

Nachschlagewerk: ja

BGHZ: nein

AVB f. Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldvers.
(Wartezeitklausel)

Ist in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen einer Krankheitskosten- oder Krankenhaustagegeldversicherung bestimmt, daß allgemeine und besondere Wartezeiten für Unfälle und Unfallfolgen nicht bestehen, so entfallen diese Wartezeiten auch für solche Krankheiten, die zwar schon vorher als Krankheitsanlage beim Versicherten vorhanden waren, aber erst durch einen Unfall ausgelöst worden sind.

BGH, Urt. v. 24. März 1976 - IV ZR 208/74 - OLG Köln
LG Köln

BUNDESGERICHTSHOF

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

Vorkündet am
24. März 1976
H e l l m a n n ,
Justizhauptsekretär
als Urkundsbeamter
der Geschäftsstelle

IV ZR 208/74

in dem Rechtsstreit

der D [REDACTED] Krankenversicherungs AG, vertreten durch
ihren Vorstand, bestehend aus dem Vorsitzenden Werner K [REDACTED]
und den Vorstandsmitgliedern Gunther A [REDACTED], Berend F [REDACTED],
Dr. Horst G [REDACTED] und Heinz P [REDACTED], K [REDACTED], A [REDACTED]
Straße [REDACTED],

Beklagten und Revisionsklägerin,

- Prozeßbevollmächtigte: Rechtsanwälte Dr. [REDACTED] und
[REDACTED] -

gegen

den Redakteur Dr. Manfred D [REDACTED], [REDACTED] S [REDACTED],
B [REDACTED] weg [REDACTED],

Kläger und Revisionsbeklagten,

- Prozeßbevollmächtigter: Rechtsanwalt Dr. [REDACTED] -

28

- 2 -

Der IV. Zivilsenat des Bundesgerichtshofes hat
auf die mündliche Verhandlung vom 12. März 1976 durch
den Vizepräsidenten Dr. Hauß und die Richter Dr. Bukow,
Knüfer, Dr. Hoegen und Dehner

für Recht erkannt:

Auf die Revision der Beklagten wird das
Urteil des 10. Zivilsenats des Oberlandes-
gerichts Köln vom 10. Oktober 1974 zu
Ziffer 1. (Feststellung), 4. (Zurückver-
weisung an das Landgericht) und 6. (Kosten)
der Urteilsformel aufgehoben.

In diesem Umfang wird die Sache zur ander-
weiten Verhandlung und Entscheidung an das
Berufungsgericht zurückverwiesen.

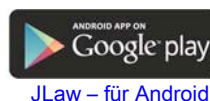
Im übrigen wird die Revision zurückgewiesen.

Dem Berufungsgericht wird die Entscheidung
über die Kosten der Revision übertragen.

Von Rechts wegen



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



Tatbestand:

Der Kläger beansprucht von der Beklagten aus einem mit Wirkung vom 1. März 1970 abgeschlossenen Krankenversicherungsvertrag Versicherungsleistungen (Ersatz von Krankheitskosten und Krankenhaustagegeld) aufgrund eines von ihm behaupteten Unfalls vom 12. Mai 1970. Nach den zum Vertragsinhalt gehörenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach den Wahlтарифen 63 (AVB - W 63) und denjenigen für Krankenhaustagegeld-Versicherungen nach dem Tarif TK (AVB - TK) beträgt die allgemeine Wartezeit drei Monate; für mehrere im einzelnen aufgezählte Krankheiten, darunter für Herz-, Kreislauf-, Gefäßkrankheiten sind besondere Wartezeiten von sechs Monaten vorgesehen (§ 18 Abs. 1 und 2 AVB - W 63; § 13 Nr. 2 und 3 a AVB - TK). Diese Wartezeiten entfallen bei Unfällen (§§ 2 Abs. 3, 18 Abs. 4 AVB - W 63; § 13 Nr. 4 a AVB - TK).

Der Kläger wurde vom 13. Mai bis 10. Juni 1970 stationär behandelt, zunächst im St. A- Krankenhaus in K und ab 27. Mai 1970 in der R Landesklinik für Sprachgestörte in B. Die abschließende Diagnose des behandelnden Arztes Dr. K im St. A- Krankenhaus lautete auf "kombinierte motorisch-sensorische Aphasie, sehr wahrscheinlich auf der Grundlage eines Embolus bei absoluter Arrhythmie des Herzens".

Der Kläger hat behauptet, die behandelte Gesundheitsschädigung beruhe ausschließlich auf einem am 12. Mai 1970 erlittenen Unfall. An diesem Tage seien ihm, als er unter der Zoobrücke in K an einer Fußgängerampel gewartet habe, Steine und Glassplitter auf den Kopf gefallen. Allein diese

Kopfverletzungen hätten die nachfolgenden stationären und ambulanten Heilbehandlungen verursacht.

Die Beklagte hat jegliche Leistung abgelehnt, weil für die behandelten Krankheiten die dafür geltende sechsmonatige Wartezeit nicht abgelaufen gewesen sei und diese organischen Erkrankungen mit dem Unfall vom 12. Mai 1970, den die Beklagte im übrigen bestritten hat, nichts zu tun gehabt hätten.

Mit Schreiben vom 20. August 1971 hat die Beklagte das Vertragsverhältnis mit sofortiger Wirkung gekündigt, weil der Kläger seit Januar 1971 keine Versicherungsprämien mehr gezahlt hatte. Mit dem Prämienanspruch für die Zeit von Januar bis August 1971 in Höhe von 1.047,60 DM (einschließlich Mahnkosten) hat die Beklagte hilfsweise aufgerechnet. Dem ist der Kläger mit der Behauptung entgegengetreten, er habe seinerseits den Versicherungsvertrag schon im Jahre 1970 gekündigt. Er habe der Beklagten die Kündigung seines damaligen Arbeitsverhältnisses zum 30. September 1970 - mündlich und schriftlich - bekanntgegeben und ihr zugleich mitgeteilt, er sei ab 1. Oktober 1970 AOK-Mitglied.

Das Landgericht hat die Klage, mit der der Kläger die Verurteilung der Beklagten zur Zahlung von 5.857,21 DM nebst 4 % Prozeßzinsen sowie die Feststellung begehrt hat, die Beklagte sei verpflichtet, ihm den in Zukunft aus dem Unfall vom 12. Mai 1970 noch entstehenden Schaden zu ersetzen, abgewiesen. Das Berufungsgericht hat die beantragte Feststellung ausgesprochen und hat die Beklagte zur Zahlung von 3.292,40 DM nebst 4 % Zinsen seit Rechtshängigkeit verurteilt. In Höhe einer Teilforderung von 279,20 DM hat es die Klage abgewiesen. Zur Entscheidung "über die weiteren Ansprü-

che" hat es den Rechtsstreit an das Landgericht zurückverwiesen.

Mit der - zugelassenen - Revision beantragt die Beklagte, die Klage in vollem Umfang abzuweisen. Der Kläger beantragt, die Revision zurückzuweisen.

Entscheidungsgründe:

Die Revision hat nur zum Teil Erfolg; soweit sie sich gegen die Verurteilung zur Zahlung von 3.292,40 DM nebst Zinsen richtet, ist sie unbegründet.

I.

1. Das Berufungsgericht hat nach Vernehmung von Zeugen und Einholung von Sachverständigengutachten festgestellt: Der Kläger habe am 12. Mai 1970 den von ihm behaupteten Unfall erlitten; an der K Zoobrücke habe ein von der Brücke herunterfallender harter Gegenstand - ein Stein oder eine Flasche - den Kläger am Kopf getroffen. Danach sei beim Kläger eine Hirnembolie mit Aphasie (= Störung des Sprechvermögens) eingetreten. Ein "direkter ursächlicher Zusammenhang" zwischen dem Unfall und den festgestellten und behandelten Krankheitserscheinungen in der Form einer direkten Traumaeinwirkung durch die herabgefallenen Flaschen oder Steine sei ausgeschlossen. Vielmehr sei die Hirnembolie auf der Grundlage einer beim Kläger schon vorhanden gewesenen

Herz-Arrhythmie entstanden. Hierfür sei jedoch die beim Unfall vom 12. Mai 1970 entstandene Aufregung des Klägers das auslösende Moment gewesen. Dagegen sei ein früherer Vorfall, vom 9. Februar 1970 (Rosenmontag), nicht mitursächlich für die hier streitige Heilbehandlung gewesen.

2. Die hiergegen gerichteten Verfahrensrügen der Revision (§ 286 ZPO) sind unbegründet. Sie bestehen zum großen Teil aus unzulässigen Angriffen auf die dem Tatrichter vorbehaltene Beweiswürdigung. Auch die Rüge, daß der in der Berufungserwiderung benannte Zeuge Dr. R. [REDACTED] nicht vernommen worden ist, greift nicht durch, weil die in das Wissen dieses Zeugen gestellten Indiztatsachen teils unstreitig, teils unerheblich sind. Es ist unstreitig, daß der Kläger den am 12. Mai 1970 zuerst konsultierten Arzt Dr. R. [REDACTED] nicht auf die unfallbedingte Kopfverletzung hingewiesen hat. Daß dies der Feststellung des Unfallereignisses nicht entgegensteht, hat das Berufungsgericht für die gleichermaßen bedeutsame Tatsache, daß auch Dr. K. [REDACTED] bei der alsbald nachfolgenden Untersuchung im Krankenhaus nichts vom Unfall gesagt worden ist, mit einer nicht zu beanstandenden und von der Revision auch nicht angegriffenen Würdigung eingehend ausgeführt. Weiter ist unstreitig, daß Dr. R. [REDACTED] die Beule am Hinterkopf des Klägers bei seiner Untersuchung am 12. Mai 1970 nicht festgestellt hat. Das ist aber ebenso unerheblich wie die streitige Frage, ob seine Untersuchung sorgfältig war oder nicht. Denn auch die Beklagte hat nicht in Zweifel gezogen, daß sich bei der Aufnahmeuntersuchung im St. A. [REDACTED]-Krankenhaus als Lokalbefund über dem rechten Hinterkopf des Klägers eine "unbedeutende kastaniengroße Beule, die stark druckschmerzhaft war", gefunden hat (so die schriftliche Aus-

sage von Dr. K. [REDACTED], Bl. 39 GA, BU S. 17). Diese Beule muß schon bei der etwaigen Untersuchung von Dr. R. [REDACTED] vorhanden gewesen sein; dafür, daß der Kläger die Kopfverletzung erst in der nachfolgenden Zeitspanne bis zur Krankenhausaufnahme erlitten haben könnte, gibt es keinen Anhaltspunkt.

II.

Das Berufungsgericht hat den Versicherungsschutz für die durch den Unfall ausgelöste Hirnembolie und die dadurch veranlaßte Heilbehandlung im Ergebnis zu Recht bejaht.

1. Mit Ausnahme der Wartezeiten werden Unfälle gemäß den AVB der Beklagten wie Krankheiten behandelt (§ 1 Abs. 2 Satz 1 AVB - W 63; §§ 1 Nr. 2 Satz 2, 13 Nr. 4 a AVB - TK). Damit umfaßt die nach diesen Bedingungen abgeschlossene Krankenversicherung auch eine Unfallversicherung, die allerdings auf diejenigen Versicherungsleistungen beschränkt ist, die auch bei krankheitsbedingter Heilbehandlung zu gewähren sind. Wie für den Unfall und dessen unmittelbare Verletzungsfolgen besteht auch für die Krankheit (im eigentlichen Sinne), die die "Folge" eines Unfalls ist, gemäß den AVB der Beklagten weder eine allgemeine noch eine besondere Wartezeit. Das ist in den AVB - TK in § 13 Nr. 3 a im Anschluß an die Aufzählung derjenigen Krankheitsgruppen, für die besondere Wartezeiten von sechs Monaten gelten, ausdrücklich geregelt:

" Ist eine der unter Ziff. 3 a aufgeführten, während der Wartezeit behandelten Krankheiten die Folge einer Krankheit, für die die Gesellschaft leistungspflichtig ist, so be-

stehen Ansprüche auf Versicherungsleistungen
auch für die Folgekrankheit. "

Daß diese Vorschrift auch für Unfälle gilt, ergibt sich aus der Definition des § 1 Nr. 2 AVB - TK ("als Krankheit gelten auch Unfälle"). In den AVB - W 63 fehlt zwar eine ausdrückliche Ausnahmenvorschrift für die während der Wartezeit behandelten "Folgekrankheiten". Aufgrund einer zusammenfassenden Betrachtung der §§ 1 Abs. 2, 2 Abs. 3 und 18 Abs. 4 AVB - W 63 gelangt man hier jedoch zum selben Ergebnis. § 1 Abs. 2 AVB - W 63 definiert den Versicherungsfall für die Krankheitskostenversicherung:

" Versicherungsfall im Sinne dieser Bedingungen ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit dem Eintritt in die Heilbehandlung; er endet, wenn nach ärztlichem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muß die Heilbehandlung auf eine Gesundheitsschädigung ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Versicherungsfall ist auch die Entbindung. "

Diese Bestimmung des Versicherungsfalls entspricht dem in der privaten Krankenversicherung heute üblichen Begriff des "gedehnten Versicherungsfalls" (vgl. BGH VersR 1974, 741), der sich nicht in einem einmaligen Ereignis vollendet, sondern einen Zustand des Versicherten mit Beginn (der Heilbehandlung) und Ende (der Behandlungsbedürftigkeit) umfaßt (vgl. auch § 1 Abs. 2 der Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung - MBKK -; eine dem § 1 Abs. 2 AVB - W 63 entsprechende Regelung für die Krankenhaustagegeldversicherung enthält § 1 Nr. 3 AVB - TK: Der Versicherungsfall beginnt hier mit der Aufnahme

in ein - im Sinne der AVB anerkanntes - Krankenhaus). Da der Begriff des "gedehnten Versicherungsfalls" auch für die Behandlung von Unfallfolgen gilt, weicht die Bestimmung des Versicherungsfalls insoweit von derjenigen in der allgemeinen Unfallversicherung ab, in der der Unfall selbst und nicht seine Folgen den Versicherungsfall darstellen (vgl. BGHZ 16, 37, 42 f; 32, 44, 48). Hat ein Unfall eine Krankheit aus den Gruppen hervorgerufen, für die an sich besondere Wartezeiten vorgesehen sind, so fällt diese Krankheit - als Unfallfolge - unter den durch den Unfall herbeigeführten (gedehnten) Versicherungsfall, für den nach § 2 Abs. 3 AVB - W 63 alle Wartezeiten entfallen.

2. Demnach hängt der Versicherungsschutz des Klägers zunächst davon ab, ob zwischen der ab dem 12./13. Mai 1970 behandelten Hirnembolie (mit Aphasie) und dem Unfall vom 12. Mai 1970 ein ursächlicher Bedingungszusammenhang besteht. Es würde nicht ausreichen, wenn der Zusammenhang zwischen Unfall und Behandlung des "alten Leidens" sich darin erschöpfte, daß bei Gelegenheit der Behandlung unmittelbarer Unfallfolgen das "alte Leiden" vom Arzt erstmals entdeckt und dann mitbehandelt worden wäre. Daß aber auf der Grundlage der revisionsrechtlich nicht zu beanstandenden Feststellungen des Berufungsgerichts (siehe oben I.) ein Ursachenzusammenhang in naturwissenschaftlichem Sinne (*conditio sine qua non*) besteht, zieht auch die Revision nicht in Zweifel. Bedenken gegen die Kausalität (in diesem realen Sinne) können auch nicht etwa deshalb erhoben werden, weil eine unfallbedingte Erregung des Klägers, also ein psychisches Moment, als Bindeglied in der mehrgliedrigen Kausalkette mitgewirkt hat und die am 12. Mai 1970 ausgelöste Hirnembolie auf zwei zusammenwirkende Ursachen - un-

fallbedingte Erregung und Herzleiden des Klägers (absolute Herz-Arrhythmie) - zurückzuführen ist (vgl. BGH VersR 1972, 582 f).

3. Die entscheidende Frage des vorliegenden Rechtsstreits, ob die (allgemeinen und besonderen) Wartezeiten auch für solche Krankheiten entfallen, die zwar mit einem Unfall (im Sinne realer Kausalität) ursächlich zusammenhängen, deren eigentliche Ursache - in medizinischer Sicht - aber in einer schon vorhandenen Krankheitsanlage liegt, bei der jederzeit eine ähnlich starke Erregung wie die durch den Unfall verursachte die Krankheit hätte auslösen können und ein Unfall gerade kein typischer Auslösefaktor ist, ist kein Kausalitätsproblem. Weder durch die Adäquanztheorie noch durch die im Deliktsrecht für derartige Anlagefälle entwickelte Rechtsprechung wird die eigentliche versicherungsrechtliche Problematik vollständig und zureichend erfaßt. Für das Deliktsrecht gilt allerdings die feststehende Rechtsprechung, daß dem (Unfall-)Schädiger auch solche Auswirkungen der Verletzungshandlung als (Unfall-)Folgen im Rechtssinne zuzurechnen sind, die sich erst deshalb ergeben, weil der Betroffene bereits eine Krankheitsanlage oder einen Körperschaden hatte, wobei es gleichgültig ist, worauf die vorhandene Schadensdisposition beruht (vgl. BGH NJW 1974, 1510 m.w.N., sowie die folgenden Zitate). Hierfür liegt aber der in der Rechtsprechung immer wieder betonte rechtlich entscheidende Zurechnungsgesichtspunkt in der Erwägung, daß der Schädiger, der einen gesundheitlich anfälligen Menschen verletzt hat, nicht verlangen kann, so gestellt zu werden, als habe er einen gesunden Menschen verletzt (vgl. RGZ 155, 37, 41; 169, 117, 119 f; BGH VersR 1953, 401; 1959, 752, 753; 1964, 49, 51; 1966, 737, 738; 1970, 814, 815). Für die versicherungsrecht-

liche Beurteilung kann dieses Argument jedoch nicht herangezogen werden. Denn der Krankenversicherer kann nicht einem Schädiger gleichgestellt werden.

Die allgemeine Wartezeit bedeutet einen zeitlich begrenzten Risikoausschluß, die besonderen Wartezeiten stellen einen sowohl zeitlich wie auch sachlich begrenzten Risikoausschluß dar (jeweils für die Zeit nach dem technischen Versicherungsbeginn). Auf die Auslegung dieser Risikoausschlußklausel kommt es an.

Die Krankenversicherer verfolgen mit den Wartezeitklauseln zwei hauptsächliche Zwecke:

a) Zum einen sehen sie allgemeine und besondere Wartezeiten zur Eindämmung des subjektiven Risikos vor. Es soll verhindert oder zumindest erschwert werden, daß Versicherungsnehmer die Heilbehandlung einer schon erkennbaren Krankheit auf einen Zeitpunkt nach Abschluß des Versicherungsvertrags verschieben oder überhaupt nur wegen einer solchen Krankheit den Versicherungsvertrag abschließen. Die Krankenversicherer rechnen aufgrund ihrer Erfahrungen damit, daß in der Mehrzahl dieser Fälle die Heilbehandlung nicht bis auf eine Zeit nach Ablauf der jeweils geltenden Wartezeit aufgeschoben werden kann (vgl. Teichmann, Die Grundlagen der deutschen privaten Krankenversicherung, 1937, S. 16; Ohrt, Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Privaten Krankenversicherung, 1961, S. 64; Tauer/Linden, Private Krankenversicherung, 1965, S. 40 f, 130, 138; OLG Hamburg VersR 1973, 1014, 1015).

Würde man allein auf diesen Zweck abstellen, so könnte die Lösung des entscheidungserheblichen Problems - wie das Berufungsgericht richtig gesehen hat - nur dahin lauten, daß die Wartezeiten auch für die durch einen Unfall lediglich ausgelöst, in der Anlage aber schon vor Vertragsschluß vorhandenen Krankheiten entfallen. Denn wenn der die Krankheit auslösende Unfall den Zeitpunkt des Beginns der Heilbehandlung bestimmt, kann sich das vom Versicherer befürchtete subjektive Risiko nicht auswirken.

b) Bis etwa zum Jahre 1936 waren Krankheiten, die aus medizinischer Sicht schon vor Vertragsabschluß begonnen hatten, nach den AVB der Krankenversicherer durchweg auch dann vom Versicherungsschutz ausgeschlossen, wenn sie dem Versicherungsnehmer nicht bekannt waren; bei dem Ausschluß dieser "alten Leiden" wurde der sogenannte objektive Krankheitsbegriff verwendet (vgl. die Darstellung bei Ohrt aaO, S. 62 f, und Tauer/Linden aaO, S. 38 ff, 108 f; Teichmann aaO S. 11 f). Die Einführung der Wartezeiten sollte - abgesehen von der Bekämpfung des subjektiven Risikos - den Ausschluß "alter Leiden" sichern helfen (vgl. Teichmann aaO, S. 12); denn wenn eine Krankheit innerhalb der Wartezeit in Erscheinung trat, kam es auf die oft schwierige Feststellung nicht mehr an, ob sie schon vor Vertragsschluß - medizinisch gesehen - begonnen hatte. Nun haben die meisten Krankenversicherer inzwischen den als unbefriedigend und unbillig empfundenen Ausschluß der dem Versicherungsnehmer unbekannten "alten Leiden" aufgegeben und den objektiven Krankheitsbegriff fallen gelassen. Die Vertragsregelungen laufen jetzt durchweg darauf hinaus, daß alle unbekannten Krankheiten - abgesehen von den Wartezeiten - versichert sind, dagegen alle dem Versicherungsnehmer

mer bekannten Krankheiten unter seine vorvertragliche Anzeigepflicht fallen und ausgeschlossen oder gegen zusätzliche Risikoprämie versichert werden (vgl. näher Ohrt aaO, S. 62 ff; Tauer/Linden aaO, S. 38 ff). Das ist im wesentlichen auch der Standpunkt der Beklagten, wie sich den § 9 Abs. 2 und 3 AVB - W 63, §§ 8 Nr. 1, 15 Nr. 1, 2 und 7 AVB - TK entnehmen läßt. Bei einer solchen Gestaltung des Versicherungsverhältnisses gewinnen die Wartezeiten eine weitergehende Bedeutung, als ihnen früher bis etwa 1936 zukam. Sie haben die Funktion des früheren konkreten Ausschlusses vorvertraglich objektiv schon vorhandener Krankheiten ("alter Leiden") übernommen; sie dienen dazu, solche Krankheiten aus dem Versicherungsschutz auszuklammern, die medizinisch schon vor Vertragsschluß entstanden waren, damals zwar noch unentdeckt waren, aber in einer erfahrungsgemäß erheblichen Anzahl von Fällen dann vor Ablauf der jeweiligen Wartezeit behandlungsbedürftig werden (vgl. Tauer/Linden aaO, S. 41: "Quarantänefunktion" der Wartezeiten; so trotz widersprüchlicher Formulierungen der Sache nach auch Ohrt aaO, S. 64; OLG Hamburg VersR 1973, 1014 ff). Da die Wartezeitklauseln mit einer starren, generalisierenden zeitlichen Begrenzung arbeiten, können sie diesen Grundgedanken, "alte" Risiken auszuschneiden, zwar nicht ganz verwirklichen; auf der anderen Seite wird es auch nicht wenige Fälle geben, in denen erst nach (technischem) Versicherungsbeginn entstandene Krankheiten schon vor Ablauf der Wartezeiten behandelt werden müssen, so daß sie unter den Ausschluß fallen. Als Ausgleich für diese notwendig grobe Verwirklichung des dargelegten Zweckgedankens erlangen Versicherer und Versicherungsnehmer eine klarere, praktikablere Risikoabgrenzung und damit größere Rechtssicherheit als unter der Geltung der früheren Ausschlußklausel für alle auch unerkannten "alten Leiden".

Nur diese Überlegungen könnten es allenfalls rechtfertigen, die Wartezeitklauseln auch auf solche Krankheiten anzuwenden, die zwar durch einen während der Wartezeit erlittenen Unfall ausgelöst wurden, jedoch bereits vor dem Unfall latent vorhanden waren. Dennoch sprechen überwiegende Gründe gegen eine solche Lösung.

Wenn eine in der Anlage schon vor Vertragsschluß entstandene Krankheit erst nach Ablauf der für sie geltenden Wartezeit erstmalig behandelt wird, genießt der Versicherungsnehmer - von den Fällen vorvertraglicher Kenntnis und Verletzung der Anzeigepflicht abgesehen - Versicherungsschutz. Löst ein Unfall eine solche Krankheit vor Ablauf der Wartezeit aus, so ist der Unfall die entscheidende Ursache dafür, daß der Versicherungsfall (= Beginn der ambulanten oder stationären Behandlung) für diese Krankheit schon jetzt und nicht später (etwa nach Ablauf der Wartezeit) eintritt. Da Versicherungsfall und versicherte Gefahr in einem engen, wechselseitigen Abhängigkeitsverhältnis stehen (BGH VersR 1974, 741; BGHZ 16, 37, 42 m.w.N.), da ferner die Wartezeitklauseln in ihrer tatsächlichen Wirkung eine rein auf den Zeitablauf abgestellte Risikoabgrenzung schaffen, spricht dieses Zeitmoment des Versicherungsfalls entscheidend dafür, den durch den Unfall verursachten früheren Beginn der Krankheitsbehandlung dem übernommenen Unfallrisiko zuzuordnen, für das keine Wartezeit gilt. Der in derartigen Fällen naheliegende Gegeneinwand, die latent vorhandene Krankheit hätte ohne weiteres auch ohne den Unfall durch ein anderes Ereignis (hier: durch eine andersartige, ähnlich starke Aufregung des Klägers) während der Wartezeit ausgelöst werden können, ist nicht stichhaltig. Denn es dürfte nur

in seltenen Fällen feststehen, daß eine solche auslösende "Reserveursache" ohne den Unfall tatsächlich noch während der Wartezeit eingetreten wäre (auch im vorliegenden Fall ist eine derartige Feststellung unmöglich). Abgesehen davon würde eine solche Untersuchung aber auch dem auf Klarheit, Praktikabilität und Rechtssicherheit ausgerichteten Sinn der Wartezeitklauseln zuwiderlaufen.

Die berechtigten Interessen des Versicherers sind auch bei dieser Lösung ausreichend geschützt durch § 15 Nr. 2 AVB - TK (Leistungsausschluß für Anomalien oder körperliche Fehler und deren Folgen bei Kenntnis des Versicherungsnehmers vor Beginn des Versicherungsvertrags), durch § 3 Nr. 5 und 7 AVB - TK (der Abschluß einer Versicherung mit Wartezeiten kann von einer ärztlichen Untersuchung abhängig gemacht werden; der Versicherer ist befugt, jederzeit über bestehende oder frühere Krankheiten bei Ärzten usw. alle für erforderlich erachteten Erkundigungen einzuziehen) sowie durch § 8 Nr. 1 AVB - TK, § 9 Abs. 3 AVB - W 63 (Rücktrittsrecht bei schuldhafter Verletzung der Anzeigepflicht vor Vertragsschluß).

III.

Da die Beklagte verpflichtet ist, dem Kläger Versicherungsschutz für die durch den Unfall vom 12. Mai 1970 ausgelöste Hirnembolie und die dadurch veranlaßte Heilbehandlung im Rahmen der dem Vertrag zugrundegelegten Tarife zu gewähren, hat das Berufungsgericht die Beklagte zu Recht zur Zahlung von 3.292,40 DM (nebst 4 % Prozeßzinsen) verurteilt. Die Ermittlung dieses Betrags unter II. 1. bis 3. der Entscheidungsgründe des Berufungsurteils weist keinen

Rechtsfehler zum Nachteil der Beklagten auf; diese Ausführungen werden auch von der Revision nicht angegriffen.

IV.

Entsprechend dem Antrag des Klägers hat das Berufungsgericht festgestellt, die Beklagte sei verpflichtet, dem Kläger den in Zukunft aus dem Unfall vom 12. Mai 1970 noch entstehenden Schaden entsprechend den Bedingungen des Versicherungsverhältnisses zu ersetzen. Dies ist - wie insbesondere aus den Entscheidungsgründen hervorgeht (BU S. 35 f) - in dem Sinne zu verstehen, daß die Beklagte dem Kläger auch in Zukunft für die Unfallfolgen dem Grunde nach Versicherungsschutz zu gewähren hat; die Einschränkung "entsprechend den Bedingungen des Versicherungsverhältnisses" betrifft nur den Umfang des "Schadensersatzes".

Gegen diesen Teil der Entscheidung bestehen Bedenken. Der Kläger könnte nur dann in Zukunft Versicherungsleistungen verlangen, wenn das Versicherungsverhältnis zwischen ihm und der Beklagten noch fortbestehen sollte. Denn nach den Versicherungsbedingungen der Beklagten erlischt bei Auflösung des Versicherungsverhältnisses der Anspruch auf künftige Versicherungsleistungen auch für den laufenden Versicherungsfall (vgl. § 2 Abs. 7 AVB - W 63; § 5 B Nr. 2 und 1 a, § 1 Nr. 1 AVB - TK: Die Gesellschaft gewährt Tagsgeld "während der Dauer des Versicherungsvertrags").

Zweifel am Fortbestand des Vertragsverhältnisses können deshalb bestehen, weil jede der beiden Parteien die Ansicht vertritt, sie hätte den Vertrag wirksam gekündigt. Die Behauptung des Klägers, er habe "im Jahre 1970" eine schriftliche Kündigung ausgesprochen, hat das Berufungsgericht mit Recht aus unsubstantiiert und daher unbeachtlich angesehen. Daß der Kläger am 23. Juli 1971 das Versicherungsverhältnis fernmündlich gekündigt hat, läßt sich zwar aus dem Schreiben der Beklagten vom 20. August 1971 entnehmen; diese Kündigung war jedoch wegen Nichteinhaltung der in § 6 AVB - W 63 und § 6 AVB - TK vorgeschriebenen Form unwirksam. Auch die von der Beklagten mit Schreiben vom 20. August 1971 erklärte Kündigung war nicht formgerecht; es fehlte in ihr die durch § 39 VVG zwingend vorgeschriebene Setzung einer Zahlungsfrist. Wenn demnach auch von keiner Seite eine wirksame Kündigung behauptet worden ist, so bleibt doch zu prüfen, ob die Parteien sich nicht stillschweigend dahin geeinigt haben, daß das Versicherungsverhältnis spätestens mit dem 1. September 1971 beendet sein sollte. Dafür könnte die Tatsache sprechen, daß von diesem Zeitpunkt an weder die Beklagte Prämien beansprucht noch der Kläger Prämien gezahlt hat. Durch die Zurückverweisung erhalten die Parteien Gelegenheit, alle Tatsachen vorzutragen, die für die Beurteilung der Frage von Bedeutung sind, ob der Versicherungsvertrag inzwischen aufgelöst worden ist oder nicht.

V.

Die vom Berufungsgericht ausgesprochene Zurückverweisung des Rechtsstreits an das Landgericht (Abs. 4 der Urteilsformel des BU) war unzulässig, weil das Berufungsgericht hinsichtlich der "weiteren Forderungen des Klägers"

kein Grundurteil nach § 304 ZPO erlassen hat. Für eine Zurückverweisung an das Landgericht nach § 538 Abs. 1 Nr. 3 ZPO genügt es nicht, daß das Berufungsgericht lediglich in den Urteilsgründen zum Ausdruck gebracht hat, es halte den Anspruch auf Versicherungsschutz dem Grunde nach für gerechtfertigt (BGH LM § 304 ZPO Nr. 10). Die Aufhebung des Berufungsurteils in diesem Punkt ist auch ohne diesbezügliche Revisionsrüge zulässig, weil der Fehler des Berufungsurteils eine Voraussetzung für das ganze weitere Verfahren betrifft und von Amts wegen verhindert werden muß, daß sich das weitere Verfahren auf einer verfehlten Grundlage aufbaut (vgl. RG HRR 1938 Nr. 1; BGH NJW 1975, 1968 m.w.N.). Wenn schon - nach jetzt herrschender Meinung - die prozessualen Voraussetzungen für ein vom Berufungsgericht tatsächlich erlassenes Grundurteil in der Revisionsinstanz von Amts wegen zu prüfen sind (vgl. RG und BGH aaO, m.w.N.), so muß dies erst recht für eine ohne Erlaß eines Grundurteils erfolgte und nur auf § 538 Abs. 1 Nr. 3 ZPO gestützte Zurückverweisung des Rechtsstreits an das Landgericht gelten.

Der Ausspruch, daß die Klage hinsichtlich der "weiteren Ansprüche" dem Grunde nach gerechtfertigt ist, kann vom Bundesgerichtshof auch nicht nachgeholt werden. Denn darin läge eine unzulässige Abänderung des angefochtenen Urteils zum Nachteil der Revisionsklägerin.

Das Berufungsgericht wird nunmehr zu prüfen haben, ob nicht der Rechtsstreit auch hinsichtlich der restlichen Ansprüche des Klägers zur Entscheidung reif ist (§ 538 Abs. 1 Nr. 3 Halbsatz 2 ZPO). Das gilt insbesondere für die Kosten der "Fahrten zum Krankenhaus" (Abschnitt

III. 5. der Berufungsbegründung, die - soweit der Kläger sie belegt hat - am 26. und 27. Mai 1970 durchgeführt worden sind. Für die Zeit des Krankenhausaufenthalts vom 13. Mai bis 10. Juni 1970 ist dem Kläger aber bereits der tarifliche Gesamthöchstsatz zuerkannt worden. Auch die Kosten für "Hin- und Rücktransport" wären jedoch nur im Rahmen des (hier bereits erschöpften) Gesamthöchstsatzes erstattungsfähig (§ 15 Abs. 4 AVB - W 63; vgl. BU S. 37). Im übrigen dürfte es sich empfehlen, die Beklagte zu befragen, ob sie ihr (pauschales) Bestreiten der Forderungshöhe im Schriftsatz vom 12. Mai 1972 (S. 4) nach der inzwischen erfolgten Vorlage der Belege durch den Kläger aufrecht erhält und gegebenenfalls welche Einwände sie vorzubringen hat. Hinsichtlich des Anspruchs auf Rückzahlung der Prämien für Oktober bis Dezember 1970 von 362,16 DM scheidet eine Zurückverweisung an das Landgericht ohnehin aus, weil diese Forderung erst in zweiter Instanz in den Rechtsstreit eingeführt worden und auch nur dem Grunde nach streitig ist.

Schließlich wird das Berufungsgericht zu beachten haben, daß es zwar die von der Beklagten erklärte Aufrechnung in den Entscheidungsgründen für begründet erklärt, den durch die Aufrechnung getilgten Teilanspruch aber nicht ausdrücklich abgewiesen hat. Der Senat hat von einer entsprechenden Berichtigung der Urteilsformel (nach § 319 ZPO) abgesehen, weil der Rechtsstreit ohnehin teil-

weise an das Berufungsgericht zurückverwiesen werden muß. Daher ist es gerechtfertigt, auch das Berichtigungsverfahren zu diesem Punkt dem Berufungsgericht zu überlassen.

Dr. Hauß

Dr. Bukow

Knüfer

Dr. Hoegen

Dehner