

Nachschlagewerk: ja
BGHZ: nein

Teilungsabkommen; RVO § 1542

Ist in einem Teilungsabkommen vereinbart, daß Ansprüche des SVT gegen den Haftpflichtversicherer und dessen Versicherte nur innerhalb einer Ausschlußfrist geltend gemacht werden können, so erfaßt der abkommensmäßige Ausschluß bei Fehlen abweichender Bestimmungen die Regreßforderung des SVT auch insoweit, als sie das Abkommenslimit überschreitet. Die Geltendmachung der Regreßforderung bei einem Haftpflichtversicherer wahrt die Ausschlußfrist gegenüber anderen am Schadensfall ebenfalls beteiligten Haftpflichtversicherern nicht.

BGH, Urt. v. 2. Oktober 1984 - VI ZR 314/82 - OLG Frankfurt
LG Limburg

BUNDESGERICHTSHOF

IM NAMEN DES VOLKES

VI ZR 314/82

URTEIL

verkündet am:
2. Oktober 1984
Schnurr
Justizhauptsekretärin
als Urkundsbeamtin der
Geschäftsstelle

in dem Rechtsstreit

der B [REDACTED] Ersatzkasse, U [REDACTED] L [REDACTED] Str. [REDACTED],
W [REDACTED] - B [REDACTED],

Klägerin und
Revisionsklägerin,

- Prozeßbevollmächtigter:

Rechtsanwalt [REDACTED] -

g e g e n

1. den Verwaltungsangestellten Gundolf S [REDACTED], H [REDACTED] Straße [REDACTED] S [REDACTED],
2. die N [REDACTED] - A [REDACTED] - V [REDACTED] AG, vertreten durch den Vorstand, G [REDACTED] Straße [REDACTED], K [REDACTED],

Beklagten und
Revisionsbeklagten,

- Prozeßbevollmächtigte:

Rechtsanwälte Prof. Dr. [REDACTED]
und Dr. [REDACTED] -

- 2 -

Der VI. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs hat auf die mündliche Verhandlung vom 2. Oktober 1984 durch den Vorsitzenden Richter Dr. Steffen und die Richter Scheffen, Dr. Kullmann, Dr. Ankermann und Bischoff

für Recht erkannt:

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des 2. Zivilsenats des Oberlandesgerichts Frankfurt am Main vom 7. Mai 1982 wird zurückgewiesen.

Die Kosten der Revision fallen der Klägerin zur Last.

Von Rechts wegen

Tatbestand

Am 19. April 1969 erlitt Erwin M. als Insasse im Pkw des Erstbeklagten bei einem Zusammenstoß mit einem von Kurt Sch. gesteuerten Pkw u.a. eine Hüftgelenk-Luxation und einen Pfannenbruch. Wegen der Verletzungen mußte er vom 19. April bis 31. Mai 1969, vom 28. Februar bis 3. März 1978 und vom 16. Mai bis 15. Juni 1978 stationär behandelt werden.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
(mobile App)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Erwin M. war bei der Klägerin gesetzlich krankenversichert, der Erstbeklagte bei der Zweitbeklagten und Kurt Sch. bei der C- Versicherung haftpflichtversichert. Die drei Versicherer waren einem Rahmenteilungsabkommen zwischen dem H-Verband, dem Verband der A-Krankenkassen e.V. und dem Verband der A-Ersatzkassen e.V. beigetreten. In dem Teilungsabkommen war u.a. folgendes vereinbart:

§ 1

- (1) Kann eine diesem Abkommen beigetretene Ersatzkasse ("EK") gegen eine natürliche oder juristische Person, die bei einem diesem Abkommen beigetretenen Versicherer ("H") haftpflichtversichert ist, gemäß § 1542 Abs. 1 RVO Ersatzansprüche aus Schadenfällen ihrer Versicherten oder deren mitversicherten Familienangehörigen (Geschädigte) geltend machen, so verzichtet die "H" auf die Prüfung der Haftungsfrage.
- (2) Voraussetzung für die Anwendung des Teilungsabkommens ist ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen dem Schadenfall und dem versicherten Haftpflichtbereich.
- (3) Außerdem ist erforderlich, daß der ursächliche Schadenfall in die Laufzeit des Abkommens fällt und der Geschädigte zu dieser Zeit bereits Mitglied einer dem Abkommen beigetretenen "EK" war. Dies gilt auch für den Fall der Wiedererkrankung, der im übrigen wie ein neuer Schadenfall behandelt wird. Ein Fall der Wiedererkrankung wird nur dann wie ein neuer Schadenfall behandelt, wenn zwischen dem Beginn der auf einer Wiedererkrankung beruhenden Behandlung und dem Ende der vorangegangenen Behandlung ein Zeitraum von mindestens zwölf Monaten liegt. Die Wiederbeschaffung und/oder Reparatur eines Körperersatzstückes, orthopädischen oder anderen Hilfsmittels gilt nicht als Wiedererkrankung.
- (4) bis (7)....

(8) Die "H" ersetzt der "EK"

- a) im Falle der Gefährdungshaftung (z.B. StVG, RHG, LVG) 60 %, jedoch 50 %, wenn der Geschädigte ein Kraftfahrzeug als Halter oder Führer benutzte;
- b) in allen anderen Fällen (einschließlich der Haftung nach § 833 BGB) 50 %, jedoch 40 %, wenn der Geschädigte ein Kraftfahrzeug als Halter oder Führer benutzte

der von ihr zu gewährenden Leistungen im Rahmen des § 4 dieses Abkommens.

§ 2

- (1) Die verspätete Anzeige eines Schadens bei der "H" schließt die Anwendung dieses Teilungsabkommens nicht aus.
- (2) Ansprüche der "EK" gegen die "H" und deren Versicherte können nur geltend gemacht werden, wenn die Ansprüche innerhalb einer Ausschußfrist von 3 Jahren seit dem Schadenstag der "H" gemeldet sind.
- (3) Bei Wiedererkrankung beträgt die Meldefrist ein Jahr seit Beginn der Leistungspflicht der "EK".
- (4) Die "H" ist auch dann zur abkommensgemäßen Leistung an die "EK" verpflichtet, wenn der Haftpflichtversicherte es ablehnt, den Schaden der "H" zu melden und sie in Anspruch zu nehmen.

§§ 3-4...

§ 5

- (1) Die "EK" ist mit dieser Erstattung, auch gegenüber den bei der "H" versicherten Personen, abgefunden. Das gleiche gilt auch gegenüber jeder anderen "H", die diesem Abkommen beigetreten ist oder ihrerseits ein Abkommen mit der "EK" unterhält.
- (2)...

§§ 6-7...

§ 8

- (1) Das Abkommen findet nur Anwendung, soweit in einem Schadenfall der Gesamtbetrag, den die "EK" nach § 4 berechnen kann, 20.000 DM für jeden Geschädigten nicht überschreitet. Überschreitet der Gesamtbetrag 20.000 DM, so ist bis zu dieser Summe abkommensgemäß zu verfahren.

Nur bezüglich des verbleibenden Teiles des Gesamtbetrages ist eine Regelung entsprechend der Sach- und Rechtslage durchzuführen.

- (2) Sind mehrere Versicherte oder deren Angehörige derselben "EK" bei dem selben Schadenfall geschädigt, so beläuft sich der Betrag auf insgesamt 40.000 DM je "H", wobei auf jeden Geschädigten jedoch nicht mehr als 20.000 DM entfallen.
- (3) Die Kosten der ambulanten Krankenpflege im Sinne des § 4 (1) werden nach Überschreitung des Limits in tatsächlicher Höhe entsprechend der Sach- und Rechtslage abgerechnet.

§§ 9-12...

Die Klägerin hat wegen ihrer Versicherungsleistungen an Erwin M. zunächst die C-[REDACTED]-Versicherung in Anspruch genommen. Mit Schreiben vom 20. Mai 1974 zeigte M. der Zweitbeklagten den bisherigen Krankheitsverlauf an und teilte ihr mit, daß sich die Folgen verschlimmert hätten. Er erbat auf das Schmerzensgeld und die ihm bis dahin entstandenen Kosten eine Akontozahlung von 10.000 DM.

Unter dem 12. Juni 1975 meldete die Klägerin bei dem Erstbeklagten Schadensersatzansprüche an.

Mit Schreiben vom 18. Oktober 1979 verlangte die Klägerin von der Zweitbeklagten für ihre seit dem 28. Februar 1978 für Erwin M. erbrachten Aufwendungen von insgesamt 34.220,75 DM unter Anrechnung von 20.000 DM, die die Zweitbeklagte mit der C-[REDACTED]-Versicherung nach dem Teilungsabkommen abgerechnet hatte, Erstattung von 14.220,75 DM.

Diesen Betrag hat sie aus übergegangenem Recht (§ 1542 RVO) mit der Klage gegen die Beklagten geltend gemacht. Die Beklagten haben sich auf den Ausschluß der Forderung nach § 2 des Teilungsabkommens sowie auf Verjährung berufen.

Das Landgericht hat die Klage abgewiesen.

Die Berufung der Klägerin ist erfolglos geblieben.

Mit der (zugelassenen) Revision erstrebt die Klägerin die Verurteilung der Beklagten.

Entscheidungsgründe

I.

Nach Auffassung des Berufungsgerichts steht der klagenden Krankenkasse ein Rückgriff wegen ihrer unfallbedingten Aufwendungen für ihr Mitglied M. gegen die Beklagten nicht zu. Das Berufungsgericht erwägt: Ansprüche gegen die zweitbeklagte Haftpflichtversicherung aus dem Teilungsabkommen könne die Klägerin nicht geltend machen, weil sie die dafür nach § 2 (2) und (3) des Abkommens vereinbarten Anmeldefristen nicht eingehalten habe. Ihr Schreiben vom 12. Juni 1975 an den Erstbeklagten habe nur Ersatzansprüche gegen diesen aus einem Forderungsübergang nach § 1542 RVO betroffen und sei schon deshalb keine Anmeldung im Sinne des Teilungsabkommens (=TA) gewesen; außerdem sei die Dreijahresfrist des § 2 (2) TA damals schon abgelaufen gewesen, während die bei einer Wiedererkrankung bestehende Meldefrist des § 2 (3) TA noch nicht zu laufen begonnen hätte. Ansprüche nach der Sach- und Rechtslage für ihre das in § 8 TA vereinbarte Limit von 20.000 DM übersteigenden Aufwendungen seien nach § 852 BGB lange vor der Klageerhebung, nämlich schon mit dem 19. April 1972, verjährt gewesen. Eine Verjährungs-

hemmung aus dem Teilungsabkommen komme der Klägerin nicht zugute. Diese trete nur gegenüber dem Haftpflichtversicherer ein, dem gegenüber die Ansprüche nach dem Teilungsabkommen fristgerecht angemeldet worden seien. Spätestens mit Ablauf der Anmeldefrist seien die Hemmungswirkungen des Teilungsabkommens für die Klägerin entfallen. Die Anmeldung von Rückgriffsansprüchen bei dem Haftpflichtversicherer des an dem Verkehrsunfall mitbeteiligten Kurt Sch., der C-[REDACTED]-Versicherung, komme der Klägerin im Verhältnis zur Zweitbeklagten ebensowenig zugute wie die von diesem Haftpflichtversicherer geleisteten Zahlungen. Aus demselben Grund sei auch ein Rückgriffsanspruch gegen den Erstbeklagten verjährt.

II.

Im Ergebnis hält das Berufungsurteil den Angriffen der Revision stand.

1. Rückgriffsansprüche gegen die Beklagten stehen der Klägerin schon deshalb nicht zu, weil sie durch Versäumung der Anmeldefristen des § 2 (2) und (3) TA ausgeschlossen sind. Nach diesen Vertragsbestimmungen, die vom Revisionsgericht frei auszulegen sind (Senatsurteil vom 8. Februar 1983 - VI ZR 48/81 = VersR 1983, 534, 535 m.w.N.), kann die dem Abkommen beigetretene Krankenkasse gegen den Haftpflichtversicherer und gegen den bei diesem Versicherten Ansprüche nur geltend machen, wenn sie innerhalb einer Ausschußfrist von drei Jahren seit dem Schadenstag dem Haftpflichtversicherer gemeldet sind. Bei Wiedererkrankung beträgt die Meldefrist ein Jahr seit Beginn der Leistungspflicht der Krankenkasse.

Mit dieser Bestimmung haben die Abkommenspartner des Teilungsabkommens einen Ausschluß von Regreßforderungen der Krankenkasse für den Fall nicht fristgerechter Anmeldung vereinbart, wie sich eindeutig schon aus dem Wortlaut der Vertragsregelung ergibt. Dieser Ausschluß umfaßt die Rückgriffsansprüche der Krankenkasse schlechthin; nicht nur die Vertragsansprüche aus dem Teilungsabkommen, oder, wie das Berufungsgericht offenbar annimmt, den Rückgriff wegen Aufwendungen der Krankenkasse bis zum Gesamtbetrag von 20.000 DM, der nach § 8 TA nach Maßgabe der in § 1 (8) TA festgelegten Quote zu regulieren ist. Das folgt nicht nur aus dem Wortlaut der Vereinbarung, sondern ergibt sich auch aus ihrem Sinn und ihrem Regelungszusammenhang.

a) Sinn der Anmeldung der Ansprüche und ihrer zeitlichen Begrenzung durch Ausschlußfristen ist in erster Linie, dem Haftpflichtversicherer mit der Kenntnis von seiner Eintrittspflicht einen Überblick über die von ihm dafür etwa zu machenden Rückstellungen zu geben. Die dreijährige Ausschlußfrist des § 2 (2) TA soll sicherstellen, daß er für seine Kalkulationen nur die ihm gemeldeten Schäden aus einem auf drei Jahre begrenzten Zeitraum zugrunde legen, nicht gemeldete Schadensfälle aus weiter zurückliegender Zeit also außer Ansatz lassen kann. Die auf ein Jahr bemessene kürzere Anmeldefrist für Rückgriffsansprüche aus Fällen einer Wiedererkrankung, die nach § 1 (3) TA als neue Schadensfälle angesehen werden, soll den Haftpflichtversicherer instand setzen, ein Jahr nach Beendigung einer Krankenbehandlung des Verletzten den Schadensfall als abgeschlossen zu betrachten, wenn ihm die Krankenkasse keine neuen Behandlungsaufwendungen gemeldet hat, und neue Forderungen aus diesen Schadensfällen aus länger als ein Jahr zurückliegender Zeit in seiner Kalkulation unberücksichtigt zu lassen. Mit Rückgriffsforderungen "aus Schadensfällen" im Sinne des Abkommens, die außerhalb dieses zeitlichen Rahmens liegen, soll die Krankenkasse ihn nicht belasten dürfen.

Dem dient auch die Erstreckung der Ausschlußwirkungen der Vereinbarung auf Regreßansprüche der Krankenkasse gegen die beim Haftpflichtversicherer Versicherten. Der mit der Vereinbarung bezweckte Schutz des Haftpflichtversicherers soll nicht dadurch unterlaufen werden können, daß er auf dem Weg über seine vom Unterbleiben einer Schadensanzeige seines Versicherungsnehmers grundsätzlich unberührte (vgl. Senatsurteil vom 19. November 1974 - VI ZR 205/73 = VersR 1975, 279) Deckungspflicht mit Aufwendungen aus den ausgeschlossenen Schadensfällen doch belastet wird. Deshalb hat die Krankenkasse sich dem Haftpflichtversicherer zugleich zugunsten seines Versicherten (§ 328 BGB) vertraglich verpflichtet, auch die von dem Teilungsabkommen selbst nicht berührten Rückgriffsansprüche gegen den Schädiger (Senatsurteile vom 13. Dezember 1977 - VI ZR 14/76 = VersR 1978, 278, 279 f und vom 13. Juni 1978 - VI ZR 166/76 = VersR 1978, 843, 844 f) im Falle der Versäumung der Ausschlußfristen nicht geltend zu machen.

b) Der Ausschluß umfaßt nicht nur die Vertragsansprüche der Krankenkasse gegen den Haftpflichtversicherer, sondern ihre Rückgriffsansprüche aus nicht fristgemäß gemeldeten "Schadenfällen" gegen den Haftpflichtversicherer und den bei ihm Versicherten schlechthin. Keinesfalls erlaubt die Regelung eine Auslegung dahin, daß für solche "Schadenfälle" nur eine Regulierung nach dem Teilungsabkommen ausgeschlossen sein, stattdessen aber eine Regulierung nach der Rechtslage stattfinden soll (so offenbar HJ. Wussow WI 1980, 97, 98). Das würde es der Krankenkasse prinzipiell ermöglichen, durch Verstreichenlassen der Ausschlußfristen das Teilungsabkommen insgesamt zu unterlaufen, wenn die Regulierung nach der Rechtslage für sie günstiger als die abkommensmäßige Regulierung ist, und den Zweck der Vereinbarung, die hier den Haftpflichtversicherer schützen soll, geradezu in ihr Gegenteil verkehren.

Diese Gefahr würde nicht bestehen, wenn der Ausschluß nur die Aufwendungen der Krankenkasse erfaßte, die nach der Abkommensquote zu regulieren sind, nicht aber die über das Limit von 20.000 DM hinausgehenden Aufwendungen, für deren Rückgriff nach § 8 (1) TA die Sach- und Rechtslage maßgebend sein soll. Von dieser Auslegung ist offenbar das Berufungsgericht ausgegangen. Indes wäre damit der Zweck der Anmeldefristen, das Regulierungsvolumen für den Haftpflichtversicherer überschaubar und kalkulierbar zu halten, nachhaltig in Frage gestellt, da er für seine Kalkulation stets damit rechnen müßte, mit Schadensfällen auch aus außerhalb der Ausschlußfristen gelegenen Zeiten konfrontiert zu werden, die gerade besonders kostenträchtig sind. Die Verjährungsfrist nach der Rechtslage bedeutet für den Haftpflichtversicherer keinen gleichwertigen Schutz. Denn die mit dem Teilungsabkommen verbundenen verjährungshemmenden Wirkungen (Senatsurteile vom 10. April 1973 - VI ZR 48/72 = VersR 1973, 759, 760 und vom 13. Dezember 1977 = aaO jeweils m.w.N.; BGH, Urteil vom 19. Dezember 1973 - IV ZR 109/72 = VersR 1974, 546, 547) entfallen grundsätzlich erst mit der Erschöpfung des Abkommenslimits. Sie ermöglichten deshalb der Krankenkasse ein Zuwarten mit ihren das Limit übersteigenden Rückgriffsansprüchen weit über die vorgesehene Ausschlußfrist hinaus. Eine Beschränkung der Ausschlußfristen auf den Höchstbetrag des § 8 (1) TA würde zur Folge haben, daß die Krankenkasse, die etwa die dreijährige Anmeldefrist des § 2 (2) TA verstreichen läßt, wegen ihrer das Limit übersteigenden Regreßansprüche aus einer "Ersterkrankung" weitere drei Jahre zuwarten könnte, ohne die Verjährungseinrede des Haftpflichtversicherers fürchten zu müssen. In derartigen Fällen würden die zum Schutz des Haftpflichtversicherers vereinbarten Ausschlußfristen also ebenfalls zu seinen Lasten ausschlagen.

c) Unter diesen Umständen wird der von § 2 (2) und (3) TA geregelten Interessenlage vielmehr nur eine Auslegung gerecht, die den Ausschluß auf Rückgriffsansprüche für nicht fristgerecht angemeldete "Schadenfälle" schlechthin erstreckt; so wie das auch im uneingeschränkten Wortlaut der Vereinbarung seinen Ausdruck gefunden hat. Daß § 2 TA solche Ansprüche in diesem Sinn umfassend meint, ergibt sich im übrigen auch daraus, daß die Vereinbarung ausdrücklich die Ansprüche gegen die Versicherten in die Regelung einbezieht. Solcher besonderen Erwähnung hätte es nicht bedurft, wenn die Vereinbarung nur die nach der Quote gemäß § 8 TA zu regulierenden Ansprüche zum Gegenstand hätte haben sollen. Denn eine Inanspruchnahme der Versicherten wegen der auf die Quote entfallenden Aufwendungen ist der Klägerin schon durch § 8 TA versagt; diese Vertragsbestimmung verschafft dem Versicherten sogar ein eigenes Recht (§ 328 BGB), die Klägerin darauf zu verweisen, im Bereich des Abkommenslimits bei ihrem Haftpflichtversicherer Befriedigung zu suchen (BGH, Urteile vom 10. April 1973, 13. Dezember 1977, 13. Juni 1978 = sämtlich aaO und vom 7. April 1981 VI ZR 251/78 = VersR 1981, 649, 650).

Dem steht nicht, wie die Revision meint, entgegen, daß nach dem Wortlaut des § 8 (1) das Abkommen nur für das Limit von 20.000 DM Anwendung finden soll. Diese Regelung soll nur den Rationalisierungseffekt der quotenmäßigen Regulierung beschränken; nur der Anwendungsbereich dieses Effekts wird durch § 8 TA eingeschränkt (vgl. auch BGH Urteil vom 19. Dezember 1973 - IV ZR 109/72 = aaO). Daß die Abkommenspartner im übrigen die Regulierung der Regreßforderungen der Krankenkasse insgesamt zum Gegenstand des Teilungsabkommens gemacht haben, wird dadurch nicht in Frage gestellt. Mit dem Rationalisierungseffekt des § 8 TA hat der Anspruchsausschluß in § 2 TA unmittelbar nichts zu tun. Das Beschleunigungs- und Kalkulierungsinteresse des Haftpflichtversicherers, das diese Bestimmung schützen

soll, liegt auf einer anderen Ebene als das Interesse an der Vermeidung von Auseinandersetzungen über die Haftungslage, das § 8 TA zum Gegenstand hat.

2. Zu Recht stellt das Berufungsgericht fest, daß die Klägerin ihre Regreßansprüche verspätet angemeldet hat. Diese Ansprüche beziehen sich auf eine Behandlung ihres verletzten Mitglieds M., die nach dem eigenen Vortrag der Klägerin als Fall einer Wiedererkrankung im Sinne des Teilungsabkommens zu regulieren ist. Es kann dahingestellt bleiben, ob dieser "neue Schadensfall" noch angemeldet werden konnte, wenn damals auch schon die für die Ersterkrankung geltende dreijährige Ausschußfrist nicht eingehalten worden war. Denn jedenfalls hat die Klägerin die für den Regreß maßgebende einjährige Ausschußfrist des § 2 (3) TA nicht gewahrt. Diese ist mit dem Beginn der Leistungspflicht der Krankenkasse, spätestens am 28. Februar 1978, in Lauf gesetzt worden und war deshalb bei der Anmeldung des Regresses durch die Klägerin am 18. Oktober 1979 bereits verstrichen. Selbst wenn sie die Wiedererkrankung bei dem Haftpflichtversicherer des Sch., der Colonia-Versicherung, rechtzeitig angemeldet haben sollte, würde sie sich damit ihre Regreßansprüche gegen die Zweitbeklagte nicht erhalten haben. Daß das Einzel-Teilungsabkommen zwischen den Parteien durch ihren Beitritt zu dem Rahmenabkommen zustandegekommen und dadurch in einen größeren Bezugsrahmen gestellt worden ist, in den auch die C--Versicherung durch ihren Beitritt einbezogen war, ändert nichts daran, daß die Klägerin ihre Ansprüche gegenüber der Zweitbeklagten nur durch rechtzeitige Anmeldung bei ihr wahren konnte (Hj. Wussow aaO). Anderes wäre mit dem Schutzzweck des § 2 TA nicht vereinbar; er ist nur zu erreichen, wenn der jeweils betroffene Haftpflichtversicherer durch die Anmeldung Kenntnis von dem "neuen Schadensfall" erhält. Auf das Schreiben des Verletzten an die Zweitbeklagte vom

20. Mai 1974, mit dem dieser im übrigen nur seine eigenen Ansprüche angemeldet hatte, und auf die Forderungsanmeldung der Klägerin bei dem Erstbeklagten vom 12. Juni 1975 kommt es schon deshalb nicht an, weil sich diese "Anmeldungen" nicht auf den erst am 28. Februar 1978 eingetretenen "neuen Schadensfall" der Wiedererkrankung beziehen. Die Kenntnis der Zweitbeklagten von dem Unfall und den Aufwendungen aus einer früheren Behandlung reicht zur Wahrung der Anmeldefrist für die hier in Frage stehenden Aufwendungen nicht aus; diese müssen nach § 2 (2) TA besonders angemeldet werden. Daß die Zweitbeklagte auf anderem Wege von diesem "neuen Schadensfall" rechtzeitig Kenntnis erhalten hat, hat die Klägerin selbst nie substantiiert vorgetragen. Es kann daher auf sich beruhen, ob und unter welchen Umständen solche Kenntnisnahme die Anmeldung hätte überflüssig machen können.

3. Durch die Versäumung der Anmeldefrist ist die Klägerin mit ihren Rückgriffsansprüchen nach §§ 2 (2) und (3) TA auch gegenüber dem erstbeklagten Versicherten ausgeschlossen, da der Ausschluß nach dem Zuvorgesagten auch diesen Regreß umfaßt.

Da somit die Vorinstanzen zu Recht die Klage abgewiesen haben, war die Revision der Klägerin zurückzuweisen.

Dr. Steffen

Scheffen

Dr. Kullmann

Dr. Ankermann

Bischoff