hinsicht an die Einhaltung von Fristen geknüpft. Nach den (unverbindlichen) Empfehlungen des GDV für die AUB 2014 gelten ab dem Tag des Unfalls folgende drei (einheitliche) „Invaliditätsfristen“:

- **Eintritt: 15 Monate**
- **Ärztliche Feststellung: 15 Monate**
- **Geltendmachung: 15 Monate**

2.1.1.2 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität ist innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall

- eingetreten und
- von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

Ist eine dieser Voraussetzungen nicht erfüllt, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

2.1.1.3 Geltendmachung der Invalidität

Sie müssen die Invalidität innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

Versäumen Sie diese Frist, ist der Anspruch auf Invaliditätsleistung ausgeschlossen.

Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben.

In den Bedingungswerken der Unfallversicherer (vor allem in den älteren) sind häufig abweichende Fristen vorgesehen, so ist es in Bedingungswerken weit verbreitet, dass die Eintrittsfrist lediglich 1 Jahr beträgt und die weiteren Fristen 15 Monate (teilweise aber auch auf 24 Monate verlängert sind). Im Einzelfall ist es mithin – wie im Deckungsrecht ohnehin – geboten, die im konkreten Einzelfall geltenden Bedingungen zu berücksichtigen (gelegentlich sind auch zusätzliche Deckungsbausteine mit Verbesserungen Vertragsgegenstand, die verlängerte Fristen vorsehen).

I. Sinn und Zweck

Gerade im Bereich der Invaliditätsleistung ist es für den Versicherer von nachvollziehbarer Bedeutung, möglichst genau zu wissen, welche gesundheitlichen Einschränkungen tatsächlich auf das Unfallereignis zurückzuführen sind und welche späteren Schäden mit dem Unfallereignis gerade nicht in einem ursächlichen Zusammenhang stehen. Je mehr Zeit vergeht, desto schwieriger ist es erfahrungsgemäß, verwertbare Befunde zu gewinnen, die insoweit eine verlässliche medizinische Beurteilung erlauben.

Kurz: Die Fristen sollen eine zeitnahe Tatsachenfeststellung gewährleisten (vergleichbar mit der polizeilichen Spurensicherung an einem Tatort).

II. Rechtsnatur

Ihrem Wesen nach ist die Einhaltung der

- **Eintrittsfrist und der**
- **Frist zur ärztlichen Feststellung**

eine **Anspruchsvoraussetzung**, deren Einhaltung der VN darzulegen und zu beweisen hat. Während dies für die Eintrittsfrist selbstverständlich ist, gilt dies insbesondere auch im Hinblick auf die Frist zur ärztlichen Feststellung, d.h. es handelt sich insbesondere nicht um eine vertragliche Obliegenheit (bei deren Verletzung die Leistungsfreiheit des VR wiederum von weiteren Voraussetzungen, wie bestimmten Verschuldens- und Kausalitätsbetrachtungen abhinge).

Kurz: Versäumt der VN die Eintrittsfrist und die Frist zur ärztlichen Feststellung, besteht kein Anspruch (Sonderfälle ausgenommen, in denen es treuwidrig wäre, würde sich der VR auf das Fristversäumnis berufen; hierzu sogleich).

Die **Frist zur Geltendmachung** der Invalidität hingegen wird überwiegend als **Ausschlussfrist** qualifiziert, deren Ablauf der VR darzulegen und zu beweisen hat und hinsichtlich derer dem VN nach ständiger Rechtsprechung ein **Entlastungsbeweis** zugestanden wird.

III. Eintrittsfrist

Die Invalidität muss nach den AUB 2014 binnen 15 Monaten (nach zahlreichen älteren Bedingungswerken binnen **Jahresfrist**) eingetreten sein. D.h. es muss innerhalb dieser Frist eine Gesundheitsschädigung vorliegen, die den **Status einer Dauerschädigung** erreicht hat. Wie sich bereits aus der gesonderten Frist zur ärztlichen Feststellung ergibt, muss dies nicht innerhalb der Eintrittsfrist ärztlich nachgewiesen sein; ausreichend ist der Eintritt an sich (der dann auch später – rückblickend – ärztlich festgestellt werden kann).

Für den Eintritt ist eine wie auch immer geartete dauerhafte Beeinträchtigung ausreichend, d.h. es muss **kein bestimmter Invaliditätsgrad** vorliegen; ausreichend ist, dass *überhaupt* Invalidität eingetreten ist.

IV. Frist zur ärztlichen Feststellung

Die Frist zur ärztlichen Feststellung ist wohl unbestritten diejenige der drei Fristen mit dem größten Streitpotential: Ist die ärztliche Feststellung inhaltlich ausreichend? War die ärztliche Feststellung rechtzeitig? Darf sich der VR auf ein etwaiges Fristversäumnis berufen?

1. Form

Für die ärztliche Feststellung gilt ein bedingungs- gemäß vorgesehene und wohl nicht weiter zu rechtfertigendes Erfordernis der **Schriftlichkeit**. Die Schriftlichkeit ist nicht gleichzusetzen mit der „*Schriftform*“ im Sinne des § 126 BGB, sondern dient vor allem **zur Abgrenzung lediglich mündlicher Aussagen** eines Arztes. Wenn ein Arzt eine entsprechende Feststellung in einer **E-Mail** vornimmt und sich deren fristgemäße Erstellung nachvollziehen lässt, ist nicht einzusehen, aus welchem Grunde eine solche „*Textform*“ im Sinne von § 125b BGB nicht ausreichen sollte. Maßgeblich ist, dass die Feststellung schriftlich niedergelegt ist und nicht lediglich in einer mündlichen Bestätigung besteht (denn eine solche würde wiederum zu Beweisproblemen führen, deren Vermeidung ja gerade Sinn und Zweck der Frist zur ärztlichen Feststellung ist).

Die ärztliche Feststellung muss auch nicht ein eigens zur Übermittlung an den Unfallversicherer erstelltes Dokument sein; ausreichend sind auch jedwede (ggf. auch interne) „adressatenlose“ **Aufzeichnungen** des Arztes, wie z.B. ein **OP-Bericht**.

Urheber der Feststellung muss ein **Arzt** sein, d.h. die Feststellung eines Psychologen oder Heilpraktikers reicht nicht aus; obendrein muss der Arzt ein **Dritter** sein, d.h. es ist nicht möglich, dass sich ein als Arzt praktizierender VN selbst eine ärztliche Feststellung ausstellt.

2. Notwendiger Inhalt

Der Einzeiler eines Arztes

„Ärztlicherseits wird Invalidität festgestellt“

reicht nicht aus. Erforderlich sind die Angabe eines konkreten die Leistungsfähigkeit beeinflussenden Gesundheitsschadens und die Aussage, dass es sich hierbei um eine Unfallfolge handelt. Des Weiteren muss der Arzt eine Aussage zur Dauerhaftigkeit treffen:

- **Feststellung der Unfallursächlichkeit**
„Ist die Gesundheitsschädigung auf das Unfallereignis zurückzuführen?“
- **Prognose der Dauerhaftigkeit**
„Ist die Gesundheitsschädigung von Dauer?“



Insoweit bedarf es **konkreter** Angaben.

Zur Verdeutlichung: Auch der folgende Einzeiler eines Arztes

„Es wird eine Gesundheitsschädigung festgestellt, die durch den Unfall bedingt und dauerhaft ist“

ist **unzureichend**.

Der ärztlichen Feststellung muss zu entnehmen sein, worin die **konkrete Gesundheitsschädigung bei Angabe der körperlichen Symptome** besteht. Der Arzt muss daher zunächst **objektive Befunde erheben** und diese unter Berücksichtigung der medizinischen Lehre **bewerten**.

BEACHTEN:

Leidet die VP unfallbedingt unter dauerhaften Gesundheitsschäden im Bereich der Halswirbelsäule und zugleich im Bereich des Fußgelenks, dann muss sich die ärztliche Feststellung auf beide Bereiche beziehen. Bleibt z.B. der Schaden im Bereich des Fußgelenks außen vor, dann kann dieser bei der Bemessung einer Invaliditätsleistung später auch **keine Berücksichtigung** finden!

In Bezug auf die Unfallursächlichkeit und die Prognose der Dauerhaftigkeit bedarf es keiner ausschweifenden Begründungen des Arztes, jedoch muss seinen Feststellungen auch hier eine **eindeutige Aussage** zu entnehmen sein. Feststellungen zu einer etwaigen Möglichkeit einer Invalidität im Sinne von beispielhaft

- „möglicherweise unfallursächlich“,
- „eine dauerhafte Beeinträchtigung ist nicht auszuschließen“

genügen **nicht** den Anforderungen an eine ausreichende ärztliche Feststellung.

Es kommt dann im Übrigen auch nicht in Betracht, „schwammige“ Aussagen innerhalb der Frist nach Fristablauf zu konkretisieren (erst recht kommt es nicht in Betracht, den Arzt im Prozess als Zeugen zu benennen, damit dieser dort dann seine Aussagen konkretisiert).

Die Aussage zu einer Dauerhaftigkeit der Gesundheitsschädigung ist nur dann entbehrlich (weil bloßer Formalismus), wenn durch die Art der Gesundheitsschädigung deren Dauerhaftigkeit auf der Hand liegt (z.B. beim Verlust einer Gliedmaße).

3. Treuwidrigkeit im Einzelfall

Unter Umständen ist es dem Versicherer nach Treu und Glauben (§ 242 BGB) verwehrt, sich zur Leistungsablehnung auf eine nicht fristgemäße ärztliche Feststellung zu berufen.

Dies ist auch bei einer ordnungsgemäßen Belehrung des Versicherers (§ 186 VVG) dann in Betracht zu ziehen, wenn das Verhalten des VR selbst den Anlass für eine weitere Belehrung begründet.

Wenn ein VR den VN zwar ordnungsgemäß über die geltenden Fristen belehrt, zugleich aber selbst ein Gutachten in Auftrag gibt, ohne den VN darüber zu belehren, dass dieser gleichwohl verpflichtet ist, die Invalidität fristgemäß feststellen zu lassen, dann schafft er durch sein Verhalten ggf. einen Vertrauensstatbestand, aufgrund dessen der VN den Eindruck gewinnen kann, der VR nehme nun selbst entsprechende Feststellungen vor, so dass seine „eigenen“ Feststellungen dann entbehrlich sind. Wenn der VR in einer solchen Konstellation nicht gesondert auf die gleichwohl bestehende Notwendigkeit einer eigenen ärztlichen Feststellung belehrt, dann darf er sich auf das Fristversäumnis später nicht berufen. Weitere Fälle, in denen von der Schaffung eines Vertrauensstatbestandes auszugehen ist, sind z.B.

VR erklärt nach Fristablauf, er habe Ermittlungen eingeleitet und könne eine Invalidität erst nach Abschluss der Behandlungen prüfen (OLG Hamm, Urteil vom 29.09.1999 - 20 U 201/98, VersR 2000, 962);

VR erklärt, er werde einen weiteren Arztbericht anfordern, um die Höhe des Invaliditätsgrades zu überprüfen (OLG Karlsruhe, Urteil vom 01.02.1996 - 12 U 201/95 r+s 1997, 216);

VR schreibt dem VN noch innerhalb der 15-Monats-Frist, er entnehme dem ärztlichen Gutachten, dass die endgültige Feststellung der Invalidität erst zwei Jahre nach dem Unfall vorgenommen werden sollte (OLG Frankfurt, Urteil vom 14.02.2001 - 7 U 182/96, VersR 2001, 1149);

VR erklärt sich nach Ablauf der Frist bereit, den Gesundheitszustand des Versicherten nach Ablauf von drei Jahren zu überprüfen (OLG Hamm, Urteil vom 02.12.1998 - 20 U 29/97, r+s 1999, 347).

V. Frist zur Geltendmachung

Wie bereits oben ausgeführt, handelt es sich bei der Frist zur Geltendmachung der Invalidität nach ständiger Rechtsprechung des BGH um eine **Ausschlussfrist**. Dies hat zur Folge, dass – anders als im Falle der beiden bereits behandelten Fristen – die **Darlegungs- und Beweislast beim VR** liegt. Der bedeutendste Unterschied dieser Ausschlussfrist besteht aber darin, dass dem VN die Möglichkeit eines **Entschuldigungsbeiwises** zugestanden wird:

Wenn der Versicherer die Fristversäumung bewiesen hat, dann hat der VN die Möglichkeit, einen **Entlastungsbeweis** mit der Maßgabe zu führen, dass ihn an dem Fristversäumnis **kein Verschulden** trifft. Soweit der VN sich auf diesen Entlastungsbeweis stützt, beginnt die Frist aber nicht erneut, sondern er ist sodann verpflichtet, die Invalidität **unverzüglich** geltend zu machen. Was wiederum „unverzüglich“ im Sinne von „ohne schuldhaftes Zögern“ bedeutet, bemisst sich nach den Umständen des Einzelfalls. Es gilt insoweit keine „2-Wochen-Frist“, sondern vielmehr können auch drei Wochen oder gar zwei Monate noch unverzüglich sein, wenn es dem VN z.B. nicht früher möglich war, in den Besitz maßgeblicher medizinischer Unterlagen zu gelangen, die seine Invalidität belegen.

Der Einwand, von der Frist keine Kenntnis gehabt zu haben, entlastet ihn nicht, weil das **Nichtlesen der AUB stets fahrlässig** ist. Der Entlastungsbeweis kann dem VN mithin nur dann gelingen, wenn er darlegen und beweisen kann, dass er nach dem (von ihm zu fordernen) Lesen der AUB davon ausgegangen ist

- die Frist sei noch nicht abgelaufen oder
- die Frist sei bereits gewahrt.

Eine dieser Annahme dürften dem VN wiederum dann zugestehen sein, wenn Äußerungen oder Handlungen des VR als Verzicht auf die Einrede der Fristversäumung gedeutet werden müssen oder der Versicherte weiß, dass dem VR der Eintritt seiner Invalidität bereits anderweitig bekannt geworden ist oder sein muss.





Invalidität

Raus, rein, raus – Der Infektionsausschluss

Von Dr. René Steinbeck

Was war passiert?

Der VN eines Vertrages über eine Private Unfall-Rentenversicherung hatte sich beim Schlachten eines Spanferkels in den Finger geschnitten und will sich dabei mit einem Krankheitserreger vom Typ „Streptokokkus suis“ infiziert haben. Die dadurch verursachte Meningitiserkrankung habe Beschwerden in Gestalt eines Hörverlusts, eines Tinnitus und eines Gangschwindels zur Folge, was wiederum insgesamt die Annahme eines Invaliditätsgrades von 66% rechtfertige. In seiner Schadenanzeige unmittelbar nach dem Schadenereignis hatte der VN wörtlich Folgendes angegeben:

„Beim Schlachten und Ausnehmen eines Spanferkels habe ich versehentlich in den rechten Daumen geschnitten: Da die Wunde sehr klein war, gab es keinen ärztlichen Behandlungsbedarf. Hierbei habe ich erst die kleine Schnittwunde nach der Arbeit bemerkt und gespürt. Durch die Wunde, die sehr klein war, kam es zur Infektion durch einen Schweineinfekt der zu meinem Bedauern in meinen Körper gelangte.“

Nachdem der VR Leistungen aus dem Versicherungsvertrag unter Hinweis auf den Ausschluss von Infektionen abgelehnt hatte, erhob der VN Klage (das Verfahren ist noch in 1. Instanz anhängig und wird derzeit von uns für den VR vor dem LG Ulm betreut - 3 O 294/14). In der Klageschrift wurde der Umfang der Schnittverletzung sodann wie folgt beschrieben:

„2,5 cm lange und bis zum Knochen reichende Schnittwunde.“

Vertragliche Ausgangslage

Dem Versicherungsvertrag liegen die AUB 98 zugrunde, die unter § 2 die Ausschlüsse vom Versicherungsschutz u.a. wie folgt definieren:

„§ 2 Ausschlüsse

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:
(...)

(3) Infektionen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Krankheitserreger durch eine unter diesen Vertrag fallende Unfallverletzung in den Körper gelangt sind. Nicht als Unfallverletzungen gelten dabei Haut- oder Schleimhautverletzungen, die als solche geringfügig sind und durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangen. (...).“

Ausschluss. Wiedereinschluss.

Doch-wieder-Ausschluss.

Der Infektionsausschluss vermittelt dem unbedarften Betrachter den ersten Eindruck einer gewissen „Unentschlossenheit“: In der Reihenfolge

- ← raus
- wieder rein
- ← doch wieder raus.

sind Infektionen und die daraus resultierenden Gesundheitsschäden vom Versicherungsschutz grundsätzlich ausgeschlossen, es sei denn,

- die Krankheitserreger sind durch Unfallverletzung in den Körper gelangt,

es sei denn,

- die Unfallverletzung war geringfügig (dann soll sie gar nicht als Unfallverletzung im Sinne des Wiedereinschlusses gelten).

Zurück zum Fall.

Ist die Deckungsablehnung des VR zutreffend? Greift der Infektionsausschluss?

1. Ausschluss: „Infektion“

Unter „Infektion“ ist das Eindringen von Mikroorganismen (Bakterien, Viren, Pilze, Parasiten) zu verstehen. Eine solche wird man im vorliegenden Fall bejahen können.

2. Wiedereinschluss: „Unfallverletzung“

Als Unfallverletzung kommt hier die Verletzung mit dem Schlachtermesser in Betracht. Diese stellt unproblematisch eine von außen kommende Einwirkung dar, so dass eine Unfallverletzung grundsätzlich zu bejahen ist; fraglich ist indes – und dies ist derzeit Gegenstand der Beweisaufnahme –, ob die Krankheitserreger auch tatsächlich durch die Schnittverletzung (als Eintrittspforte) in den Körper des VN gelangt sind (oder ob nicht vielmehr auch die Möglichkeit eines Eindringens z.B. über die Schleimhaut, wie z.B. die Augen in Betracht kommt).

Nach dem derzeitigen Stand der Beweisaufnahme geht der gerichtlich beauftragte Sachverständige davon aus, dass Schnittverletzung als höchstwahrscheinliche Eintrittspforte in Betracht kommt. Danach wäre dann wohl von einem Wiedereinschluss auszugehen.

3. Doch-wieder-Ausschluss: „geringfügig“

Aber ist die Schnittverletzung nicht lediglich „geringfügig“ gewesen? Wird man dann nicht vom „Doch-wieder-Ausschluss“ ausgehen müssen?

Wann ist eine Verletzung „geringfügig“?

Wir erlauben uns an dieser Stelle (ausnahmsweise) mal, aus einem recht aktuellen Beschluss des OLG Hamm vom 21.07.2015 (20 U 141/15) „abzuschreiben“. Demzufolge beurteilt sich die Geringfügigkeit einer Hautverletzung nicht in erster Linie nach der Tiefe oder der oberflächlichen Ausbreitung der Verletzung, sondern danach, ob ein Verletzungsbild entstanden ist, das – objektiv gesehen – Veranlassung gibt, sich in ärztliche Behandlung zu begeben (so auch OLG Köln, Urteil vom 21.09.2012, r+s 2013, 399; LG Dortmund, Urteil vom 02.10.2014 – 2 O 459/12).n. 14). Denn als geringfügig wird der durchschnittliche VN ohne versicherungsrechtliche Spezialkenntnisse, auf dessen Verständnismöglichkeiten und Interessen bei der Auslegung von Versicherungsbedingungen nach ständiger Rechtsprechung abzustellen ist, solche Haut- oder Schleimhautverletzungen ansehen, die keiner Behandlung bedürfen oder mit einfachen Mitteln wie etwa einem Pflaster selbst versorgt werden können und bei denen zu erwarten ist, dass sie alsbald folgenlos wieder verheilen.

Und? Wie verhält es sich hier?

Kein ärztlicher Behandlungsbedarf?

Pflaster ausreichend?

Nun ja. Geht man nach der Erstaussage des VN unmittelbar nach dem Schadenereignis, dann bestand kein Behandlungsbedarf, es bestand nicht einmal ein Grund, die Arbeit zu unterbrechen; die Verletzung war „sehr klein“ und wurde von der VP zunächst gar nicht bemerkt. Gemessen an den vom OLG Hamm zutreffend aufgestellten Anforderungen an die Annahme einer Geringfügigkeit dürfte man diese hier unproblematisch bejahen können.

Problematisch ist nun aber, dass der VN den Sachverhalt im Klageverfahren dann anders dargestellt hat: Plötzlich handelte es sich nicht mehr um eine sehr kleine Schnittverletzung, die sich nicht einmal bemerkbar machte, sondern um eine 2,5 cm lange und tief bis auf den Knochen reichende Schnittwunde.

Wie wird man diese „Kehrtwende“ bewerten müssen?

Zunächst einmal wird man berücksichtigen müssen, dass die Beweislast für sämtliche Voraussetzungen des Wiederein schlusses nach Ziffer 5.2.4.2 AUB 2004 – auch dafür, dass die Haut- oder Schleimhautverletzung mehr als nur geringfügig war – beim VN liegt (so auch OLG Köln, Urteil vom 21.09.2012 – 20 U 116/12, r+s 2013, 399). Wenn der VN mithin die Beweislast für die „Nicht-Geringfügigkeit“ trägt, kann er diesen Beweis in Anbetracht seiner Erstschilderung im Rahmen der Schadenanzeige noch führen?

Nach unserer derzeitigen Einschätzung nicht.



Der Erstschilderung des Versicherungsnehmers kommt im Hinblick auf ein vorgebliches Unfallereignis eine entscheidende Bedeutung zu, weil in dieser Schilderung der Vorfall unbehelligt von rechtlichen Erwägungen am ehesten so berichtet wird, wie er sich tatsächlich zugetragen hat.

Gewicht der Erstschilderung im Rahmen der Beweiswürdigung

Wenn und soweit der Versicherungsnehmer später einen von seiner ersten Unfallschilderung abweichenden Geschehensablauf darlegt, dann sind an die Nachvollziehbarkeit und Widerspruchsfreiheit dieser neuen Darlegung jedoch hohe Anforderungen zu stellen.

Wenn mithin die Darlegungen im Rahmen der Erstschilderung plausibel und widerspruchsfrei sind und die zweite Unfallschilderung erkennbar von dem Bemühen getragen ist, einen dem Unfallbegriff erfüllenden Geschehensablauf zu konstruieren, so ist die erste Unfallschilderung für die Beurteilung des Versicherungsschutzes maßgebend (vgl. hierzu LG Köln, Urteil vom 25.10.2010 – 26 O 588/09, r+s 2014, 298).

Ergebnis und Fazit

Der Infektionsausschluss ist derjenige Ausschluss mit dem größten **„hin und her“**: auf der einen Seite sind Infektionen ausgeschlossen, auf der anderen Seite gilt dies nicht für Unfallverletzungen, deren Vorliegen wird wiederum verneint bei **„Geringfügigkeit“**.

Die Geringfügigkeit wird man übereinstimmend und zutreffend danach beurteilen müssen, ob aus Sicht des VN ärztlicher Behandlungsbedarf angezeigt war oder nicht.

Kontrollfrage: Pflaster oder Arzt?

Von wesentlicher Bedeutung ist die Beweislastverteilung:

Der VN trägt die Beweislast für den Wiederein schluss, d.h. er muss nicht nur beweisen, dass die Erreger durch eine Unfallverletzung in seinen Körper gelangt sind, sondern er muss zudem beweisen, dass diese Unfallverletzung nicht geringfügig war. Maßgebliche Bedeutung hat in diesem Zusammenhang die Erstschilderung des Unfallgeschehens; will der VN hiervon im Nachgang abweichen, dann steht er im Verdacht des **„angepassten Vortrags“** und muss diesen Verdacht entkräften.





Ausschlüsse

Bewusstseinsstörung, Straftat und Beweislast

Von Dr. René Steinbeck

**Anmerkung zum Beschluss des OLG
Karlsruhe vom 11.01.2016 - 9 U 98/14**

Was war passiert?

Der VN eines Vertrages über eine private Unfallversicherung (mit einer Invaliditäts-Zusatzversorgung in Gestalt einer monatlichen Rente von 500,00 € bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50%) war nach einer Karnevalsveranstaltung und nicht unerheblichem Alkoholkonsum schwer gestürzt. Nachdem er die Veranstaltung im Laufe der Nacht verlassen hatte, war er am nächsten Morgen am unter Ende der Kellertreppe eines benachbarten Autohauses gefunden worden.

Wie sich herausstellte, war der VN durch eine zuvor eingeschlagene Scheibe eines Rolltores geklettert und hatte sich so Zugang zum Gebäude verschafft. Im weiteren Verlauf muss der VN im dunklen Gebäude die Kellertür geöffnet haben und dann die Kellertreppe hinuntergestürzt sein. Der VN erlitt schwere Kopfverletzungen und begehrte aufgrund einer vorgeblichen Invalidität von mindestens 50% die vertraglich zugesagte Rentenzahlung.

Nach den polizeilichen und rechtsmedizinischen Ermittlungen stand fest, dass sich der Sturz zwischen 00:30 und 07:30 Uhr ereignet hatte. Eine um 10:34 Uhr entnommene Blutprobe wies einen Ethanolgehalt des Blutes von 0,66 Promille auf, d.h. im Zeitpunkt des Treppensturzes (zwischen 00:30 und 07:30 Uhr) war von einer Alkoholisierung im Bereich von **mindestens 1,0 Promille** und **höchstens 2,9 Promille** auszugehen. An die Geschehnisse hatte der VN aufgrund einer Amnesie keine Erinnerungen mehr.

Der VR hatte das Leistungsbegehren als unbegründet zurückgewiesen und sich auf Leistungsausschlüsse berufen:

- **Der Unfall sei dem Kläger dadurch zugestoßen, dass er vorsätzlich eine Straftat ausgeführt habe (versuchter Einbruchdiebstahl im Autohaus).**
- **Der Unfall habe sich jedenfalls in einem Zustand der Bewusstseinsstörung ereignet, da die VP erheblich alkoholisiert gewesen sei.**

Was meint das OLG?

Zum Ausschlussstatbestand der **vorsätzlichen Straftat** weist das OLG Karlsruhe mit seinem Beschluss vom 11.01.2016 (9 U 98/14) zunächst zutreffend auf die dem VR obliegende **Beweislast** hin, um hieran anschließend auszuführen, dass sich dieser Beweis nicht führen lasse. So stünde nämlich nicht fest, dass es der VN gewesen sei, der die Scheibe eingeschlagen habe. Es könne genauso gut möglich sein, dass ein Unbeteiligter die Scheibe eingeschlagen habe und der VN lediglich habe „nach dem Rechten sehen wollen.“

Sofern man dies dann aber zugunsten des VN unterstellen müsse, dann könne auch nicht von einem vorsätzlichen Hausfriedensbruch im Sinne von § 123 StGB ausgegangen werden.

Zum Ausschlussstatbestand der **Bewusstseinsstörung** vertritt das OLG die Auffassung, dass nur dann von einem Ausschluss ausgegangen werden könne,

wenn feststeht, dass der Unfall einem Nüchternen in dieser Form nicht passiert wäre,

denn nur dann könne von einem **Anscheinsbeweis** zugunsten des VR ausgegangen werden. Da es sich im Streitfall aber so verhielt, dass es im Gebäude „stockdunkel“ war (unstreitig war der Strom ausgeschaltet), hätte der Sturz nach Auffassung des OLG auch einer nüchternen Person passieren können, die nach dem Rechten sehen wollte.

Fazit

Auf den ersten Blick denkt man sich "Das kann ja wohl nicht wahr sein":

- **Karnevalsparty (wenn auch nicht im Rheinland...),**
- **eingeschlagenes Fenster in einem Autohaus,**
- **Kellersturz,**
- **Minimum 1 Promille...**

Da kommt einiges zusammen und es fällt nicht schwer, sich auf diese Umstände recht schnell einen schlüssigen und nachvollziehbaren Reim zu machen (bei dem es in der Tat schwer fiel, dem VN Leistungen aus einer Unfallversicherung zuzubilligen). Allerdings wird man hier tatsächlich zugunsten der VP konzedieren müssen, dass diese womöglich "Glück im Unglück" hatte, denn aufgrund der Faktenlage und der dem VR obliegenden Beweislast ließ sich in der Tat kein zur Überzeugung des Senats zweifelsfreies Bild zeichnen. Der VR konnte schlicht nicht beweisen, dass der VN das Fenster eingeschlagen hatte und ebensowenig vermochte der VR eine Ursächlichkeit des Alkoholkonsums auf den Sturz zu beweisen. Hätte man den VN früher gefunden und noch eine deutlich höhere BAK nachweisen können, dann hätte dies vermutlich die Entscheidung des VR gerechtfertigt. So aber, wie sich die Sach- und Beweislage darstellte, dürfte die Entscheidung des OLG zutreffend sein.

Unfallbegriff

Wann das Unfallereignis plötzlich ist

Von Dr. René Steinbeck

Anmerkung zum Urteil des KG Berlin vom 21.04.2016 - 6 U 141/15

Was war passiert?

Der VN eines Vertrages über eine Private Unfallversicherung (auf Grundlage der AUB 2008) hatte behauptet, nach einem Tauchgang "zu schnell" aufgetaucht zu sein und hierdurch eine Dekompressionskrankheit erlitten zu haben. Mit der zunächst vor dem Landgericht Berlin (7 O 31/15) erhobenen Klage hatte der VN bei Vorgabe einer mit 100% zu bemessenden Invalidität die Zahlung einer Invaliditätsleistung in Höhe von 225.000 EUR begehrt. Der VN hatte sich zur Begründung seines Begehrens auf den Vortrag beschränkt, dass

- **er "zu schnell aufgetaucht" sei (weil der Auftauchvorgang durch einen "Krampf" gestört worden sei),**
- **er hierdurch eine Dekompressionskrankheit erlitten habe und**
- **infolgedessen eine Invalidität mit einem Grad von 100% bestünde.**

Dem Landgericht genügte dieser Vortrag nicht; es monierte mit seinem klageabweisenden Urteil, dass eine Dekompressionskrankheit nicht erwiesen sei. Insbesondere sei nicht erkennbar, dass der Auftauchvorgang objektiv innerhalb eines kurzen Zeitraums erfolgt sei (im Sinne von "plötzlich").

Zwar könnten auch Ereignisse vom Versicherungsschutz umfasst sein, die sich objektiv nicht innerhalb eines kurzen Zeitraums ereigneten, wenn sie für den Betroffenen **unerwartet, überraschend und unent-rinnbar** sind. Auch diese Voraussetzungen habe der Kläger jedoch nicht dargelegt, da jedem Taucher beim Auftauchen gegenwärtig sei bzw. sein müsse, dass der Wasserdruck abnimmt. Die **Veränderung der Luftdruck- und Sauerstoffverhältnisse seien nach objektiven Maßstäben nicht überraschend und unent-rinnbar**, die Gesetzmäßigkeit der Druckverhältnisse sei vielmehr **allgemein bekannt**.



Zum "krampfbedingten zu schnellen Auftauchen" moniert das Landgericht fehlende Beweisanträge.

Rechtlicher Kontext

Die private Unfallversicherung bietet Versicherungsschutz für „Unfälle“ und vom Eintritt eines solchen ist nach § 178 Abs. 2 VVG auszugehen, wenn die versicherte Person durch ein

- **plötzlich**
- **von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis)**
- **unfreiwillig**
- **eine Gesundheitsschädigung erleidet.**

Im hier behandelten Fall ist das Tatbestandsmerkmal "plötzlich" streitig: Wäre der Eintritt einer Dekompressionskrankheit plötzlich? Kommt diese bei einem Tauchgang "aus heiterem Himmel"?

Wann ist der Eintritt eines Ereignisses "plötzlich" im Sinne von § 178 Abs. 2 VVG?

Nach gefestigter Auffassung in Schrifttum und Rechtsprechung enthält der Begriff "plötzlich" ein objektives und ein subjektives Element: Neben dem

- **objektiven Zeitmoment (innerhalb eines kurz bemessenen Zeitraums) besteht ein**
- **subjektives Element des Unerwarteten, nicht Vorausgesehenen, Unentrinnbaren, welches mithin an die Erwartungen und Vorstellungen des Betroffenen anknüpft.**

Die beiden "Plötzlichkeits-Elemente" müssen **nicht kumulativ** vorliegen, ausreichend ist, wenn eines der beiden Elemente einschlägig ist.

Plötzlich = objektiv innerhalb kurzer Zeit **und/oder** subjektiv unerwartet

In zeitlicher Hinsicht wird „plötzlich“ gemeinhin als das Gegenstück zu „allmählich“ qualifiziert. In Bezug auf das Element des Unerwarteten ist entscheidend ist, ob der Verletzte die **gesundheitsschädigende Wirkung** vorhergesehen hat (und nur das, d.h. unmaßgeblich ist, ob er sie vorhersehen *konnte*).

Fraglich ist immer wieder, ob es ausreichend ist, wenn ein Ereignis subjektiv unerwartet ist und ob mithin vollständig auf das objektive Zeitelement verzichtet werden kann. Während nach der Gesetzesbegründung zum VVG der Schwerpunkt der Beurteilung auf dem subjektiven Moment liegen soll, sieht der BGH im subjektiven Element eher ein "**hilfsweise**" zu berücksichtigendes Element, auf das nur dann abzustellen sein soll, wenn sich die Plötzlichkeit nicht bereits aus dem kurz bemessenen Zeitraum ergibt. Wörtlich hat sich der BGH hierzu zuletzt im "**Kokainspritzen-Fall**" wie folgt positioniert:

„Hat sich die Injektion des Kokains objektiv innerhalb eines kurz bemessenen Zeitraums vollzogen, so ist die Voraussetzung „plötzliches Ereignis“ erfüllt, ohne dass es auf die Erwartungen des Betroffenen ankommt.“ (BGH, Urteil vom 16.10.2013 - IV ZR 390/12, r+s 2014, 34).

Entscheidung des KG

Im Ergebnis hat das KG Berlin die Entscheidung des Landgerichts gehalten und die **Berufung zurückgewiesen**.

Das KG weist aber darauf hin, dass es in Bezug auf die Frage der "Plötzlichkeit" nicht darauf ankommt, ob die Veränderung der Druckverhältnisse "allgemein bekannt" sei, sondern maßgeblich sei allein, ob der VN mit einer Gesundheitsschädigung gerechnet habe:

"Maßgeblich ist, ob die schädigende Wirkung unerwartet war. Nicht, ob sie bekannt war."

Nach Auffassung des KG kann mithin auch eine während des Tauchens aufgetretene Dekompressionskrankheit "plötzlich" im Sinne des Unfallbegriffs sein, wenn die VP mit einer solchen Schädigung nicht gerechnet hat (mag deren Eintritt auch allgemein bekannt sein).

Dennoch konnte die Berufung keinen Erfolg haben, weil auch das KG **nicht davon überzeugt** war, dass der VN tatsächlich eine Dekompressionskrankheit erlitten hat (und nicht stattdessen eine kardiogene Hirnembolie). Der Geschädigte konnte nämlich nicht beweisen, dass es gerade zu einer Dekompressionskrankheit gekommen sein soll, insbesondere vermochte er nicht zu beweisen, dass die **typischen Ursachen** für deren Auftreten (schnelles Auftauchen ohne nötige Zwischenstopps) gegeben waren. Dies ging zu Lasten des beweisbelasteten VN.



Unfallbegriff

Die Unfallfiktion der erhöhten Kraftanstrengung

Von Dr. René Steinbeck

Anmerkung zum Urteil des LG Essen vom 20.05.2015 - 18 O 277/14

Was war passiert?

Der VN eines Vertrages über eine private Unfallversicherung hatte sich bei dem Versuch, eine Flasche mit Drehverschluss zu öffnen, den Daumen ausgekugelt. Der Verschluss sei extrem festsitzend gewesen, so dass es eines erhöhten Kraftaufwandes bedurfte hätte, die Flasche zu öffnen. Hierbei habe er den Flaschenhals mit der rechten Hand fest umfasst, als ihm die Flasche dann weggerutscht sei und hierbei den Daumen der linken „mitgerissen“ habe. Vor dem Landgericht Essen beehrte der VN die Zahlung einer Unfallrente. Die Verletzung sei Folge einer „erhöhten Kraftanstrengung“ und habe eine mindestens 50%-ige Invalidität nach sich gezogen.

Und jetzt?

Beim Öffnen einer Flasche verletzt... Die erste Reaktion eines versicherungsrechtlichen Laien, der aber in den wirklich wichtigen Dingen des Lebens durchaus bewandert ist, dürfte von „Amateur“ bis „selbst Schuld“ reichen. Wenn sich der Schaden zumindest beim Öffnen einer Bierflasche mittels Feuerzeugs (wahlweise – auf Baustellen sehr beliebt – mittels Zollstocks oder Maurerkelle) ereignet hätte, aber Wasserflasche mit Drehverschluss?

Genug des Spotts („Wer den Schaden hat,“).

Wollen wir uns der seriösen unfallversicherungsrechtlichen Bewertung zuwenden: Die private Unfallversicherung bietet Versicherungsschutz für „Unfälle“ und vom Eintritt eines solchen ist auszugehen, wenn die versicherte Person durch ein



- plötzlich
- von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis)
- unfreiwillig
- eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Damit ist es aber nicht getan: Der Unfallbegriff und damit der Versicherungsschutz werden regelmäßig mit der Maßgabe erweitert, dass als Unfall auch gilt (so genannte „Unfallfiktion“), wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

- ein Gelenk verrenkt wird oder
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden.

Zurück zum Fall

Das Auskugeln des Daumens ging nach der Würdigung des Landgerichts Essen nicht zurück auf ein „von außen wirkendes Ereignis“, sondern vielmehr auf eine Eigenbewegung des VN. Zwar stand „am Anfang“ eine Flasche mit Schraubverschluss (mithin „etwas von außen“), jedoch ist die eigentliche Gesundheitsschädigung letztlich durch eine Eigenbewegung verursacht worden. Eine „Kollision zwischen Daumen und Flasche“ (welche dann in der Tat als „von außen“ komend und damit als „Unfallereignis“ anzusehen gewesen wäre), konnte nicht zur Überzeugung des Landgerichts dargelegt und nachgewiesen werden. Der „klassische“ Unfallbegriff ist somit nicht einschlägig.

Liegt aber möglicherweise eine gleichgestellte „erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen“ vor?

Theorie und Kasuistik zur „erhöhten Kraftanstrengung.“

Die Unfallfiktion der erhöhten Kraftanstrengung erfasst grundsätzlich solche Fälle, die keine Unfälle im Sinne des eigentlichen Unfallbegriffs darstellen, weil es an einer Einwirkung von außen fehlt. Wann aber liegt eine erhöhte Kraftanstrengung vor? Einigkeit besteht, dass ein erhöhter Einsatz von Muskelkraft vorliegen muss. Aber wann ist dies der Fall? Wann ist der Einsatz von Muskelkraft erhöht? Kann man nicht davon ausgehen, dass – zurück zum Fall – das Öffnen einer Flasche mit „normal sitzendem“ Schraubverschluss den Einsatz normaler Muskelkraft erfordert und damit bei einem „extrem feststehenden“ Schraubverschluss zugleich der erhöhte Einsatz von Muskelkraft erforderlich ist. Wird man dann nicht auch eine erhöhte Kraftanstrengung bejahen müssen?

Nein.

Der Begriff „erhöhte Kraftanstrengung“ soll normale Handlungen des täglichen Lebens, die zwar einen gewissen Muskeleinsatz, aber nach allgemeiner Lebensauffassung für einen normal gesunden gleichaltrigen Durchschnittsmenschen keinen bemerkenswerten Krafteinsatz erfordern, als sog. Gelegenheitsursachen vom Versicherungsschutz ausschließen. Versicherungsschutz soll mithin nur für Verletzungen bestehen, die durch eine dem **altersgemäßen Normalmaß übersteigende Beanspruchung** auftreten.

Als solche Beanspruchungen wurden bejaht:

Verladen von Schweinen (OLG Hamburg VersR 1954, 411); Tragen von schweren Holzbohlen (OLG Düsseldorf VersR 1954, 555); Tragen von Rindervierteln (LG Nürnberg-Fürth VersR 1956, 144); Bizepsriss beim Sportkegeln (OLG Nürnberg r+s 2001, 302); Endspurt beim Kurzstreckenlauf (OLG Schleswig VersR 1973, 50); Tanzen eines Csárdás (OLG Frankfurt VersR 1961, 745); Achillessehnenriss beim Badmintonspiel (LG Dortmund NJW-RR 2009, 389); schwungvolles Tanzen zu moderner Popmusik (AG Oldenburg VersR 1998, 1103); Spurt eines Fußballers (LG Bonn VersR 1965, 893).

Dagegen wurde eine erhöhte Kraftanstrengung verneint:

Reinigen einer Windschutzscheibe (OLG Hamm r+s 2003, 429), normales Tanzen mit Hüpfen und Drehen (OLG Köln r+s 2002, 482), Achillessehnenriss eines Tennisspielers beim Wechsel von der Vorhand- in die Hinterhandposition während einer Drehung des linken Fußes (OLG Frankfurt r+s 1995, 157), normalen Gehen auf einer leicht ansteigenden Einfahrt (LG Dortmund r+s 2009, 206), lateinamerikanischer Tanz (LG Köln r+s 2002, 350) Schlag beim Tennisspiel (LG Köln VersR 1997, 435).

Wie man sieht: Die Übergänge sind teilweise fließend: schwungvolles Tanzen zu moderner Popmusik „ja“, lateinamerikanischer Tanz „nein“ (man möchte das Gericht gerne mal sehen, wie es schwungvoll zu moderner Popmusik tanzt...). Dennoch ist eine Tendenz erkennbar: Alles was, sich noch irgendwie im Bereich eines normalen Bewegungsablaufs ansiedeln lässt (ohne Schweiß und so...), wie das „Reinigen einer Windschutzscheibe“ oder „Normales Tanzen mit Hüpfen (?) und Drehen“ fällt nicht unter den erweiterten Unfallbegriff.

Wieder zurück zum Fall: Das Aufdrehen einer Wasserflasche ist weder vergleichbar mit dem Tragen von Schweinen oder Rinderhälften und man wird hierin auch keine sportliche Betätigung ansehen können, vergleichbar mit einem Kurzstreckenlauf. Eher wird man das Öffnen einer Flasche mit der Reinigen einer Windschutzscheibe vergleichen können: Eine normale Handlung, wie sie jeder von uns unzählige Male am Tage vollzieht. Und nur, weil etwas „klemmt“, führt die Reaktion hierauf nicht gleich zu einer versicherten erhöhten Kraftanstrengung.

Wie hat das Gericht entschieden?

Das Landgericht Essen zählt eher zur „Rinderhälften-Fraktion“... oder seriös ausgedrückt, hat das Landgericht zutreffend das – wenn auch womöglich angestrenzte – Öffnen einer Wasserflasche als normalen Bewegungsablauf, mithin als **normale Handlung des alltäglichen Lebens** qualifiziert und nicht als erhöhte Kraftanstrengung.

Auf den kurzen Nenner gebracht:

Kein Schweiß >

- > kein erhöhter Muskeleinsatz >
- > keine erhöhte Kraftanstrengung >
- > kein Versicherungsfall >
- > keine Unfallrente!



Prozessuales

Zur Aktivlegitimation der versicherten Person

Von Dr. René Steinbeck

Mit Beschluss vom 30.05.2016 (I-4 U 202/14) hat das OLG Düsseldorf die Berufung der versicherten Person unter Hinweis auf deren fehlende Aktivlegitimation zurückgewiesen. Die VP war nicht zugleich VN des Vertrages und vermochte sich auch nicht auf eine zwischenzeitliche Abtretung der Ansprüche zu stützen.

Ziffer 12 AUB 2007

12 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?

12.1 Ausübung der Rechte aus diesem Vertrag

Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), steht die Ausübung der Rechte aus diesem Vertrag nicht der versicherten Person, sondern Ihnen zu. (...).

In seiner Begründung führt der Senat aus, dass durch die vertragliche Regelung in zulässiger Weise die gesetzlichen Regelungen in den §§ 44 Abs. 2, 45 Abs. 2 VVG abgedungen wurden. Auch und insbesondere sei hierin kein Verstoß gegen § 307 BGB zu sehen, da der

VN nicht entgegen den Geboten von Treu und Glauben benachteiligt werde.

Ein Verstoß gegen Treu und Glauben sei nur dann anzunehmen, wenn der Versicherer sich ausdrücklich oder konkludent mit der Geltendmachung der Rechte durch die versicherte Person selbst einverstanden erklärt hätte; dies wiederum sei anzunehmen, wenn der Versicherer im Rahmen der vorgerichtlichen Korrespondenz unmittelbar mit der versicherten Person korrespondiert hätte. Da dies im Streitfall aber nicht gegeben war, sondern sich der Versicherer stets an den Versicherungsnehmer (hierbei handelte es sich um die Ehefrau der versicherten Person) gewandt hatte, durfte er sich auch auf die fehlende Aktivlegitimation berufen. Zugleich wies der Senat darauf hin, dass der Sinn und Zweck der Regelung in § 12.1 AUB 2007 darin bestünde, dem berechtigten Anliegen des Versicherers Rechnung zu tragen, das Vertragsverhältnis nur mit einer Person abzuwickeln. Dieser Zweck stünde damit auch einer Abtretung des Deckungsanspruchs entgegen.

Zusammenfassung

Wenn Versicherungsnehmer und versicherte Person im einem Vertrag über eine Private Unfallversicherung auseinanderfallen, dann ist die versicherte Person nicht kraft Gesetzes aktivlegitimiert, sofern der Versicherer eine abweichende Regelung in seinen AUB vorsieht. Die Aktivlegitimation lässt sich dann auch nicht im Wege der Abtretung herbeiführen, da einer Abtretung ebenfalls die vertragliche Regelung in § 12.1 AUB 2007 entgegensteht.



Assistanceleistungen

Regress bei Assistance

Von Dr. René Steinbeck

Das vertragliche Leistungsversprechen des VR in der Privaten Unfallversicherung sieht für den Fall, dass der VN aufgrund eines Unfallereignisses (eines plötzlich von außen auf den Körper einwirkenden Ereignisses) eine Gesundheitsschädigung erleidet, regelmäßig ein „klassisches Leistungssortiment“ vor, das die Leistungsarten

- Invaliditätsleistung
- Übergangsleistung
- Krankenhaustagegeld
- Genesungsgeld und
- Todesfallleistung

beinhaltet.

Ja nach Schwere der Gesundheitsschädigung und deren Auswirkung auf die Funktionsbeeinträchtigung des konkret betroffenen Körperteils steht vor allem die Invaliditätsleistung im Zentrum der Leistungsregulierung. Zunehmend zeigt sich im Markt die Tendenz, dieses klassische Leistungssortiment um zusätzliche, so genannte Assistance-Leistungen zu erweitern, wie z.B. um

- die Erstattung von Kosten für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze,
- die Versorgung mit „Essen nach Hause“,

- die Übernahme von Einkäufen und Besorgungen,
- die Übernahme der Wohnungsreinigung,
- die Bereitstellung eines Wäscheservice,
- die Erstattung von Kosten für Umbau/ Umrüstung von Wohnung/Pkw,
- die Erstattung von Bestattungskosten.

Wenn der vertraglich vereinbarte Leistungskatalog nunmehr auch solche Assistance-Leistungen vorsieht und der VR dem VN für die Dauer von sechs Wochen durch ein von ihm beauftragtes Unternehmen

- die Reinigung der Wohnung
- das Zubereiten von Essen
- das Waschen und Bügeln der Kleidung

übernimmt, dann stellt sich die Frage, ob der VR insoweit gegen den Unfallverursacher bereits kraft Gesetzes einen Regressanspruch hat: Geht der ursprünglich dem VN zustehende Anspruch auf Ersatz eines (Haushaltsführungs-) Schadens nach § 86 VVG auf den VR über? 86 VVG – gesetzessystematisch „beheimatet“ im Kapitel „Schadenversicherung“ – konstituiert einen Fall des gesetzlichen Forderungsübergangs:

Für den Fall,

- dass der Versicherungsnehmer einen Ersatzanspruch gegen einen Dritten hat,
- und der Versicherer den Schaden ersetzt,
- geht der ursprünglich dem Versicherungsnehmer gegen den Dritten zustehende Schadensersatzanspruch auf den Versicherer über („cassio legis“).

Ist § 86 VVG in der Privaten Unfallversicherung überhaupt anwendbar?

Ausgehend von der systematischen Stellung des § 86 VVG in der Schadensversicherung wird man sich zunächst die Frage stellen müssen, ob überhaupt ein Anwendungsbereich für die Private Unfallversicherung eröffnet ist. Eine unmittelbare Anwendung von § 86 VVG wäre jedenfalls ausgeschlossen, wenn man die Private Unfallversicherung als **Summenversicherung** qualifizieren wollte: Die allgemeinen Vorschriften über die Schadensversicherung (§§ 74 bis 99) sind in der Summenversicherung **nicht** anwendbar, d.h. insoweit findet dann auch kein gesetzlicher Forderungsübergang zugunsten des Versicherers nach § 86 VVG statt.

Ist die Private Unfallversicherung Summen- oder Schadenversicherung? Oder beides?

Während das vertragliche Leistungsversprechen des Versicherers in der Schadensversicherung darin besteht, den durch den Eintritt des Versicherungsfalles verursachten Schaden nach Maßgabe der vertraglichen Vereinbarungen auszugleichen (d.h. eine **konkrete Bedarfsdeckung** vorzunehmen, zumeist durch Zahlung von Geld), hat der VR in der Summenversicherung eine von vornherein festgelegte und vom tatsächlichen Schaden losgelöste Summe zu zahlen. Es kommt dabei gerade nicht darauf an, ob der Versicherungsfall beim VN zu einem konkreten Schaden oder Bedarf geführt hat.

Zugestanden sind die meisten Personenversicherungen als Summenversicherung ausgestaltet. Zwingend – im Sinne von „*Personenversicherung = Summenversicherung*“ – ist dies aber nicht: So ist allgemein anerkannt, dass die Krankheitskostenversicherung der Schadensversicherung zuzuordnen ist und ebenso gilt dies für andere Personenversicherungen, sofern diese **als Schadensversicherung ausgestaltet** werden bzw. entsprechende Elemente enthalten.

Eine Personenversicherung kann auch Schadensversicherung sein.

Entscheidend für eine Anwendung von § 86 VVG ist somit nicht die Abgrenzung zwischen Personen- und Sachversicherung, sondern vielmehr die Frage, ob die konkret in Rede stehende Versicherungsleistung einer konkreten Bedarfsdeckung zu dienen bestimmt ist (so genannte **Kongruenz** zwischen Versicherungsleistung und Schaden):

Dient die Leistung des VR dem Ausgleich eines konkret entstandenen Schadens oder handelt es sich um eine von einer Schadenentstehung komplett losgelöste Leistungszusage?

Einer aus unserer Sicht probaten Kontrollfrage liegt die Überlegung zugrunde, dass § 86 VVG im Grunde einen „**vorweggenommenen Vorteilsausgleich**“ beinhaltet, da dem geschädigten VN der Anspruch gegen den Dritten insoweit „weggenommen“ wird, als er vom VR entschädigt wurde. Würde sich – die Regelung des § 86 VVG einmal hinweggedacht – im Haftungsprozess zwischen dem geschädigten VN und dem schädigenden Dritten die Frage stellen, ob sich der Geschädigte eine private Versicherungsleistung bei der Geltendmachung seines Schadens im Wege des Vorteilsausgleichs anspruchsmindernd anzurechnen lassen hätte (bzw. ob die private Versicherungsleistung den Schädiger entlasten darf), so lässt es § 86 VVG gar nicht erst soweit kommen, denn bereits mit der Leistung des VR „verliert“ der Geschädigte seinen Anspruch, d.h. er ist insoweit dann gar nicht mehr Anspruchsinhaber und nicht mehr aktivlegitimiert.

Kontrollfrage:

Müsste sich der Geschädigte die Versicherungsleistung im Haftungsprozess schadenmindernd anrechnen lassen oder darf er „doppelt kassieren“?

> Wenn er doppelt „kassieren“ darf, dann ist § 86 VVG nicht anwendbar

> Wenn er nicht doppelt „kassieren“ darf, dann ist § 86 VVG anwendbar

In Bezug auf die Private Unfallversicherung dürfte daher Folgendes gelten:

	Konkrete Bedarfs- deckung?	Schadens- versiche- rung?	§ 86 VVG?
Invalidität	Nein	Nein	Nein
KH	Nein	Nein	Nein
Genesung	Nein	Nein	Nein
Tod	Nein	Nein	Nein
Bergung	Ja	Ja	Ja
Essen	Ja	Ja	Ja
Wohnung	Ja	Ja	Ja
Wäsche	Ja	Ja	Ja
Bestattung	Ja	Ja	Ja

Zur Verdeutlichung:

Was würde ein Schädiger wohl sagen, wenn er dem Geschädigten einen Haushaltsführungsschaden ersetzen soll, obwohl dem Geschädigten sämtliche Haushaltstätigkeiten durch einen Assistenten abgenommen wurden?

Aus unserer Sicht macht es im Übrigen **keinen Unterschied**, ob der Unfallversicherer die Kosten nach entsprechender Rechnungslegung erstattet oder ob er eine summenmäßige Fixierung/Pauschalierung vornimmt: Dies ändert – im Kern – nichts daran, dass die Versicherungsleistung einer konkreten Bedarfsdeckung dient. Es wäre reiner Formalismus, einen Anspruchsübergang nach § 86 abzulehnen, bloß weil eine Summe vereinbart ist.

Zusammenfassung

Die Unfallversicherung ist nicht per se eine Summenversicherung, sondern nur insoweit, als von vorne herein festgelegte Summen das Leistungsversprechen bilden (wie z.B. die Zahlung einer von vorne herein festgelegten Invaliditätsleistung).

Soweit bestimmte Leistungen in der privaten Unfallversicherung auf eine konkrete Bedarfsdeckung, mithin auf die Kompensation eines konkreten Schadens abzielen und insoweit zwischen der Versicherungsleistung und dem Schaden eine Kongruenz besteht, dann ist die private Unfallversicherung insoweit Schadenversicherung und damit auch dem Anwendungsbereich des § 86 VVG unterworfen.

Assistance-Leistungen, die einer konkreten Schadenkompensation dienen, sind auch dann der Schadenversicherung zuzuordnen, wenn sie der Höhe betragsmäßig festgelegt sind.

Wenn mithin Assistance-Leistungen aufgrund eines Unfalls erbracht wurden, den ein Dritter (haftungsbezüglich) verursacht hat, dann gehen die Ansprüche des VN insoweit auf den VR nach § 86 VVG über, als der VR Leistungen erbracht hat.





Ihr Ansprechpartner

Dr. René Steinbeck
Fachanwalt für Versicherungsrecht

rene.steinbeck@steinbeckundpartner.de

Kontakt & Impressum

Düsseldorf

Liefergasse 11
40213 Düsseldorf

Tel +49 (0) 211 / 159 71 43-0
Fax +49 (0) 211 / 159 71 43-13

duesseldorf@steinbeckundpartner.de

Impressum

Steinbeck Jeske Flaming Rechtsanwälte Partnerschaftsgesellschaft mbB

Sitz: Düsseldorf (AG Essen PR 3543)
Anschrift: Liefergasse 11, 40213 Düsseldorf
Partner: Dr. René Steinbeck, Kerstin Jeske, Hauke Flaming LL.M.

Newsletter

Wenn Sie diesen Newsletter regelmäßig per E-Mail als PDF erhalten möchten melden Sie sich auf unserer Website an: www.steinbeckundpartner.de

Köln

Sophienstraße 3
51149 Köln

Tel +49 (0) 22 03 / 20 38 34
Fax +49 (0) 22 03 / 20 38 35

koeln@steinbeckundpartner.de

Bildrechte

(cc) Some rights reserved

- „Messer“ by The Meat Case @flickr
- „Gehhilfen“ by Tony Crider @flickr
- „Taucher“ by Image Catalog @flickr
- „Schnapsgläser“ by SBSTNC @flickr
- „Wasserflaschen“ by saw2th @flickr
- „Blaulicht“ by Maik Meid @flickr

S&P-Training · Wir schulen Inhouse

Workshops zu aktuellen Themen aus dem Versicherungs- und Haftpflichtrecht, praxisrelevant aufbereitet mit konkretem Fallbezug.

Wichtig ist uns nicht nur die Vermittlung von Wissen, sondern vor allem auch der fachliche Austausch mit den Mitarbeitern bestehender und potentieller Mandanten. Gerade im unmittelbaren Austausch mit den zuständigen Leistungsbearbeitern erschließen sich auch uns Themen- und Problembereiche, die uns ohne die gemeinsame Fallbearbeitung und Diskussion oftmals vorenthalten blieben.

Bei bestehenden Mandatsverhältnissen hat es sich bewährt, Fälle aus der gemeinsamen Mandatspraxis unter Berücksichtigung des Prozessverlaufs sowie des abschließenden Ergebnisses im Rahmen jährlicher Reviews in großer Abteilungsrunde zu besprechen und offene Fragen gemeinsam zu diskutieren. Auf diese Weise fördern wir das gegenseitige Verständnis und optimieren unsere Zusammenarbeit.

Interesse? Sprechen Sie uns an!



Steinbeck und Partner

