

L

BUNDESGERICHTSHOF

2033 096

IM NAMEN DES VOLKES

Ib ZR 155/64

URTEIL

Verkündet am
5. Oktober 1966,
Zug,
Justizangestellter,
als Urkundsbeamter
der Geschäftsstelle

in dem Rechtsstreit

der Frau Maria K. [REDACTED], geb. G. [REDACTED], D. [REDACTED],
C. [REDACTED]-Straße [REDACTED],

Beklagten und Revisionsklägerin,

- Prozeßbevollmächtigter: Rechtsanwalt Dr. [REDACTED] -

gegen

den Arzt Dr. med. Peter K. [REDACTED], H. [REDACTED],
B. [REDACTED]-Straße [REDACTED],

Kläger und Revisionsbeklagten,

- Prozeßbevollmächtigter: Rechtsanwalt [REDACTED] - .

1

Der Ib-Zivilsenat des Bundesgerichtshofs hat auf die mündliche Verhandlung vom 5. Oktober 1966 unter Mitwirkung der Senatspräsidentin Dr. Krüger-Nieland und der Bundesrichter Jungbluth, Pehle, Dr. Mösl und Alff

für Recht erkannt:

Die Revision gegen das Urteil des 3. Zivilsenats des Oberlandesgerichts Düsseldorf vom 4. November 1964 wird auf Kosten der Beklagten zurückgewiesen.

Von Rechts wegen

Tatbestand:

Die Parteien waren verheiratet. Anlässlich der Scheidung ihrer Ehe in Termin vom 5. Februar 1958 regelten sie ihre wirtschaftlichen Beziehungen durch einen gerichtlichen Vergleich vom selben Tage. In diesem Vergleich heißt es:

"1)

- 2) Der Kläger zahlt an die Beklagte ab Rechtskraft der Scheidung monatlich im voraus für die Dauer von 6 Monaten einen Betrag von je DM 500,--, nach Ablauf dieser 6 Monate eine monatliche Unterhaltsrente von je DM 450,--.

.....

- 3) Der Kläger übernimmt der Beklagten gegenüber die Verpflichtung, für sie eine Vollversicherung für den Krankheitsfall bei der V [REDACTED] Krankenversicherungs-AG, Düsseldorf, unter Vers.-Nr. [REDACTED]

abzuschließen und zwar entsprechend den der Beklagten bekanntgegebenen tariflichen Leistungen. Die Zahnbehandlungskosten sind eingeschlossen und zwar zu den ebenfalls der Beklagten mitgeteilten Sätzen. Dazu gehört die S █████ Krankenhaus-Kosten-Versicherung.

Für den Todesfall tritt der Kläger von der bei der O █████-Versicherungs-Gesellschaft abgeschlossener Lebensversicherung einen Betrag von 25 000,-- DM an die Beklagte ab.

.....

Der Kläger verpflichtet sich ferner, die Kassen-ärztliche Vereinigung Düsseldorf unwiderruflich anzuweisen, die von Todes wegen anfallenden Witwenbezüge an die Beklagte zur Auszahlung zu bringen.

4)

5) Der Kläger zahlt an die Beklagte zur Beschaffung und Einrichtung einer eigenen Wohnung, zur Bestreitung der noch erforderlichen Einrichtungskosten und als Beitrag zu den ihr entstehenden außergerichtlichen Prozeß- und Vergleichskosten einen Abfindungsbetrag von DM 7 000,--.

.....

6)

7) Von dem vorhandenen Hausrat erhält die Beklagte zur alleinigen Benutzung und zum alleinigen Eigentum:

....."

Der Kläger hat wegen eines Restes des Abfindungsbetrages in Höhe von DM 1 000,-- Vollstreckungsgegenklage erhoben mit der Behauptung, er habe gegen diesen Anspruch mit verschiedenen Gegenansprüchen aufgerechnet.

Diese Klage ist durch einen zwischen den Parteien geschlossenen gerichtlichen Teilvergleich vom 5. Juni 1964 im zweiten Rechtszug erledigt worden.

Die Beklagte hat im ersten Rechtszug Widerklage erhoben und beantragt,



inweis: Auch Teile der Urteilsanmeldung sind als Datenbank nach § 87a ff. UrhG geschützt.

1

- 1) ... (Dieser Antrag ist ebenfalls durch den Teilvergleich im zweiten Rechtszug erledigt worden.)
- 2) a) den Kläger zu verurteilen, an sie DM 724,46 nebst 4 % Zinsen seit dem 15. November 1963 zu zahlen,
b) festzustellen, daß der Kläger verpflichtet sei, ihr diejenigen Krankenkosten zu ersetzen, welche von der von ihm abgeschlossenen Krankenversicherung bei der V [REDACTED] Krankenversicherungs-AG in Düsseldorf nicht erstattet werden,
- 3) festzustellen, daß der Kläger verpflichtet sei, ihr Prämien für eine bei einer anerkannten Versicherungsgesellschaft abzuschließende Versicherung auf Zahlung einer Witwenpension zu zahlen, die den 1961- den Witwenbezügen der Ärztekammer Nordrhein-Westfalen entspricht.

Die Beklagte hat zur Begründung ihrer Widerklage vorgetragen, der Kläger habe sich in dem Vergleich vom 5. Februar 1958 zum Abschluß einer Vollversicherung gegen Krankheit zu ihren Gunsten verpflichtet. Die von ihm abgeschlossene Krankenversicherung habe aber nicht alle entstandenen Krankheitskosten gedeckt. Bei den Vergleichsverhandlungen habe der Kläger ausdrücklich erklärt, daß er ihr etwaige "Spitzenbeträge" erstatten werde. In der Vergangenheit habe sie infolge der unzureichenden Versicherung DM 724,46 Krankheitskosten aufwenden müssen, die von der Versicherung nicht erstattet worden seien.

Zu dem Antrag zu Ziff. 3 der Widerklage hat die Beklagte vorgetragen, es habe sich herausgestellt, daß auf die in Ziff. 3 des Vergleichs vom 5. Februar 1958 genannten

Witwenbezüge kein Rechtsanspruch gegen die Ärztekammer bestehe. Bei Abschluß des Vergleichs habe aber der Kläger ausdrücklich versichert, daß ein solcher Anspruch bestehe. Er habe erklärt, daß die Bezüge etwa DM 400,-- betragen würden. Da der Kläger sie somit bei Abschluß des Vergleichs getäuscht habe, sei er verpflichtet, ihr die Prämien für eine Rentenversicherung zu zahlen, die ihr dieselben Leistungen gewähre, die sie erhalten würde, wenn die Zusicherung des Klägers der Wahrheit entsprochen hätte.

Der Kläger hat beantragt,

die Widerklage abzuweisen.

Er hat die Behauptungen der Beklagten bestritten und vorgetragen, die mit der Krankenversicherung vereinbarten Leistungen seien der Beklagten bei Abschluß des Vergleichs bekannt gewesen, wie sich aus dem Wortlaut des Vergleichs eindeutig ergebe. Weitere Verpflichtungen habe er nicht übernommen.

Die Anweisung an die Kassenärztliche Vereinigung zur Auszahlung der Witwenbezüge an die Beklagte sei in den Vergleich auf ausdrückliches Verlangen der Beklagten aufgenommen worden.

Der Kläger hat bestritten, die Beklagte über Art und Umfang der Bezüge sowie über das Bestehen eines Rechtsanspruchs getäuscht zu haben.

Das Landgericht hat die Widerklage in dem hier wiedergegebenen Umfang abgewiesen.

In der Berufungsinstanz hat die Beklagte folgende Anträge gestellt:

das angefochtene Urteil abzuändern und

- 1) a) den Kläger zu verurteilen, an sie DM 724,46
nebst 4 % Zinsen seit dem 15. November 1963
zu zahlen,
b) festzustellen, daß der Kläger verpflichtet sei,
ihr diejenigen Krankenkosten zu ersetzen, welche
von der vom Kläger abgeschlossenen Krankenver-
sicherung nicht erstattet würden,
c) hilfsweise, den Kläger zu verurteilen, die be-
stehende Krankenversicherung soweit zu erhöhen,
daß das volle Krankenhausrisiko gedeckt werde,
und weiterhin festzustellen, daß der Kläger ver-
pflichtet sei, den Eigenanteil der Beklagten bei
Inanspruchnahme der Leistungen der Krankenkasse
zu ersetzen,
- 2) festzustellen, daß der Kläger verpflichtet sei, ihr
die Prämien für eine bei einer anerkannten Ver-
sicherungsgesellschaft abzuschließende Versicherung
auf Zahlung einer Witwenpension zu zahlen, die den
üblichen Witwenbezügen der Ärztekammer Nordrhein-
Westfalen entspricht.

Das Oberlandesgericht hat die Berufung zurückge-
wiesen.

Mit der Revision verfolgt die Beklagte ihre Anträge
aus dem zweiten Rechtszug weiter. Der Kläger bittet, die
Revision zurückzuweisen.

Entscheidungsgründe:

I. Das Berufungsgericht führt aus, der Kläger habe die sich aus Ziff. 3 des gerichtlichen Vergleichs vom 5. Februar 1958 ergebende Verpflichtung zum Abschluß einer Krankenversicherung erfüllt. Die Beklagte habe deshalb keinen Anspruch auf Erstattung von ihr gezahlter Krankheitskosten.

1. a) Das Berufungsgericht legt dar, der in dem gerichtlichen Vergleich enthaltene Begriff "Vollversicherung" könne nicht dahin verstanden werden, daß der Kläger eine Krankenversicherung abschließen müsse, die sämtliche Krankheitskosten decke. Der Abschluß einer solchen Versicherung sei nicht möglich. Die Krankenversicherer böten nur den Abschluß von Verträgen an, durch die sie sich verpflichteten, Krankheitskosten bis zu bestimmten Höchstbeträgen zu erstatten. Es würden daher in der Regel Beträge verbleiben, die der Versicherer nicht erstatte. Deren Höhe könne allerdings durch die Tarife beeinflußt werden. Der im Vergleich gewählte Ausdruck "Vollversicherung" könne daher nicht bedeuten, daß eine Versicherung abgeschlossen werden sollte, die sämtliche Kosten in voller Höhe decke. Der Ausdruck bedeute vielmehr, daß es sich um eine Versicherung handeln müsse, die alle Behandlungsarten umfasse, nämlich sowohl ambulante Behandlung als auch die Behandlung im Krankenhaus. Eine Vollversicherung stehe also im Gegensatz zu einer Teilversicherung, die z.B. nur die Krankenhauskosten decke.

In diesem Sinne sei die vom Kläger abgeschlossene Versicherung eine Vollversicherung.

Was die Höhe der Leistungen angehe, so habe die Beklagte in dem gerichtlichen Vergleich ausdrücklich erklärt, daß

ihre die Tarife bekanntgegeben worden seien. Der Kläger habe das bei seiner Anhörung im Termin vom 5. Juni 1964 bestätigt. Auch der im ersten Rechtszug als Zeuge vernommene Rechtsanwalt Dr. D. [REDACTED], der Prozeßbevollmächtigte der Beklagten in dem Ehescheidungsprozeß, habe nichts anderes bekunden können. Durch den Abschluß der Versicherung, so wie diese heute bestehe, habe somit der Kläger seine Verpflichtung aus Ziff. 3 des gerichtlichen Vergleichs erfüllt.

b) Entgegen der Auffassung der Revision ist diese Auslegung des gerichtlichen Vergleichs aus Rechtsgründen nicht zu beanstanden. Sie ist möglich und verstößt weder gegen Denkgesetze noch gegen anerkannte Erfahrungssätze und Auslegungsregeln.

Es kann dahingestellt bleiben, ob die Auffassung der Revision zutrifft, Vertragspartner der Krankenversicherung habe nach dem Inhalt des Vergleichs der Kläger sein sollen. Denn selbst, wenn das richtig ist, würde das Berufungsgericht nicht genötigt gewesen sein, daraus zu folgern, der Kläger sei nach dem Inhalt des Vergleichs verpflichtet, die von der Versicherung nicht gedeckten Spitzenbeträge der Beklagten zu erstatten. Auch ohne eine solche Verpflichtung ist die Regelung, der Kläger solle eine Krankenversicherung zu Gunsten der Beklagten abschließen, sinnvoll; es liegt entgegen der Auffassung der Revision durchaus nicht die Annahme nahe, ohne die Verpflichtung zur Tragung der Spitzenbeträge würde der Kläger der Beklagten die Krankenkassenbeiträge zur Verfügung gestellt und es ihr überlassen haben, selbst eine Krankenversicherung abzuschließen.

Das Berufungsgericht hat auch keinen erheblichen Parteivortrag unberücksichtigt gelassen. In dem von der Revision

erwähnten Schriftsatz vom 18. Februar 1964 hat die Beklagte nur vorgetragen, der Kläger habe sie gebeten, die Rezepte und Heilmittel, die sie in Anspruch nehme, ihm zu übersenden, damit er evtl. in der Lage sei, die Prämienrückzahlungen der Versicherung in Anspruch zu nehmen. Dieser Vortrag ist aber nicht entscheidungserheblich und gab dem Berufungsgericht keinen Anlaß, sich damit im Sinne des Widerklagebegehrens auseinanderzusetzen.

Es kommt noch folgendes hinzu: Nach dem Inhalt des Vergleichs sind der Beklagten die tariflichen Leistungen vor Abschluß des Vergleichs bekanntgegeben worden; damit war ihr auch bekannt, daß die Versicherung nicht alle Unkosten ersetzen, sondern ein Spitzenbetrag zu ihren Lasten verbleiben werde. Die Revision hat nicht vorgetragen, das Berufungsgericht habe Umstände übersehen, aus denen sich ergebe, daß der Beklagten entgegen dem Inhalt des Vergleichs die Tarife der abzuschließenden Krankenversicherung nicht bekannt gewesen seien. Waren der Beklagten aber die Leistungen der Versicherung, die der Kläger abschließen sollte, bekannt, dann kommt es auf den Inhalt des Begriffs "Vollversicherung" nicht mehr an.

2. a) Die Beklagte wolle, so führt das Berufungsgericht weiter aus, die Pflicht des Klägers zum Ersatz aller Krankheitskosten ferner aus einer besonderen Zusage des Klägers anlässlich des Vergleichsabschlusses entnehmen. Eine solche Zusage sei aber nicht bewiesen. Schon der Wortlaut des Vergleichs spreche gegen eine solche Zusage. In dem Vergleich sei nämlich die abzuschließende Krankenversicherung sowohl ihrem Umfange als auch ihrer Höhe nach durch den Hinweis auf die der Beklagten bekanntgegebenen Tarife genau bezeichnet. Hätte der Kläger eine darüber hinausgehende

Zusage gemacht, so wäre diese mit Sicherheit in den Vergleich aufgenommen worden. Rechtsanwalt Dr. D. [REDACTED], der im ersten Rechtszug als Zeuge auch zu dieser Frage eingehend vernommen worden sei, habe bekundet, daß nach seiner Erinnerung zwar von "Spitzenbetrügen" gesprochen worden sei, er aber nicht mit Sicherheit sagen könne, daß der Kläger sich verpflichtet habe, der Beklagten die Spitzenbeträge zu ersetzen.

b) Die von der Revision auf eine Verletzung des § 286 ZPO gestützte Rüge, das Berufungsgericht habe nicht, dem Antrag der Beklagten folgend, den Kläger als Partei zu ihrer Behauptung vernommen, ist unbegründet. Soweit das Berufungsgericht die Wendung gebraucht, die gegenteilige Behauptung der Beklagten bzw. eine Zusage des Klägers sei "nicht bewiesen", handelt es sich ersichtlich nur um eine mißverständliche Formulierung. Denn den Ausführungen des Berufungsgerichts zum Inhalt des Vergleichs läßt sich dessen Überzeugung entnehmen, daß der Vergleich den Inhalt der Abrede der Parteien hinsichtlich der Krankenversicherung vollständig und richtig wiedergibt. Ganz eindeutig ist insoweit die Fassung des Berufungsurteils, daß, hätte der Kläger eine besondere Zusage gemacht, diese Zusage mit Sicherheit in den Vergleich aufgenommen worden wäre. Das Berufungsgericht erachtet mithin das Gegenteil der Behauptung der Beklagten als bewiesen und war daher nach § 445 Abs. 2 ZPO nicht genötigt, den Antrag der Beklagten, den Kläger als Partei zu vernehmen, zu berücksichtigen.

3. a) Ob die abgeschlossene Krankenversicherung, so führt das Berufungsgericht weiter aus, angesichts der inzwischen allgemein gestiegenen Krankheitskosten in ihrer Höhe noch ausreiche, und ob der Kläger jetzt zum Abschluß einer Versicherung nach einem höheren Tarif verpflichtet sei (§ 323 ZPO), sei in diesem Rechtsstreit nicht zu entscheiden.

Denn einmal habe die Beklagte ihren hilfsweise geltend gemachten Anspruch auf Erhöhung der bestehenden Versicherung nicht darauf gestützt, daß die vereinbarten Leistungen heute nicht mehr ausreichen, sondern allein darauf, daß der Kläger schon nach dem Inhalt des Vergleichs und aufgrund einer besonderen Zusage hierzu verpflichtet sei. Zum anderen hätte es eines bestimmten Antrags (§ 253 Abs. 2 Nr. 2 ZPO) bedurft; es hätten die Tarife genau bezeichnet werden müssen, die der Kläger mit dem Versicherer zu vereinbaren verpflichtet werden solle. Das sei der Beklagten auch möglich gewesen. Denn solche Tarife seien ihr vom Versicherer mit dem von ihr zu den Akten gerichteten Schreiben vom 21. Mai 1963 bekanntgegeben worden. Eine Verurteilung des Klägers zur Erhöhung der Versicherung, daß diese "das volle Krankenhausrisiko" decke, wie sie die Beklagte mit ihrem Hilfsantrag begehre, sei nicht genügend bestimmt. Würde der Kläger entsprechend diesem Antrag verurteilt werden, dann würde der Umfang der Verurteilung in der Zwangsvollstreckung ermittelt werden müssen. Das sei aber unzulässig.

b) Auch die gegen diese Ausführungen gerichteten Angriffe der Revision haben keinen Erfolg.

Es kann dahinstehen, ob das Berufungsgericht zu Recht davon ausgeht, die Beklagte habe ihren hilfsweise geltend gemachten Anspruch auf Erhöhung der bestehenden Versicherung nicht darauf gestützt, daß die vereinbarten Leistungen heute nicht mehr ausreichen. Denn jedenfalls ist die Auffassung des Berufungsgerichts, wonach der Hilfsantrag (Antrag zu Ziff. 1 a) der für ein Gestaltungsurteil nach § 323 ZPO erforderlichen Bestimmtheit ermangelt (§ 253 Abs. 2 Nr. 2 ZPO), aus Rechtsgründen nicht zu beanstanden.

Zutreffend weist das Berufungsgericht darauf hin, daß die Beklagte in dem Antrag die Tarife hätte bezeichnen müssen, deren Abschluß sie vom Kläger verlangt. Zu einem Hinweis des Gerichts nach § 139 ZPO bestand entgegen der Auffassung der Revision schon deshalb kein Anlaß, weil bereits das Landgericht in seinen Entscheidungsgründen auf die unzureichende Formulierung des Antrags hingewiesen hatte.

Darüber hinaus würde aber ein Gestaltungsantrag nach § 323 ZPO nicht einmal dem Hilfsantrag nach Ziff. 1c voll entsprechen. Denn nach den Ausführungen zu I 1 würde eine Höherversicherung nicht den Eigenanteil der Beklagten beseitigen. Auch eine Änderung derjenigen Verhältnisse, die für den Inhalt des Vergleichs maßgebend waren, rechtfertigt nicht eine Verurteilung des Klägers zur Erstattung der nicht von der Krankenversicherung übernommenen Spitzenbeträge. Denn die Verpflichtung des Klägers war eben nach dem Inhalt des Vergleichs nur auf den Abschluß einer Krankenversicherung nach einem bestimmten Tarif gerichtet.

II. 1. Das Berufungsgericht führt weiter aus, der mit dem Widerklageantrag zu Ziff. 2 erhobene Antrag, festzustellen, daß der Kläger verpflichtet sei, der Beklagten die Prämien für eine bei einer anerkannten Versicherungsgesellschaft abzuschließende Versicherung auf Zahlung einer Witwenpension zu zahlen, die den üblichen Witwenbezügen der Ärztekammer Nordrhein-Westfalen entspreche, sei unzulässig. Ein solcher Antrag sei nur statthaft, wenn die Voraussetzungen des § 256 ZPO vorlägen. Es fehle aber an einem rechtlichen Interesse an richterlicher Feststellung. Die Beklagte wünsche eine Altersversorgung, wie sie Witwen von der Ärztekammer gewährt würde. Sie beziffere die Versorgung auf DM 400,-- monatlich und verlange vom Kläger

die Zahlung einer eine solche Leistung sicherstellenden Versicherungsprämie. Es sei nicht ersichtlich, welche Gründe einem Antrag auf Verurteilung des Klägers zur Zahlung dieser Prämien entgegenstehen könnten. Die Beklagte habe die Rente beziffert. Ein Antrag auf Verurteilung des Klägers zur Zahlung von Prämien für eine Versicherung, die der Beklagten Witwenbezüge von monatliche DM 400,-- gewähre, wäre genügend bestimmt. Die Höhe der erforderlichen Prämie ließe sich im Zwangsvollstreckungsverfahren unschwer und genau ermitteln. Obwohl die Beklagte auf die gegen die Zulässigkeit der Feststellungsklage bestehenden Bedenken in dem Termin von 5. Juni 1964 hingewiesen worden sei, habe sie den Antrag aufrecht erhalten.

2. Die Revision vertritt demgegenüber die Auffassung, aus Rechtsgründen dürfe die Zulässigkeit des Feststellungsantrages im Streitfall nicht verneint werden. Das Berufungsgericht habe überdies nicht beachtet (§ 286 ZPO), daß der von der Beklagten genannte Rentenbetrag von monatlich DM 400,-- bis DM 500,-- auf die Verhältnisse des Jahres 1958 bezogen gewesen sei und dieser Betrag durch die Steigerung des Lebenshaltungsindex überholt sei. Die Witwenrente bestimme sich nach den §§ 9, 15 der Satzung der Nordrheinischen Ärzteversorgung und sei u.a. von dem Praxis Einkommen, dem allgemeinen Bemessungsmultiplikator und der Summe der Steigerungszahlen abhängig. Alle diese Einzelheiten seien der Beklagten unbekannt; sie habe auch keine Möglichkeit, sie zu erfahren bzw. zu errechnen.

3. Diese Angriffe der Revision haben keinen Erfolg. Das Berufungsgericht hat ohne Rechtsfehler das Vorliegen der Voraussetzungen des § 256 ZPO verneint. Denn die Beklagte ist durchaus in der Lage, auf Leistung zu klagen.

6

Soweit ihr die zur Berechnung der Witwenrente nach den Grundsätzen der Satzung der Ärzteversorgung erforderlichen Tatsachen nicht bekannt sind, kann sie deren Bekanntgabe vom Kläger im Wege der Stufenklage verlangen. Mit Recht hat daher das Berufungsgericht angenommen, daß einer Leistungsklage nichts im Wege stehe.

Es liegt aber auch entgegen der Auffassung der Revision kein Fall vor, in dem die Feststellungsklage ausnahmsweise trotz der Möglichkeit, eine Leistungsklage zu erheben, zuzulassen wäre. Weder der bei allem maßgebende Grundsatz der Prozeßwirtschaftlichkeit noch eine sichere Aussicht, daß der Kläger einem stattgebenden Feststellungsurteil ohne weiteres im Sinne der Auffassung der Beklagten folgen werde, rechtfertigen bei dem gegebenen Sach- und Streitstand die Zulassung der Feststellungsklage an Stelle der möglichen Leistungsklage. Denn nach dem Widerklageantrag zu Ziff. 2 soll nur die Verpflichtung des Klägers festgestellt werden, an die Beklagte die Prämien für eine übliche Witwenversorgung zu zahlen. Da sich aber nach dem eigenen Vorbringen der Beklagten die Höhe der Rente nach dem Praxisseinkommen und weiteren, teils von dem Mitglied der Versorgungseinrichtung (Kläger), teils von der Versorgungseinrichtung abhängigen Umständen richtet, blieben im Falle der Zulassung einer Feststellungsklage wesentliche Gesichtspunkte ungeklärt, die dann entweder in die dafür nicht bestimmte Vollstreckungsinstanz verlagert oder zu weiteren Prozessen zwischen den Parteien führen würden.

Soweit der Kläger in der mündlichen Verhandlung vor dem Revisionsgericht angedeutet hat, das Berufungsgericht habe diesen Antrag wohl deshalb aus prozessualen Gründen zurückgewiesen, weil er nach materiellem Recht keine

Aussicht auf Erfolg gehabt habe, kann dem nach dem bisherigen Sachstand nicht gefolgt werden.

III. Da die Revision somit in keinem Punkt Erfolg hat, war sie mit der Kostenfolge aus § 97 Abs. 1 ZPO zurückzuweisen.

Krüger-Nieland

Jungbluth

Pehle

Mösl

Alff