

Versicherungsrechtliche Rechtsprechung **des BGH im 2. Halbjahr 2021**

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

Nachstehend haben wir für Sie die im 2. Halbjahr 2021 veröffentlichten und inhaltlich begründeten Entscheidungen des BGH mit versicherungsrechtlichen Bezügen zusammengefasst.¹ Die Gliederung der nachfolgenden Zusammenfassung orientiert sich – wie auch unsere bisherigen Übersichten² – wieder an den in § 14a FAO aufgeführten versicherungsrechtlichen Schwerpunkten, die für die Erlangung der Fachanwaltsbezeichnung „Fachanwalt für Versicherungsrecht“ erforderlich sind.

Die zunehmend restriktive Zulassungspraxis des IV. Zivilsenats macht die Zahl der für die berufliche Praxis wichtigen Entscheidungen überschaubar.

1.

Allgemeines Versicherungsvertragsrecht und Besonderheiten der Prozessführung

Besonderheiten der versicherungsrechtlichen Prozessführung im weiteren Sinne lassen sich den nachfolgend dargestellten Entscheidungen des Versicherungssenats entnehmen.

a)

Für die **Auslegung einer einseitigen Erledigungserklärung** ist nicht allein der Wortlaut der Erklärung maßgebend; entscheidend ist vielmehr der

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

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

erklärte Wille, wie er auch aus Begleitumständen und nicht zuletzt der Interessenlage hervorgehen kann.³ Im Zweifel gilt, was nach den Maßstäben der Rechtsordnung vernünftig ist und der wohlverstandenen Interessenlage entspricht.

b)

Vor dem Bundesgerichtshof müssen sich die Parteien durch einen dort zugelassenen Rechtsanwalt vertreten lassen (§ 78 Abs. 1 Satz 3 ZPO). Insoweit eine Vertretung durch Anwälte geboten ist, hat das Prozessgericht nach § 78b Abs. 1 ZPO einer Partei auf ihren Antrag einen **Notanwalt** zur Wahrnehmung ihrer Rechte beizuordnen, wenn sie einen zu ihrer Vertretung bereiten Rechtsanwalt nicht findet und die Rechtsverfolgung oder Rechtsverteidigung nicht mutwillig oder aussichtslos erscheint.⁴

Wenn eine Partei zunächst einen zu ihrer Vertretung bereiten Rechtsanwalt mandatiert hat, kommt im Fall der späteren **Mandatsniederlegung** die Bestellung eines Notanwalts nur dann in Betracht, wenn die Partei innerhalb der Rechtsmittelfrist darlegt und nachweist, dass sie die Beendigung des Mandats **nicht zu vertreten** hat.⁵ Die Bestellung eines Notanwalts kann nicht allein deshalb verlangt werden, weil ein zur Vertretung bereiter Rechtsanwalt beim BGH nicht willens war, eine Revisions- oder Beschwerdebegründung nach den Vorstellungen oder gar Vorgaben der Partei zu fertigen, oder weil er das Rechtsmittel für unzulässig oder unbegründet hält. Denn es liefe dem Zweck der Zulassungsbeschränkung für Rechtsanwälte beim Bundesgerichtshof zuwider, wenn die Partei einen Anspruch darauf hätte, ihre Rechtsansicht gegen die des – auf das Revisionsrecht spezialisierten – Rechtsanwalts durchzusetzen.⁶

³ Urteil vom 21. Juli 2021 – [IV ZR 191/20](#) – juris, Rn. 17.

⁴ Beschlüsse vom 29. September 2021 – [IV ZR 141/21](#) – juris, Rn. 6 und vom 08. Dezember 2021 – [IV ZR 213/21](#) – juris, Rn. 6.

⁵ a.a.O., jeweils juris, Rn. 8.

⁶ Beschluss vom 08. Dezember 2021, a.a.O., juris, Rn. 10.

2. + 3. + 4.

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

Im Berichtszeitraum hat der BGH keine inhaltlich begründeten Entscheidungen zu diesen Themenbereichen abgesetzt.

5.

Sachversicherungsrecht

Mit Fragen der **Wohngebäudeversicherung** befasst sich ein Urteil vom 20. Oktober 2021.⁷ Der Kläger unterhielt als Miteigentümer eines Wohngebäudes mit den weiteren Miteigentümern bei der Beklagten eine Wohngebäudeversicherung, der die VGB 2008 zugrunde lagen. Er verlangte aus eigenem und abgetretenem Recht der übrigen Miteigentümer Leistungen für einen im versicherten Gebäude aufgrund einer undichten Silikonfuge zwischen einer Duschwanne und einer angrenzenden Wand eingetretenen Wasserschaden. In Teil A VGB 2008 heißt es auszugsweise:

„§ 3 Leitungswasser

1. Bruchschäden innerhalb von Gebäuden

Der Versicherer leistet Entschädigung für innerhalb von Gebäuden eintretende...

b) frostbedingte Bruchschäden an nachfolgend genannten Installationen:

aa) Badeeinrichtungen, Waschbecken, Spülklosetts, Armaturen ...

2. Bruchschäden außerhalb von Gebäuden...

3. Nässeschäden

⁷ – [IV ZR 236/20](#) – VersR 2021, 1563 = r+s 2021, 689 = zfs 2022, 35.

Der Versicherer leistet Entschädigung für versicherte Sachen, die durch bestimmungswidrig austretendes Leitungswasser zerstört oder beschädigt werden oder abhanden kommen.

Das Leitungswasser muss aus Rohren der Wasserversorgung (Zu- und Ableitungen) oder damit verbundenen Schläuchen, den mit diesem Rohrsystem verbundenen sonstigen Einrichtungen oder deren wasserführenden Teilen, aus Einrichtungen der Warmwasser- oder Dampfheizung, aus Klima-, Wärmepumpen oder Solarheizungsanlagen, aus Wasserlösch- und Berieselungsanlagen sowie aus Wasserbetten und Aquarien ausgetreten sein.

...“

Nach Auffassung des BGH ist der **eingetretene Wasserschaden vom Wortlaut dieser Klausel nicht erfasst**. Bei der Beurteilung der Frage, ob es sich um ein versichertes Ereignis handelt, wenn Wasser durch eine undichte Fuge zwischen einer Duschwanne und einer angrenzenden Wand gelangt, wird der für die Auslegung maßgebliche durchschnittliche Versicherungsnehmer Teil A § 3 VGB 2008 mit der Überschrift „Leitungswasser“ finden, der unter Nr. 1 und 2 Näheres zu „Bruchschäden“ und unter Nr. 3 zu „Nässeschäden“ bestimmt.⁸ Da der Versicherungsnehmer eine undichte Fuge nicht als Bruchschaden einordnet, wird er seine Aufmerksamkeit auf Teil A § 3 Nr. 3 VGB 2008 richten und feststellen, dass bei einer undichten Fuge Wasser nicht aus Rohren der Wasserversorgung oder damit verbundenen Schläuchen ausgetreten ist. In Betracht wird er dagegen die Alternative ziehen, dass über die undichte Fuge Wasser aus „den mit diesem Rohrsystem verbundenen sonstigen Einrichtungen“ ausgetreten ist.⁹ Er wird annehmen, dass eine Einrichtung eine (technische) Vorrichtung oder Anlage ist, wobei er dem Wortlaut von Teil A § 3 Nr. 3 Satz 2 VGB 2008 entnehmen wird, dass die Vorrichtung mit dem Rohrsystem der Wasserversorgung (Zu-

⁸ a.a.O., juris, Rn. 11.

⁹ a.a.O., juris, Rn. 12.

und Ableitungen) verbunden sein muss. Diese Voraussetzung wird er hinsichtlich einer undichten Fuge, die keine Verbindung mit dem Rohrsystem aufweist, verneinen.¹⁰

Entgegen der Auffassung des Berufungsgerichts kann der Versicherungsnehmer der Klausel keine Anhaltspunkte dafür entnehmen, die Duschwanne, die Fugen, die angrenzenden Wände und die sonstigen Bauteile einer Dusche könnten als einheitliche Einrichtung anzusehen sein, die über den Zulauf (Duschkopf) und Ablauf (Abwasserleitung) mit dem Rohrsystem verbunden ist.¹¹ Der durchschnittliche Versicherungsnehmer erwartet von seiner Wohngebäudeversicherung zwar einen umfassenden und – soweit sich aus ihr keine Einschränkungen ergeben – lückenlosen Schutz. In dieser Erwartung sieht er sich durch sein Verständnis von Teil A § 3 Nr. 3 Satz 2 VGB 2008 jedoch nicht getäuscht. Vielmehr wird er den Zweck dieser Klausel und ihren Sinnzusammenhang mit dem voranstehenden Satz dahingehend verstehen, das dort gewährte **Leistungsversprechen für Schäden durch austretendes Leitungswasser insofern zu konkretisieren, als dieses nur für Leitungswasser aus bestimmten, abschließend aufgezählten Quellen gilt.**¹² Die Beklagte war demnach leistungsfrei, weil das Wasser nicht aus einer in Teil A § 3 Nr. 3 Satz 2 VGB 2008 genannten Quelle ausgetreten ist.

6.

Recht der privaten Personenversicherung

Zum Recht der Personenversicherung sind im Berichtszeitraum die nachfolgend dargestellten Entscheidungen des Versicherungssenats ergangen.

¹⁰ a.a.O., juris, Rn. 13.

¹¹ a.a.O., juris, Rn. 14.

¹² a.a.O., juris, Rn. 17.

a)

Wann in der **Berufsunfähigkeitsversicherung** der Versicherungsfall eingetreten ist, hängt von der Formulierung der für das konkrete Vertragsverhältnis vereinbarten AVB ab. In einem Urteil vom 14. Juli 2021¹³ hat sich der BGH zu folgendem Bedingungswortlaut geäußert:

"1 Versicherungsschutz

...

1.2 Wann liegt vollständige Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor?

1.2.1 Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung, ... 6 Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen außerstande ist, ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, auszuüben.

...

2 Leistungen

...

2.1.2 Wir zahlen die zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit vereinbarte Rente ...

...

2.4 Ab wann werden Leistungen gewährt?

Karenzzeit

2.4.1 Der Anspruch auf Leistungen entsteht mit Beginn des Kalendermonats nach Eintritt der Berufsunfähigkeit (= Beginn des sechsmonatigen Zeitraums gemäß Abschnitt 1.2.1) und Ablauf einer gegebenenfalls vorgesehenen und vereinbarten Karenzzeit.

..."

¹³ – [IV ZR 153/20](#) – NJW 2021, 2970 = VersR 2021, 1158 = r+s 2021, 528; an diesem Verfahren war unsere Kanzlei beteiligt.

Anders als das Berufungsgericht gemeint hatte, **tritt der Versicherungsfall nicht stets mit dem Beginn des Sechsmonatszeitraums gemäß Abschnitt 1.2.1 AVB ein.** Vielmehr ist entsprechend den beiden Alternativen dieser Klausel danach zu differenzieren, ob die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen zur Berufsausübung außerstande war (Berufsunfähigkeit **am Ende** dieses Zeitraums) oder ob sie voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen hierzu außerstande ist (Berufsunfähigkeit **zu Beginn** des Zeitraums).¹⁴ Der für die Auslegung der AVB maßgebliche durchschnittliche Versicherungsnehmer wird bei der Prüfung der Frage, wann Berufsunfähigkeit eingetreten ist, die Überschrift von Abschnitt 1.2 AVB finden und Abschnitt 1.2.1 in den Blick nehmen. Er wird erkennen, dass dieser zwei durch das Wort „oder“ getrennte Alternativen aufführt, wobei die erste Alternative im Imperfekt formuliert ist („6 Monate ununterbrochen außerstande war“) und daraus folgern, dass es insoweit auf eine rückblickende Beurteilung ankommt, die erst nach Ablauf des Sechsmonatszeitraums möglich ist. Unter Einbeziehung der Formulierung zu Anfang der Klausel („Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person ...“) wird er annehmen, dass der Versicherungsfall der Berufsunfähigkeit nach dieser Alternative erst nach Ablauf des Sechsmonatszeitraums vorliegen kann.¹⁵

Nach dem Wort „oder“ wird der Versicherungsnehmer die zweite Alternative für das Vorliegen vollständiger Berufsunfähigkeit erkennen („voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen außerstande ist“). Er wird bemerken, dass diese Alternative im Präsens formuliert ist und keine rückschauende Betrachtung zum Gegenstand hat, sondern die Prognose, ob die versicherte Person „voraussichtlich“ während eines Sechsmonatszeitraums außerstande sein wird, ihren Beruf auszuüben. Aus dem Umstand, dass die Klausel insoweit auf eine Prognose zu Beginn eines Sechsmonatszeitraums abstellt, wird der Versicherungsnehmer folgern, dass die hieran geknüpft Berufsunfähigkeit schon zu Beginn dieses Zeitraums vorliegt.¹⁶

¹⁴ a.a.O., juris, Rn. 10.

¹⁵ a.a.O., juris, Rn. 12.

¹⁶ a.a.O., juris, Rn. 13.

Den **Sinnzusammenhang der beiden Alternativen** wird er dahingehend verstehen, dass eine erheblich beeinträchtigte Person, deren Außerstandesein zur Berufsausübung während der nächsten sechs Monate abzusehen ist, bereits berufsunfähig im Sinne der zweiten Alternative von Abschnitt 1.2.1 AVB ist, während bei einer Person, bei welcher eine solche Prognose (noch) nicht möglich ist, der Sechsmonatszeitraum abgewartet werden muss und erst dann feststeht, dass für die Folgezeit Berufsunfähigkeit im Sinne der ersten Alternative der Klausel vorliegt.¹⁷

Abschnitt 2.4.1 AVB wird ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer nichts Anderes entnehmen. Angesichts der Überschrift „Ab wann werden Leistungen gewährt?“ und der weiteren Überschrift „Karenzzeit“, wird er die Klausel für die Beurteilung der Frage, wann der Versicherungsfall der Berufsunfähigkeit eintritt, nicht in den Blick nehmen.¹⁸ Unabhängig davon wird er erkennen, dass die Klausel nicht den Versicherungsfall, sondern allein den Leistungsbeginn regelt. Auch dem Klammerzusatz („= Beginn des sechsmonatigen Zeitraums gemäß Abschnitt 1.2.1“) wird der Versicherungsnehmer nicht entnehmen, dass Berufsunfähigkeit entgegen seinem Verständnis von Abschnitt 1.2.1 AVB in beiden Alternativen bereits zu Beginn des Sechsmonatszeitraums vorliegt.¹⁹

b)

Im 2. Halbjahr 2021 betrafen nur noch drei Entscheidungen die **Rückabwicklung von nach dem so genannten Policenmodell geschlossenen Lebens- und Rentenversicherungsverträgen nach Widerspruch** gemäß § 5a VVG a.F.

¹⁷ a.a.O., juris, Rn. 14.

¹⁸ a.a.O., juris, Rn. 16.

¹⁹ a.a.O., juris, Rn. 16.

aa)

Nach der Rechtsprechung des BGH kann auch bei einer fehlenden oder fehlerhaften Widerspruchsbelehrung die **Geltendmachung des Widerspruchsrechts** ausnahmsweise **Treu und Glauben widersprechen** und damit unzulässig sein, **wenn besonders gravierende Umstände des Einzelfalles vorliegen**, die vom Tatrichter festzustellen sind.²⁰ Allgemeingültige Maßstäbe dazu, ob und unter welchen Voraussetzungen Treu und Glauben bei fehlerhafter Belehrung der Annahme einer Geltendmachung des Widerspruchsrechts entgegenstehen, können nicht aufgestellt werden; vielmehr obliegt die Anwendung der Grundsätze von Treu und Glauben im Einzelfall dem Tatrichter.²¹ Auch in Fällen eines fortbestehenden Widerspruchsrechts kann die Bewertung des Tatrichters in der Revisionsinstanz nur daraufhin überprüft werden, ob sie auf einer tragfähigen Tatsachengrundlage beruht, alle erheblichen Gesichtspunkte berücksichtigt und nicht gegen Denkgesetze oder Erfahrungssätze verstößt oder von einem falschen Wertungsmaßstab ausgeht.

Das Berufungsgericht hatte bei seiner Annahme treuwidrigen Verhaltens des Klägers – aus Rechtsgründen nicht zu beanstanden – in erster Linie berücksichtigt, dass der Kläger mit dem im August 2009 gestellten Antrag auf prämienpflichtige Fortführung des zuvor im Januar 2008 beitragsfrei gestellten Versicherungsvertrages den ausdrücklichen und bei der Beklagten entsprechendes Vertrauen auslösenden Willen zum Ausdruck gebracht habe, am Versicherungsvertrag festzuhalten. Darüber hinaus hatte das Berufungsgericht auch den weiteren Ablauf der Vertragsdurchführung in den Blick genommen und gemeint, dass die Beklagte nach der Ende 2010 erklärten Kündigung des Vertrages und Auszahlung des Rückkaufswertes auf die endgültige Beendigung des Versicherungsverhältnisses habe vertrauen dürfen. Insoweit hatte es auch nicht verkannt, dass eine vom Versiche-

²⁰ Beschluss vom 08. September 2021 – [IV ZR 133/20](#) – VersR 2021, 1479 = juris, Rn. 17 m.w.N.

²¹ a.a.O.

rungsnehmer ausgesprochene Kündigung als solche einem späteren Widerspruch nicht entgegensteht. Der Kläger hatte jedoch mit Schreiben vom 11. Dezember 2015 eine „Überprüfung der Auszahlungsbeträge“ gefordert, und damit aus der Sicht der Beklagten zu verstehen gegeben, dass er an der Beendigung des Vertrages durch die Kündigung festhalten wollte und lediglich mit der Höhe des ausgezahlten Rückkaufwertes nicht einverstanden war.²² Diese tatrichterliche Beurteilung erfasste alle wesentlichen Gesichtspunkte des Streitfalles und ließ Verstöße gegen Denkgesetze oder Erfahrungssätze nicht erkennen.

bb)

In einem Urteil vom 27. Oktober 2021²³ geht es um mögliche Ansprüche einer Inkassodienstleisterin, welche aus abgetretenem Recht weitergehende Ansprüche auf **bereicherungsrechtliche Rückabwicklung einer fondsgebundenen Lebensversicherung** gegen die beklagte Versicherung geltend machte. Diese war nach dem Policenmodell zustande gekommen und später von der Versicherungsnehmerin gekündigt worden. Die Versicherung zahlte den Rückkaufswert an die Versicherungsnehmerin aus, welche sodann alle nach Auszahlung des abgerechneten Rückkaufswerts noch bestehenden Rechte aus dem Versicherungsvertrag an die Klägerin abtrat, die den Widerspruch gegen das Zustandekommen des Vertrages erklärte und klageweise die Rückzahlung restlicher Prämien und die Herausgabe restlicher Nutzungen von der Beklagten begehrte.

Im Revisionsverfahren hat die Klägerin mit Blick auf das Urteil des IV. Zivilsenats vom 29. April 2020²⁴ nicht mehr die Berechnung der Nutzungen anhand der Eigenkapitalrendite verlangt, sondern den vom Berufungsgericht gewählten Berechnungsmaßstab der Nettoverzinsung hingenommen. Ohne Erfolg wandte sie sich dagegen, dass das Berufungsgericht der Klägerin Nutzungen aus den Abschlusskosten verwehrt und hinsichtlich des

²² a.a.O., juris, Rn. 18.

²³ – [IV ZR 45/20](#) – VersR 2022, 95.

²⁴ – [IV ZR 5/19](#) – VersR 2020, 836 = juris, Rn. 15 ff.; an diesem Verfahren war unsere Kanzlei beteiligt.

Verwaltungskostenanteils nur aus einem Bruchteil von 5,5 % gewährt hatte. Nach ständiger Rechtsprechung des BGH bleibt der auf Abschlusskosten entfallende Prämienanteil für Nutzungsersatzansprüche regelmäßig außer Betracht; mangels abweichender Anhaltspunkte ist davon auszugehen, dass der Versicherer diesen Prämienanteil nicht zur Kapitalanlage nutzen konnte.²⁵

Nichts Anderes gilt deshalb, weil zu den Abschlusskosten sowohl externe als auch interne Kosten zählen. Abschlusskosten beinhalten, wie das Berufungsgericht zutreffend ausgeführt hatte, als unmittelbar zurechenbare Aufwendungen nicht allein die Zahlung von Provisionen an Versicherungsvertreter und von Maklercourtagen gemäß § 43 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 a) und b) RechVersV, sondern weitere mit dem Abschluss eines Versicherungsvertrages verbundene Kosten, wie die Aufwendungen für die Anlegung der Versicherungsakte, für die Aufnahme des Versicherungsvertrages in den Versicherungsbestand und für die ärztlichen Untersuchungen im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versicherungsverträgen (§ 43 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 c) RechVersV) sowie die in § 43 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 RechVersV aufgeführten mittelbar zurechenbaren Aufwendungen.²⁶ Diese Differenzierung bedeutet nicht, dass interne Abschlusskosten dem Versicherer für die Ziehung von Nutzungen zur Verfügung stehen. Vielmehr handelt es sich dabei ebenso wie bei externen Abschlusskosten um Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Zustandekommen des Versicherungsvertrages; mit Blick darauf muss der widersprechende Versicherungsnehmer konkrete Anhaltspunkte dafür vorbringen, dass der Versicherer aus diesen Prämienanteilen Nutzungen ziehen konnte.²⁷ **Die auf ein versicherungsmathematisches Privatgutachten gestützte Behauptung der Klägerin, die tatsächlich ausgezahlten Provisionen innerhalb der kalkulierten Abschlusskosten betrügen „im Marktschnitt“ ca. 70 % der tatsächlich gezahlten Beiträge, war dazu nicht ausreichend.**²⁸

25 a.a.O., juris, Rn. 13 m.w.N.

26 a.a.O., juris, Rn. 14.

27 a.a.O., juris, Rn. 15.

28 a.a.O., juris, Rn. 16.

Der zur Bestreitung von Verwaltungskosten aufgewandte Prämienanteil kann nach der Rechtsprechung des BGH zur Berechnung von Nutzungszinsen herangezogen werden, soweit der Versicherer auf diese Weise den Einsatz sonstiger Finanzmittel ersparte, die er zur Ziehung von Nutzungen verwenden konnte.²⁹ Das Berufungsgericht hatte eine Ersparnis sonstiger Finanzmittel rechtfehlerfrei nur insoweit angenommen, als der Versicherer den für die Verwaltungskosten kalkulierten Anteil der Prämien nicht für die anteilig auf den Vertrag des Versicherungsnehmers entfallenden Verwaltungskosten tatsächlich verbraucht und Kostenüberschüsse erzielt hat. Dabei hatte es richtig gesehen, dass es für die Frage der Nutzungen entscheidend darauf ankommt, ob positiv festgestellt werden kann, dass der Bereicherungsschuldner aus dem empfangenen Geldbetrag im Ergebnis einen Erfolg erzielt hat, ob und inwieweit also die Verwendung dieses Betrages in seinem Unternehmen zu dessen Ertrag beigetragen hat.³⁰

cc)

Eine Nichtzulassungsbeschwerde wurde zurückgewiesen, weil die Rechtsfrage nach den Folgen des Fehlens von Angaben über die **Zugehörigkeit des Versicherers zu einer Einrichtung zur Sicherung der Ansprüche von Versicherten (Sicherungsfonds)** durch das Urteil vom 10. Februar 2021³¹ bereits zum Nachteil des Klägers beantwortet wurde.³² Danach ist die Ausübung des Widerspruchsrechts rechtsmissbräuchlich im Sinne von § 242 BGB, wenn eine Verbraucherinformation hinsichtlich der Mitteilung über die Verpflichtung des Versicherers zur Zugehörigkeit zu einem Sicherungsfonds inhaltlich unzutreffend und unvollständig ist, weil die vollständige und zutreffende Information einem Interessenten schon ihrer Art nach keinen Anlass hätte geben können, vom Vertragsschluss abzusehen.

²⁹ a.a.O., juris, Rn. 17.

³⁰ a.a.O., juris, Rn. 18.

³¹ – [IV ZR 32/20](#) – VersR 2021, 437 Rn. 15 ff.; vgl. Ziff. 6 b) bb) unserer [Übersicht für das 1. Halbjahr 2021](#).

³² Beschluss vom 17. November 2021 – [IV ZR 10/21](#) – nur bei juris; an diesem Verfahren war unsere Kanzlei beteiligt.

c)

Zum Recht der privaten **Krankenversicherung** hat der BGH seine mit Urteil vom 16. Dezember 2020³³ begonnene und bereits im ersten Halbjahr 2021 mehrfach bestätigte³⁴ Rechtsprechung zu den **Anforderungen an die Wirksamkeit von Beitragserhöhungen** erneut bekräftigt.³⁵ Hierzu verweisen wir der Einfachheit halber auf die Darstellung der höchstrichterlichen Vorgaben in unseren früheren Übersichten.

d)

Der private Krankenversicherer ist nach § 394 Satz 2 BGB berechtigt, mit rückständigen Prämienforderungen aus einer Krankheitskostenversicherung gegen Krankentagegeldansprüche des Versicherungsnehmers aufzurechnen.³⁶ Aus dieser Vorschrift ergibt sich die grundsätzliche Zulässigkeit der Aufrechnung mit einer Prämienforderung des Versicherers. Zwar findet eine Aufrechnung, soweit eine Forderung der Pfändung nicht unterworfen ist, gegen diese nicht statt (§ 394 Satz 1 BGB). Gegen die aus Kranken-, Hilfs- oder Sterbekassen, insbesondere aus Knappschaftskassen und Kassen der Knappschaftsvereine, zu beziehenden Hebungen können aber geschuldete Beiträge aufgerechnet werden (§ 394 Satz 2 BGB). Der Versicherer ist daher berechtigt, ausnahmsweise auch gegen eigentlich gemäß § 850b Abs. 1 Nr. 4 ZPO unpfändbare Forderungen aufzurechnen.³⁷ Eine **Aufrechnung mit Prämienforderungen** aus der Krankheitskostenversicherung gegen Krankentagegeldansprüche des Beklagten ist **selbst dann nicht unzulässig, wenn es sich bei der Krankheitskosten- und der Krankentagegeldversicherung formal um selbständige Verträge handelt** (vgl. § 192 Abs. 1, Abs. 3 und Abs. 5 VVG), die

³³ – [IV ZR 294/19](#) – VersR 2021, 240; vgl. Ziff. 6. c) unserer [Übersicht für das 2. Halbjahr 2020](#).

³⁴ Vgl. Ziff. 6. c) unserer [Übersicht für das 1. Halbjahr 2021](#).

³⁵ Urteile vom 21. Juli 2021 – [IV ZR 191/20](#) – juris; vom 20. Oktober 2021 – [IV ZR 148/20](#) – NJW-RR 2022, 34 und vom 17. November 2021 – [IV ZR 109/20](#) – juris, Rn. 16 ff.

³⁶ Urteil vom 29. September 2021 – [IV ZR 99/20](#) – juris, Leitsatz 1 und Rn. 14.

³⁷ a.a.O., juris, Rn. 15 m.w.N.

unter einer einheitlichen Vertragsnummer geführt werden, und in der Krankentagegeldversicherung keine Rückstände bestanden.³⁸ Für eine entsprechende Auslegung des § 394 Satz 2 BGB spricht der Wortlaut der Norm, der nicht auf eine bestimmte Vertragsart, sondern auf „Kranken-, Hilfs- oder Sterbekassen“ als Institutionen abstellt.³⁹ Das Gesetz fordert nicht, dass die zur Aufrechnung gestellte Beitragsforderung den Vertrag betrifft, aus dem der Leistungsanspruch des Versicherungsnehmers resultiert; der Wortlaut des § 394 Satz 2 BGB beschränkt sich nur auf die Art der zur Aufrechnung gestellten Forderung, grenzt aber nicht nach deren Entstehungsgrund ab.⁴⁰

Aus der Entstehungsgeschichte des § 394 Satz 1 BGB ergibt sich nichts anderes.⁴¹ Eine einschränkende Auslegung des § 394 Satz 2 BGB dahingehend, dass die Aufrechnung geschuldeter Beiträge nur gegen auf demselben Versicherungsvertrag beruhende und somit konnexe Leistungsansprüche zulässig sein soll, ist auch mit dem erkennbaren Regelungszweck der Vorschrift nicht vereinbar.⁴² Der Forderungsinhaber kann nach Treu und Glauben nicht damit rechnen, die betreffenden Bezüge ungeschmälert ausgezahlt zu bekommen, ohne seine Pflicht zur Entrichtung der laufenden Beiträge zu erfüllen. Auch der weiter durch § 394 Satz 2 BGB bezweckte Schutz der sogenannten Globaläquivalenz, die das System des Ausgleichs der Leistungen im Sinne des Versicherungsprinzips auf kollektiver Ebene aufrecht und funktionsfähig halten soll, spricht dafür, der jeweiligen Kasse die Aufrechnung mit sämtlichen vom Berechtigten geschuldeten Beiträgen, nicht aber mit sonstigen Ansprüchen zu ermöglichen.⁴³ Aus § 35 VVG folgt nichts anders, weil § 394 Satz 2 BGB – im Gegensatz zu § 35 VVG – keine Ausnahme vom Gegenseitigkeitsverhältnis macht und nur auf der jeweiligen Kasse geschuldete Beiträge abstellt.⁴⁴

38 a.a.O., juris, Rn. 16.

39 a.a.O., juris, Rn. 17.

40 a.a.O., juris, Rn. 17.

41 a.a.O., juris, Rn. 18.

42 a.a.O., juris, Rn. 19.

43 a.a.O., juris, Rn. 19.

44 a.a.O., juris, Rn. 20.

Die **wirksame Aufrechnung beendet ein Ruhen des Versicherungsvertrages**.⁴⁵ Nach § 193 Abs. 9 Satz 1 VVG wird der Vertrag, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind, ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer vor Eintritt des Ruhens versichert war. Ein voluntatives Element auf Seiten des Versicherungsnehmers ist nach der passivischen Formulierung „Sind alle rückständigen Prämienanteile ... gezahlt, ...“ für die Rückkehr in den Normaltarif nicht erforderlich.⁴⁶ Auch der Sinn und Zweck des § 193 Abs. 1 Satz 1 VVG und der Gesamtregelung dieser Vorschrift belegen, dass die Rückkehr in den Normaltarif nicht von einer willentlichen Zahlung durch den Versicherungsnehmer abhängt. Ziel der Einführung des Notlagentarifs war es, die Beitragsschuldner vor weiterer Überschuldung zu schützen, gleichzeitig ihre Notfallversorgung zu gewährleisten und das Kollektiv der Versicherten-gemeinschaft finanziell zu entlasten.⁴⁷ Diese Ziele werden nicht vereitelt, wenn der Versicherer mit rückständigen Prämienforderungen gegen Leistungsansprüche aufrechnet; vielmehr wird eine weitere Überschuldung des Beitragsschuldners vermieden, wenn Prämienrückstände durch Aufrechnung getilgt werden.⁴⁸ Zudem ist gemäß § 193 Abs. 7 Satz 4 VVG ein Wechsel in den oder aus dem Notlagentarif ausgeschlossen und dem Versicherungsnehmer damit eine freie Wahl zwischen Normal- und Notlagentarif verwehrt. Angesichts dieser gesetzlichen Vorgabe spricht nichts dafür, dass die Beendigung des Notlagentarifs und die Rückkehr in den Ursprungstarif vom Willen des Versicherungsnehmers abhängen sollten. Darüber hinaus verschließt die gegenteilige Auffassung dem Versicherungsnehmer eine von diesem gewollte Rückkehr in den früheren Tarif, wenn die Prämienrückstände durch Aufrechnung erloschen sind und nicht mehr durch eine Zah-

45 a.a.O., juris, Rn. 21 ff.

46 a.a.O., juris, Rn. 24 f.

47 Vgl. BT-Drucks. 17/13079, S. 6; vgl. auch Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss), BT-Drucks. 17/13947, S. 31.

48 a.a.O., juris, Rn. 27.

lung des Versicherungsnehmers getilgt werden können. Ein derart erzwungener Verbleib im Notlagentarif würde auch den Interessen der Versicherungsgemeinschaft nicht gerecht.⁴⁹

e)

Mit dem **satzungsergänzenden Beschluss des Verwaltungsrats der VBL vom 18. November 2016 (SEB 2016)** befasst sich ein Urteil vom 06. Oktober 2021.⁵⁰ Der amtliche Leitsatz hält fest, dass die darin geregelte Verzinsung des noch zu zahlenden Gegenwerts in Höhe der Reinverzinsung (Nr. 4 Satz 2 und 3 SEB 2016) sowie die Ausgestaltung der Entscheidungsfrist für die Neuberechnung des Gegenwerts oder das Erstattungsmodell als dreimonatige Frist (Nr. 5.2 SEB 2016) den ausgeschiedenen Beteiligten unangemessen benachteiligen (§ 307 Abs. 1 Satz 1 BGB).⁵¹ Die weiteren Bestimmungen des SEB 2016 zur Berechnung des Gegenwerts und zum Erstattungsmodell sind wirksam.

f)

Vier inhaltsgleiche Beschlüsse sind am 10. November 2021 zu der Frage ergangen, ob den Versicherungsnehmern und ihren Prozessbevollmächtigten ein **Anspruch auf Aufhebung einer gerichtlichen Geheimhaltungsanordnung** nach § 174 Abs. 3 Satz 1 GVG in Bezug auf seitens der beklagten **Krankenversicherer** für geheimhaltungsbedürftig erachtete Unterlagen zum Beleg der Berechtigung von diesen vorgenommener Prämienanpassungen zusteht.⁵² Der BGH hat die von den Beschwerdegerichten zugelassenen Rechtsbeschwerden für unbegründet erachtet.

Die Zivilgerichte haben beim Streit zwischen Versicherungsnehmer und Versicherer über die Wirksamkeit einer Prämienanpassung im Rahmen einer privaten Krankenversicherung unter Berücksichtigung sowohl der Interessen des Versicherungsnehmers wie auch des Versicherers zu prüfen,

49 a.a.O., juris, Rn. 27.

50 – [IV ZR 96/19](#) – WM 2021, 2251.

51 a.a.O., juris, Rn. 63 ff.

52 – [IV ZB 27/20](#) –; – [IV ZB 28/20](#) –; – [IV ZB 29/20](#) – und – [IV ZB 40/20](#) – alle nur bei juris.

ob einem Interesse des Versicherers an der Geheimhaltung der für die Prämienkalkulation maßgeblichen Berechnungsgrundlagen durch die Anwendung der §§ 172 Nr. 2, 173 Abs. 2, 174 Abs. 3 Satz 1 GVG Rechnung getragen werden kann.⁵³ Im Rahmen des durch § 174 Abs. 3 GVG eröffneten Ermessens obliegt es grundsätzlich dem Tatrichter, unter Berücksichtigung der Gesamtumstände über den erforderlichen Umfang der Geheimhaltungsverpflichtung zu entscheiden. Das Rechtsbeschwerdegericht kann lediglich überprüfen, ob der Tatrichter sein Ermessen verkannt, die Grenzen seines Ermessens überschritten oder von seinem Ermessen in einer dem Zweck der Ermächtigung nicht entsprechenden Weise Gebrauch gemacht hat.⁵⁴ Solche Fehler ließen sich in den entschiedenen Fällen nicht feststellen.

Zwar umfasst die Geheimhaltungsverpflichtung nur solche Tatsachen, die dem zum Schweigen Verpflichteten nicht bereits vorher bekannt waren, jedoch fehlte substantieller Vortrag der Rechtsbeschwerdeführer hinsichtlich welcher der als geheimhaltungsbedürftig bezeichneten Unterlagen solche Vorkenntnisse bestanden. Das Gericht ist auch nicht verpflichtet, von sich aus ohne weiteres umfangreiche Ermittlungen dazu anzustellen, hinsichtlich welcher im Gerichtssaal anwesenden Person nur noch ein eingeschränktes oder gar kein Bedürfnis für die Geheimhaltungsverpflichtung mehr besteht, weil ihr alle oder einige der aus Sicht des Geheimnisträgers zu schützenden Tatsachen bereits bekannt sind; vielmehr kann das Gericht bei seiner Ermessensausübung auch ein nur möglicherweise bestehendes Geheimhaltungsinteresse berücksichtigen.⁵⁵ Darüber hinaus ist bei der Überprüfung, ob sich der Tatrichter bei der Geheimhaltungsanordnung im Rahmen des ihm zustehenden Ermessens bewegt hat, auf den Zeitpunkt der Beschlussfassung abzustellen. Entscheidend ist hierbei, ob zu diesem Zeitpunkt aus Sicht des Tatrichters damit zu rechnen war, dass demjenigen

53 – IV ZB 27/20 – juris, Rn. 13 m.w.N.

54 a.a.O., juris, Rn. 14 m.w.N.

55 a.a.O., juris, Rn. 21 m.w.N.

Tatsachen durch die Verhandlung oder durch ein das Verfahren betreffendes amtliches Schriftstück zur Kenntnis gelangen, dessen Verpflichtung zur Geheimhaltung in Rede steht.⁵⁶

Die Geheimhaltungsanordnung erweist sich auch nicht als rechtsfehlerhaft, weil mit ihr den Klägervertretern die Möglichkeit der Verwendung von Kenntnissen aus dem vorliegenden Verfahren in anderen Parallelrechtsstreitigkeiten genommen wird; dies ist nicht Sinn und Zweck der Erörterung der Berechnungsgrundlagen im Rechtsstreit mit der Beklagten.⁵⁷

Schließlich waren die Geheimhaltungsanordnungen auch nicht deshalb rechtsfehlerhaft, weil sie sich nicht auch auf die anwesenden Beklagtenvertreter erstreckten. Dem Gericht ist ein Auswahlermessen jedenfalls für die Fälle des § 172 Nr. 2 und 3 GVG auch eröffnet hinsichtlich der nach Ausschluss der Öffentlichkeit noch im Sitzungssaal verbliebenen und zur Geheimhaltung zu verpflichtenden Personen.⁵⁸

g)

In einer weiteren Entscheidung zur privaten **Krankenversicherung** geht es um die **Verjährung von Ansprüchen des Versicherungsnehmers auf Rückgewähr von Erhöhungsbeträgen, deren Begründung nicht den gesetzlichen Anforderungen entsprach**.⁵⁹ Der Kläger wandte sich gegen mehrere Beitragserhöhungen in den Jahren 2008, 2009, 2013 und 2016, die sein privater Krankenversicherer vorgenommen hatte. Der Kläger war der Auffassung, dass die Beitragserhöhungen wegen unzureichender Begründungen im Sinne des § 203 Abs. 5 VVG unwirksam seien; er forderte mit seiner im Jahr 2018 erhobenen Klage zuletzt u.a. die Rückzahlung der auf die Beitragserhöhungen vom 01. Juli 2008 bis zum 31. Dezember 2017 gezahlten Prämienanteile.

⁵⁶ a.a.O., juris, Rn. 22 m.w.N.

⁵⁷ a.a.O., juris, Rn. 27.

⁵⁸ a.a.O., juris, Rn. 29 m.w.N.

⁵⁹ Urteil vom 17. November 2021 – [IV ZR 113/20](#) – NJW 2022, 389 = VersR 2022, 97 = r+s 2022, 30; krit. Anm. dazu: Haußühl, VersR 2022, 97 (101 ff.); vgl. auch Urteil vom 17. November 2021 – [IV ZR 109/20](#) – juris, Rn. 32 ff.

Der IV. Zivilsenat hatte mit Urteil vom 16. Dezember 2020⁶⁰ über die Anforderungen an die Begründung einer Prämienanpassung entschieden. Hieran anknüpfend hat der BGH geurteilt, dass die Erhebung einer Klage, mit der die formelle Unwirksamkeit von Beitragserhöhungen in der privaten Krankenversicherung aufgrund einer den Anforderungen des § 203 Abs. 5 VVG nicht genügenden Begründung geltend gemacht wird, jedenfalls dann nicht wegen einer unsicheren und zweifelhaften Rechtslage bis zur Klärung durch den BGH unzumutbar war, wenn der Versicherungsnehmer gleichwohl bereits vor einer höchstrichterlichen Entscheidung seinen Anspruch gegenüber dem Schuldner geltend macht und dadurch selbst zu erkennen gibt, vom Bestehen des Anspruchs auszugehen. Der Beginn der Verjährungsfrist für Ansprüche auf Rückzahlung erhöhter Beiträge war daher nicht bis zu einer Entscheidung des BGH hinausgeschoben.

Der Kläger erlangte die für den Beginn der Verjährungsfrist nach § 199 Abs. 1 Nr. 2 BGB erforderliche Kenntnis vom Fehlen des Rechtsgrundes für die Zahlung der Erhöhungsbeträge mit Erhalt der seiner Ansicht nach **formal unzureichenden** Änderungsmitteilungen.⁶¹ Dagegen ist es für den Beginn der Verjährungsfrist ohne Bedeutung, ob er mit dem Zugang der Änderungsmitteilungen auch Kenntnis von den Tatsachen hatte, aus denen die von ihm ebenfalls geltend gemachte **materielle Unwirksamkeit** der Beitragserhöhungen folgen könnte. **Zwar kann ausnahmsweise die Rechtsunkenntnis des Gläubigers den Verjährungsbeginn aber hinausschieben, wenn eine unsichere und zweifelhafte Rechtslage vorliegt**, die selbst ein rechtskundiger Dritter nicht zuverlässig einzuschätzen vermag; denn **in diesen Fällen fehlt es an der Zumutbarkeit der Klageerhebung** als übergreifende Voraussetzung für den Verjährungsbeginn.⁶² **An einer**

⁶⁰ – [IV ZR 294/19](#) – VersR 2021, 240; vgl. Ziff. 6. c) unserer [Übersicht für das 2. Halbjahr 2020](#); vgl. oben Ziff. 6. c).

⁶¹ – [IV ZR 113/20](#) – a.a.O., juris, Rn. 42.

⁶² a.a.O., juris, Rn. 43.

solchen **Unzumutbarkeit fehlt es jedoch, wenn der Versicherungsnehmer bereits vor einer höchstrichterlichen Entscheidung zu den Anforderungen, die an die nach § 203 Abs. 5 VVG mitzuteilenden Gründe einer Prämienanpassung zu stellen sind, seine Ansprüche gegen den Versicherer geltend gemacht und Klage erhoben hat.**⁶³ Eine erneute Kenntnisnahme vom Fehlen desselben Rechtsgrundes aus weiteren Gründen setzt keine neue Verjährungsfrist in Gang.⁶⁴

Das Berufungsgericht hatte daher zu Recht die Rückzahlungsansprüche für die bis zum 31. Dezember 2014 geleisteten Erhöhungsbeträge für verjährt gehalten.

h)

Soweit keine Verjährung der Ansprüche auf Rückgewähr der auf unwirksame Erhöhungsverlangen des Krankenversicherers geleisteten Prämienanteile eingetreten ist, hat der Versicherungsnehmer einen **Anspruch auf Verzugszinsen aus den gezogenen Nutzungen.**⁶⁵ Ein Versicherungsnehmer, der vom beklagten Versicherer die Herausgabe von Nutzungen aus rechtsgrundlos geleisteten Beitragszahlungen verlangt, ist für Anfall und Höhe tatsächlich gezogener Nutzungen darlegungs- und beweisbelastet. Diese Darlegungslast der Klägerin hatte das Berufungsgericht in nicht zu beanstandender Weise auch für das Mahnschreiben zugrunde gelegt und insoweit mangels Bezifferung der Nutzungen die notwendige Bestimmtheit des Mahnschreibens verneint.⁶⁶

Zu Unrecht hatte sich das Berufungsgericht jedoch nicht mit einem Schreiben der Beklagten befasst, in dem diese die Leistung ernsthaft und endgültig verweigert hatte, so dass sie auch ohne Mahnung in Verzug geraten ist, § 286 Abs. 2 Nr. 3 BGB. In diesem Schreiben hatte die Beklagte die geltend

⁶³ a.a.O., juris, Rn. 45.

⁶⁴ a.a.O., juris, Rn. 47.

⁶⁵ Urteil vom 17. November 2021 – [IV ZR 109/20](#) – juris, Rn. 42 ff.

⁶⁶ a.a.O., juris, Rn. 43.

gemachten Rückzahlungsansprüche – und damit auch die Herausgabe jeglicher aus den Prämienanteilen gezogener Nutzungen – bestimmt und ohne Einschränkung zurückgewiesen. Ein Anspruch auf Verzugszinsen bestand daher ab dem auf dieses Schreiben folgenden Tag.

7. + 6. + 8.

**Haftpflichtversicherungsrecht
Rechtsschutzversicherungsrecht
Grundzüge des Vertrauensschaden- und Kreditsicherungsrechts**

Zu diesen Rechtsgebieten sind – soweit ersichtlich – im Berichtszeitraum keine inhaltlich begründeten Entscheidungen ergangen.

Karlsruhe, 05. April 2022



Dr. Siegfried Mennemeyer
auch Fachanwalt für Medizinrecht



Dr. Christoph Hugemann, LL.M.
auch Fachanwalt für Versicherungsrecht