



BUNDESGERICHTSHOF

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

IV ZR 246/08

Verkündet am:
16. September 2009
Fritz
Justizangestellte
als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle

in dem Rechtsstreit

Der IV. Zivilsenat des Bundesgerichtshofes hat durch den Vorsitzenden Richter Terno, die Richter Dr. Schlichting, Seiffert, die Richterinnen Dr. Kessal-Wulf und Harsdorf-Gebhardt auf die mündliche Verhandlung vom 16. September 2009

für Recht erkannt:

Auf die Revision des Klägers wird das Urteil des 1. Zivilsenats des Oberlandesgerichts Bamberg vom 2. Oktober 2008 aufgehoben.

Die Sache wird zur neuen Verhandlung und Entscheidung, auch über die Kosten des Revisionsverfahrens, an das Berufungsgericht zurückverwiesen.

Von Rechts wegen

Tatbestand:

- 1 Der Kläger nimmt die Beklagte aus einer Marktwert-Versicherung in Anspruch, die er für den Fall der Invalidität der Spieler seiner in den Jahren 2000 bis 2002 in der Zweiten Fußball-Bundesliga spielenden Mannschaft abgeschlossen hat. Versichert ist unter anderem der nigerianische Spieler S. M. , für den die Versicherungssumme auf 1.500.000 DM - 766.937,82 € - festgesetzt ist, deren Zahlung mit der Klage verfolgt wird.
- 2 Der Marktwert-Versicherung liegen Versicherungsbedingungen der Beklagten (VB) zugrunde, die auszugsweise lauten:

"§ 1 Versicherungsumfang

1. Für den Fall, dass die versicherte Person einen Personenschaden nach Maßgabe des § 3 Nr. 2 erleidet, der ausschließlich durch einen während der Geltungsdauer dieses Vertrags auftretenden Unfall verursacht wird und der ausschließlich von sich aus und unabhängig von irgendeiner anderen Ursache binnen sechs Monaten vom Unfalltag an zur Vollinvalidität führt, die unmittelbar in eine dauernde Vollinvalidität der versicherten Person übergeht, erbringt der Versicherer dem Versicherungsnehmer die im Versicherungsvertrag genannten Leistungen.

(...)

§ 3 Begriffsbestimmungen

(...)

4. 'Vollinvalidität' bezeichnet das vollkommene und vollständige physische Unvermögen der versicherten Person, ihre im Versicherungsvertrag festgehaltene berufliche Tätigkeit auszuüben.

5. 'Dauernde Vollinvalidität' bedeutet, dass die versicherte Person für die Dauer von zwölf aufeinanderfolgenden Monaten unter einer Vollinvalidität gelitten hat und dass aufgrund des unfallbedingten Personenschadens oder der durch diese Police gedeckten physischen Behinderung, die zu der Vollinvalidität führten, für die versicherte Person keine Aussicht auf eine derartige Besserung besteht, die ausreichend wäre, um jemals wieder ihre in dem Versicherungsvertrag festgehaltene berufliche Tätigkeit auszuüben.

(...)

8. 'Ausüben'/'Teilnehmen', 'Ausübung' bedeuten, dass sich die versicherte Person auf der aktiven Spielerliste der professionellen Sportmannschaft befindet, für die zu spielen die versicherte Person, wie im Versicherungsvertrag fest-

gehalten, vertraglich verpflichtet ist, und/oder das Trikot trägt, um mit der betreffenden Mannschaft zu trainieren oder zu spielen und/oder dafür zur Verfügung steht und/oder tatsächlich dazu in der Lage ist.

§ 5 Leistungsvoraussetzungen, Obliegenheiten und weitere Bestimmungen

I. (...)

5. Gesundheitliche Wiederherstellung: sollte die versicherte Person während der Dauer von zwölf Monaten ab Beginn der Vollinvalidität oder vor Beendigung der Saison, welche unmittelbar auf diejenige folgt, in der die Vollinvalidität der versicherten Person eintritt, je nachdem, welcher Zeitraum länger ist, an der in den Vertragsdaten aufgeführten Anzahl von Spielen teilnehmen, so wird die versicherte Person folglich als voll gesundheitlich wiederhergestellt erachtet und es wird keine Leistung unter vorliegender Police ausgezahlt.

II. Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben im Versicherungsfall, für den Leistungen des Versicherers begehrt werden, folgende Obliegenheiten zu erfüllen:

(...)

3. Vorlage des Nachweisformulars über dauernde Vollinvalidität: innerhalb von 20 Tagen nach Beginn der dauernden Vollinvalidität hat die versicherte Person ein Nachweisformular zur dauernden Vollinvalidität vorzulegen, in welchem von einem niedergelassenen Arzt attestiert wird, dass die versicherte Person eine dauernde Vollinvalidität im Sinne von § 3 Nr. 5 erlitten hat. Das Formular hierzu ist bei dem Versicherer oder seinem Agenten erhältlich. Ein derartiges Formular kann erst nach dem Beginn der dauernden Vollinvalidität eingereicht werden, wobei vereinbart wird, dass erst nach Vollendung eines Zeitraums von zwölf aufeinanderfolgenden Monaten der Vollinvalidität und bei Erfüllung aller Bestimmungen und Bedingungen

dieser Police Forderungen hierunter gedeckt sind und Leistungen fällig oder zahlbar werden.

(...)

6. Verletzen der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person eine der vorstehenden Obliegenheiten, ist der Versicherer nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen in § 6 Abs. 3 VVG von der Verpflichtung zur Leistung frei."

3 Bei einem Punktspiel am 29. September 2000 zog sich der Spieler M. eine Knieverletzung zu. Im März 2001 nahm er wieder am Mannschaftstraining teil. Im Zeitraum von Dezember 2001 bis März 2002 wurde er bei insgesamt sechs Punktspielen der Zweiten Fußball-Bundesliga aktiv eingesetzt, bei vier weiteren Spielen war er als Ersatzspieler benannt. Mit Schreiben vom 16. Juli 2002 zeigte der Kläger die dauernde Vollinvalidität des Spielers gegenüber der Beklagten an.

4 Das Landgericht hat die Klage abgewiesen, das Berufungsgericht die Berufung zurückgewiesen. Dagegen richtet sich die Revision des Klägers.

Entscheidungsgründe:

5 Die Revision hat Erfolg und führt zur Aufhebung des angefochtenen Urteils und zur Zurückverweisung der Sache an das Berufungsgericht.

6 I. Das Berufungsgericht geht davon aus, dass die Beklagte grundsätzlich zur Leistung nach § 1 Nr. 1 VB verpflichtet ist. Der Lizenzspieler

M. habe als versicherte Person am 29. September 2000 eine Knieverletzung erlitten, die unmittelbar zu einer "Vollinvalidität" nach § 3 Nr. 4 VB geführt habe. Bereits zu diesem Zeitpunkt sei von einem vollkommenen und vollständigen physischen Unvermögen der versicherten Person auszugehen, ihre im Versicherungsvertrag festgehaltene berufliche Tätigkeit i.S. des § 3 Nr. 8 VB "auszuüben". Hierfür sei nicht nur erforderlich, dass die versicherte Person das Trikot trage, um mit der betreffenden Mannschaft zu trainieren oder zu spielen, sondern zusätzlich, dass die versicherte Person hierzu in der Lage sei. Dies sei jedoch zu verneinen. Es liege auch eine "dauernde Vollinvalidität" nach § 3 Nr. 5 VB vor, da die infolge des Unfalls vom 29. September 2000 eingetretene "Vollinvalidität" für einen Zeitraum von zwölf aufeinanderfolgenden Monaten bestanden habe. Hierauf habe die Teilnahme des Spielers am Trainings- und Spielbetrieb der Saison 2001/2002 keinen Einfluss, da er nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme tatsächlich nicht in der Lage gewesen sei, seinen Sport "auszuüben".

7 Die Beklagte sei jedoch wegen einer grob fahrlässigen Verletzung der sich aus § 5 II Nr. 3 VB ergebenden Obliegenheit leistungsfrei. Der Kläger habe nicht innerhalb von 20 Tagen nach Beginn der "dauernden Vollinvalidität" das geforderte Nachweisformular vorgelegt. Zudem habe er durch Schreiben vom Dezember 2000 und Januar 2001 - den Tatsachen zuwider - zum Ausdruck gebracht, dass eine zuvor angezeigte "Vollinvalidität" wieder beendet sei. Erst im Juli 2002 - und damit nach Ablauf der in den Vertragsbedingungen vereinbarten Fristen - habe der Kläger die unfallbedingte "dauernde Vollinvalidität" angezeigt. Da dem Kläger und dem Vereinsarzt, dessen Wissen dem Kläger zuzurechnen sei, die Beschwerden des Spielers und das objektive Beschwerdebild bekannt gewesen seien, seien die fehlerhaften und unterbliebenen An-

zeigen als grob fahrlässig zu qualifizieren. Dem Kläger sei der Nachweis fehlender Relevanz der Verletzung der Obliegenheit nicht gelungen. Dies beruhe vor allem darauf, dass eine rechtzeitig durchgeführte zweite Operation eine erhebliche Chance auf Wiederherstellung des verletzten Kniegelenks geboten hätte, was den Eintritt der "dauernden Vollinvalidität" hätte verhindern können. Die Verletzung der Obliegenheit habe der Beklagten die Möglichkeit genommen, eine rechtzeitige Überprüfung vorzunehmen und/oder weitere erforderliche Maßnahmen zu veranlassen sowie den verfrühten Einsatz des Spielers zu verhindern.

8 II. Das hält der rechtlichen Nachprüfung nicht stand.

9 1. Die hier genommene Marktwert-Versicherung ist eine Summenversicherung i.S. des § 1 Abs. 1 Satz 2 VVG a.F., die nicht auf die Deckung eines konkreten Schadens ausgerichtet ist. Die Leistungspflicht des Versicherers geht dahin, bei Eintritt des in § 1 Nr. 1 VB näher umschriebenen Versicherungsfalls eine bestimmte, vorher festgelegte Summe zu zahlen, die in ihrer Höhe unabhängig von einem etwaigen Schaden ist (vgl. Senatsurteil vom 4. Juli 2001 - IV ZR 307/00 - VersR 2001, 1100 unter II 2 b; Römer in Römer/Langheid, VVG 2. Aufl. § 1 Rdn. 4).

10 2. Schon im rechtlichen Ausgangspunkt unzutreffend nimmt das Berufungsgericht an, eine Leistungspflicht der Beklagten nach § 1 Nr. 1 VB sei wegen einer Verletzung der Obliegenheit aus § 5 II Nr. 3 VB nicht gegeben.

11 a) Angesichts des einleitenden Satzes in § 5 II VB, in dem ausdrücklich von der Erfüllung nachfolgend im einzelnen aufgeführter Oblie-

genheiten die Rede ist, und des Wortlauts und Sinngehalts der Nr. 3 ist aus der maßgeblichen Sicht eines durchschnittlichen, um Verständnis der Klausel bemühten Versicherungsnehmers (vgl. nur BGHZ 123, 83, 85) grundsätzlich von der Vereinbarung einer Obliegenheit auszugehen, als deren Rechtsfolge in § 5 II Nr. 6 VB i. V. mit § 6 Abs. 3 VVG a.F. Leistungsfreiheit des Versicherers vorgesehen ist.

12

b) Das Berufungsgericht hat jedoch nicht beachtet, dass die Kenntnis der nach Eintritt eines Versicherungsfalls mitzuteilenden oder - wie hier - nachzuweisenden Umstände oder Tatsachen bereits zum objektiven Tatbestand der Verletzung einer solchen Obliegenheit gehört. Fehlt dem Versicherungsnehmer oder der versicherten Person diese Kenntnis, läuft die entsprechende Obliegenheit ins Leere. Schon objektiv kann sie nicht verletzt werden, denn es gibt nichts, worüber Versicherungsnehmer und versicherte Person nach ihrem Kenntnisstand den Versicherer aufklären könnten. Dieses positive Wissen um die die Obliegenheit auslösenden Umstände muss der Versicherer, will er sich auf Leistungsfreiheit wegen Verletzung der Obliegenheit berufen, beweisen (vgl. Senatsurteile vom 13. Dezember 2006 - IV ZR 252/05 - VersR 2007, 389 Tz. 10, 13 f. und vom 30. April 2008 - IV ZR 227/06 - VersR 2008, 905 Tz. 15, 18; Römer aaO § 6 Rdn. 19). Die Beklagte als Versicherer hätte also belegen müssen, wann die Kenntnis - und nicht das bloße Kennenmüssen - vom "Beginn der dauernden Vollinvalidität" gegeben war, damit die Nachweisfrist von 20 Tagen überhaupt in Gang gesetzt werden konnte. Dazu hat das Berufungsgericht keine Feststellungen getroffen. Stattdessen hat es ein Kennenmüssen ausreichen lassen und dieses zudem der Prüfung des Verschuldens zugeordnet; damit hat es zugleich die Maßstäbe der von ihm zugrunde gelegten groben Fahrlässigkeit verkannt.

- 13 c) Nach ihrem eindeutigen Wortlaut richtet sich die Obliegenheit zudem - nur - an die versicherte Person. Daher kommt es von vornherein nicht darauf an, ob der Kläger als Versicherungsnehmer Kenntnis vom Gesundheitszustand des Spielers M. hatte; vielmehr ist allein auf den Kenntnisstand der versicherten Person abzustellen. Auch das hat das Berufungsgericht übersehen.
- 14 Weiter - und jedenfalls missverständlich - untersucht das Berufungsgericht, ob dem Kläger ein ihm obliegender Nachweis fehlender Relevanz der Obliegenheitsverletzung gelungen ist. Diese Frage stellt sich nach der Rechtsprechung des Senats im Falle einer vorsätzlichen folgenlosen Obliegenheitsverletzung (vgl. Senatsbeschluss vom 4. Mai 2009 - IV ZR 62/07 - VersR 2009, 968 unter Tz. 9; Senatsurteile vom 28. Februar 2007 - IV ZR 331/05 - VersR 2007, 785 Tz. 15; vom 21. Januar 1998 - IV ZR 10/97 - VersR 1998, 447 unter 2 b, jeweils m.w.N.). Bei Annahme grober Fahrlässigkeit, von der das Berufungsgericht ausgeht, ist hingegen nach § 6 Abs. 3 Satz 2 VVG a.F. zu prüfen, ob dem Versicherungsnehmer ein Kausalitätsgegenbeweis gelingt (vgl. BGHZ 169, 86, 93; Senatsurteil vom 10. Februar 1999 - IV ZR 60/98 - VersR 1999, 1004 unter II 3).
- 15 3. Darauf kommt es letztlich jedoch nicht an, denn die Klausel in § 5 II Nr. 3 VB benachteiligt den Versicherungsnehmer wegen Verstoßes gegen das Transparenzgebot (§ 307 Abs. 1 Satz 2 BGB) unangemessen und ist deshalb unwirksam. Sie ist ferner nach § 307 Abs. 2 Nr. 1 BGB unwirksam, da sie mit dem durch die Rechtsprechung geprägten Leitbild des Rechts der Obliegenheiten vor und nach Eintritt des Versicherungsfalls (§ 6 VVG a.F.) nicht zu vereinbaren ist.

- 16 a) Von der versicherten Person wird in § 5 II Nr. 3 VB gefordert, ein Nachweisformular innerhalb von 20 Tagen nach "Beginn der dauernden Vollinvalidität" vorzulegen. Diese setzt nach § 3 Nr. 5 VB voraus, dass die versicherte Person für die Dauer von zwölf aufeinander folgenden Monaten unter "Vollinvalidität" gelitten hat und aufgrund des unfallbedingten Personenschadens, der zur Vollinvalidität geführt hat, eine Aussicht auf Besserung nicht besteht. "Vollinvalidität" wiederum ist gemäß § 3 Nr. 4 VB anzunehmen, wenn ein vollkommenes oder physisches Unvermögen der versicherten Person besteht, ihre im Versicherungsvertrag festgehaltene berufliche Tätigkeit auszuüben.
- 17 Die Begriffe der "Vollinvalidität" und der "dauernden Vollinvalidität" nach § 3 Nrn. 4, 5 VB sind unter Einbeziehung des § 3 Nr. 8 VB zu bestimmen. Dort ist festgelegt, was unter der Ausübung der beruflichen Tätigkeit der versicherten Person - hier als Berufsfußballer - zu verstehen ist. Erforderlich soll zunächst sein, dass sich die versicherte Person auf der aktiven Spielerliste der professionellen Sportmannschaft befindet, für die zu spielen sie vertraglich verpflichtet ist. Über verschiedene Und-, aber auch Oder-Verknüpfungen werden sodann bestimmte weitere Voraussetzungen aufgeführt, bei deren Vorliegen ein "Ausüben" anzunehmen ist, nämlich und/oder das Tragen des Trikots, um mit der betreffenden Mannschaft zu trainieren oder zu spielen, und/oder dafür zur Verfügung zu stehen und/oder tatsächlich dazu in der Lage zu sein.
- 18 b) Mit diesem Inhalt wird die Klausel des § 5 II Nr. 3 VB dem Erfordernis des § 307 Abs. 1 Satz 2 BGB nach ausreichender Transparenz nicht gerecht.

- 19 (1) Danach ist der Verwender Allgemeiner Versicherungsbedingungen entsprechend den Grundsätzen von Treu und Glauben gehalten, Rechte und Pflichten seines Vertragspartners möglichst klar und durchschaubar darzustellen. Dabei kommt es nicht nur darauf an, dass die Klausel in ihrer Formulierung für den durchschnittlichen Versicherungsnehmer verständlich ist. Vielmehr gebieten Treu und Glauben auch, dass die Klausel die wirtschaftlichen Nachteile und Belastungen so weit erkennen lässt, wie dies nach den Umständen gefordert werden kann (vgl. BGHZ 136, 394, 401 f.; 141, 137, 143; 147, 354, 361 f.; Senatsurteile vom 30. April 2008 - IV ZR 241/04 - VersR 2008, 816 Tz. 14 f. und vom 26. September 2007 - IV ZR 252/06 - VersR 2007, 1690 Tz. 16).
- 20 Schon auf erste Sicht kann die Klausel diesen Anforderungen nicht genügen. Ein um Verständnis bemühter Versicherungsnehmer bzw. hier eine gleichermaßen um Verständnis bemühte versicherte Person kann nicht erkennen, was von ihr verlangt wird, um den Anspruch auf Versicherungsleistung nicht zu gefährden.
- 21 (2) Sie muss in ihre Überlegungen verschiedene, in ihren Voraussetzungen nicht eindeutig festgelegte Ereignisse einbeziehen, um beurteilen zu können, ob die - mit nur 20 Tagen zudem knapp bemessene - Nachweisfrist in Gang gesetzt ist.
- 22 Der Fristbeginn hängt zum einen vom Eintritt einer dauernden - d.h. zwölf aufeinander folgende Monate umfassenden - Vollinvalidität ab. Darüber muss die versicherte Person, die regelmäßig nicht über medizinisches Fachwissen verfügt, sich zunächst ein Urteil bilden. Eine "dauernde Vollinvalidität" ist nach § 3 Nr. 5 VB überdies nicht allein objektiv nach dem Zustandsbild dieser zwölf Monate zu bestimmen, son-

dem es tritt die auf ihren Ablauf bezogene Prognose hinzu, ob für die Zukunft Aussicht auf Besserung besteht. Auch das muss die versicherte Person erkennen, denn nur dann hat sie Veranlassung, sich um die erforderliche ärztliche Feststellung zu kümmern und nach § 5 II Nr. 3 Satz 2 VB das entsprechende Formular beim Versicherer oder seinem Agenten zu beschaffen, ohne das ausweislich der Klausel der Nachweis einer dauernden Vollinvalidität nicht erbracht werden kann. Dazu werden ihr umfassende, bis ins Einzelne gehende medizinische Überlegungen und Bewertungen abverlangt, zu denen sie ebenfalls in aller Regel nicht in der Lage ist.

23 Zum anderen wird die versicherte Person darüber im Unklaren gelassen, ob die in § 5 II Nr. 3 VB aufgenommene Frist von 20 Tagen schon, wie es der Wortlaut nahe legt, ab dem tatsächlichen Beginn der dauernden Vollinvalidität zu laufen beginnt, so dass sie binnen dieser kurzen Frist für die ärztliche Feststellung und die Einreichung des Nachweises beim Versicherer zu sorgen hat, oder ob sich die Frist erst ab der ärztlichen Feststellung hierüber berechnet, wofür der Sinn und Zweck der Regelung spricht, dem Versicherer anhand der Invaliditätsbescheinigung Gelegenheit zu geben, dem geltend gemachten Versicherungsfall nachzugehen und seine Leistungspflicht auf der Grundlage der ärztlichen Feststellung zeitnah zu überprüfen (vgl. Senatsurteil vom 7. März 2007 - IV ZR 137/06 - VersR 2007, 1114 unter Tz. 12).

24 (3) Ihre Unklarheit über den Fristbeginn wird dadurch verstärkt, dass die Umschreibung des Versicherungsfalls in § 1 Nr. 1 VB nicht deckungsgleich ist mit den Voraussetzungen der dauernden Vollinvalidität, wie sie sich in § 3 Nr. 5 VB finden. Während für den Eintritt des die Versicherungsleistung auslösenden Versicherungsfalls erforderlich ist, dass

ein unfallbedingter Personenschaden binnen sechs Monaten vom Unfalltag an zu einer Vollinvalidität führt, sofern diese unmittelbar in eine dauernde Vollinvalidität "übergeht" (nicht: "übergegangen ist"), muss nach der Begriffsbestimmung in § 3 Nr. 5 VB die Vollinvalidität über zwölf Monate bestanden haben, um (erstmal) als eine "dauernde" bezeichnet werden zu können. Da in § 5 II Nr. 3 VB jedenfalls für das den Beginn der 20-tägigen Frist auslösende Ereignis keine Bezugnahme auf § 1 Nr. 1 VB oder § 3 Nr. 5 VB erfolgt, ist für die versicherte Person nicht hinreichend durchschaubar, woran die Verhaltensanforderung anknüpft, ob also für die Nachweisobliegenheit der "Übergang" der binnen sechs Monaten nach dem Unfallereignis eingetretenen Vollinvalidität in eine dauernde, also eine künftig mindestens zwölf Monate währende Vollinvalidität entscheidend ist, oder ob auf den Ablauf der zwölf Monate abzustellen ist. Diese Unsicherheit verstärkt sich mit Blick auf § 5 II Nr. 3 Satz 4 VB. Dort ist geregelt, dass das erforderliche Formular erst nach dem "Beginn" der dauernden Vollinvalidität eingereicht werden kann, was auf § 1 Nr. 1 VB deutet. Zugleich wird vereinbart, dass erst nach Vollendung eines Zeitraums von zwölf aufeinander folgenden Monaten der Vollinvalidität Leistungen "fällig und zahlbar" werden, was der versicherten Person den Hinweis auf einen Zusammenhang mit § 3 Nr. 5 VB gibt.

- 25 (4) Weiter erschließt sich ihr der Begriff einer "Ausübung" der beruflichen Tätigkeit i.S. des § 3 Nr. 8 VB nicht einmal ansatzweise. Zunächst soll maßgeblich sein, dass die versicherte Person auf der aktiven Spielerliste "geführt" wird. Was dies im Einzelnen bedeutet, wird nicht näher erläutert. Vielmehr wird das Verständnis von § 3 Nr. 8 VB nachfolgend durch die Aufzählung mehrerer Und/Oder-Alternativen erschwert. Es ist angesichts der Fülle der sich daraus ergebenden Kombinationsmöglichkeiten nicht klar, ob es bereits ausreichend ist, dass ein Spieler

sich überhaupt auf der aktiven Liste befindet. Steht die versicherte Person nicht auf dieser Liste, muss sie jedenfalls entweder das Trikot tragen, um mit der betreffenden Mannschaft zu trainieren oder zu spielen, und/oder dafür zur Verfügung stehen und/oder tatsächlich dazu in der Lage sein. Nach dem Wortlaut der Versicherungsbedingungen wäre ein "Ausüben" selbst dann anzunehmen, wenn der Spieler lediglich das Trikot trägt, um am Mannschaftstraining teilzunehmen, obwohl sein physischer Zustand dies eigentlich nicht erlaubt. Insoweit verhalten sich die Formulierung "zur Verfügung stehen", die auf eine subjektive Bereitschaft zur Teilnahme am Spiel- und Trainingsbetrieb deutet, und die Formulierung "tatsächlich in der Lage sein", die auf das objektive Leistungsvermögen abstellt, in einem unauflösbaren Widerspruch zueinander.

26 Die Klausel ist mithin derart weit und konturenlos gefasst, dass die versicherte Person auch nach der gebotenen verständigen Durchsicht der Versicherungsbedingungen nicht in der Lage ist, verlässlich zu bestimmen, wann ihr vollkommenes und vollständiges physisches Unvermögen vorliegen soll, um die im Versicherungsvertrag festgehaltene Tätigkeit i.S. des § 3 Nr. 4 VB "auszuüben". Sie widerspricht damit evident dem Transparenzgebot.

27 c) Das Wesen einer vertraglich vereinbarten, mit der Sanktion der Leistungsfreiheit verbundenen Obliegenheit besteht weiter darin, dass ein Verhalten - also bestimmte Handlungen oder ein Unterlassen - vorgeschrieben wird, das es zu beachten gilt, wenn der Versicherungsschutz erhalten werden soll. Wegen der einschneidenden Wirkung der Leistungsfreiheit muss das auferlegte Tun oder Unterlassen ausdrücklich vereinbart sein, klar und eindeutig erkennen lassen, was im Einzelnen

verlangt wird (vgl. Senatsbeschluss vom 30. April 2008 - IV ZR 53/05 - VersR 2008, 961 Tz. 5; Senatsurteile vom 17. Dezember 2008 - IV ZR 9/08 - VersR 2009, 341 Tz. 18; vom 9. Dezember 1987 - IVa ZR 155/86 - VersR 1988, 267 unter II und vom 12. Juni 1985 - IVa ZR 261/83 - VersR 1985, 979 unter 4 b; BGH, Urteil vom 18. Dezember 1989 - II ZR 34/89 - VersR 1990, 384 unter 3). Diese durch Rechtsprechung und Literatur geprägte Auslegung des Obliegenheitsbegriffs gehört zum gesetzlichen Leitbild i.S. des § 307 Abs. 2 Nr. 1 BGB (vgl. Senatsurteil vom 21. April 1993 - IV ZR 33/92 - VersR 1993, 830 unter I 3 a).

28

Dem widerspricht es, wenn in § 5 II Nr. 3 VB aus den genannten Gründen Anforderungen an die versicherte Person gestellt werden, die sie deshalb nicht zu erfüllen vermag, weil sie ihr nicht deutlich genug aufgezeigt werden. Daran ändern der gemäß § 5 II Nr. 6 VB i.V. mit § 6 Abs. 3 VVG a.F. vorbehaltene Entschuldigungsbeweis und der Kausalitätsgegenbeweis nichts (BGHZ 111, 278, 281). Denn der Versicherungsnehmer bzw. hier die versicherte Person werden dadurch in die Lage gebracht, sich entlasten zu müssen. Sie sind - entgegen dem zum Recht der Obliegenheiten entwickelten Leitbild - schlechter gestellt, weil Zweifel an Inhalt und Umfang der Obliegenheit im Ergebnis zu ihren Lasten gehen. Anders ist es, wenn es dem Versicherer aufgegeben ist, die Verhaltensanforderung unmissverständlich zu formulieren und den objektiven Verstoß gegen die in ihren Voraussetzungen eindeutig festgelegte Obliegenheit zu beweisen.

29

III. Für das weitere Verfahren ist auf Folgendes hinzuweisen:

- 30 1. Die Voraussetzungen eines bedingungsgemäßen Versicherungsfalls folgen aus § 1 Nr. 1 VB. Dabei ist zwischen den Parteien mittlerweile unstreitig, dass durch den Vorfall vom 29. September 2000 und die dabei erlittene Verletzung bei dem Spieler M. ein unfallbedingter Personenschaden eingetreten ist. Nach den bisherigen Feststellungen ist das Berufungsgericht weiter davon ausgegangen, dass es noch an diesem Tage zu einer "Vollinvalidität" gemäß § 3 Nr. 4 VB gekommen ist. Allerdings kann die Vollinvalidität, mithin das Unvermögen der versicherten Person, ihre berufliche Tätigkeit "auszuüben", nicht nach Maßgabe des § 3 Nr. 8 VB bestimmt werden, da diese Klausel - wie aufgezeigt - ebenfalls intransparent und damit auch außerhalb ihrer Verknüpfung mit § 5 II Nr. 3 VB unwirksam ist.
- 31 2. Die Prüfung der Voraussetzungen einer "dauernden Vollinvalidität" nach §§ 1 Abs. 1, 3 Nr. 5 VB durch das Berufungsgericht ist nicht vollständig. Es fehlt an Feststellungen dazu, dass zwölf Monate nach dem Unfallereignis bei dem versicherten Spieler keine Aussicht auf eine Besserung seines Zustands bestand, die ausreichend gewesen wäre, um jemals wieder die Tätigkeit als Berufsfußballer auszuüben. Das wird das Berufungsgericht nachzuholen haben.

32 3. Zu § 5 I Nr. 5 VB sind gleichfalls noch keine Feststellungen getroffen.

Terno

Dr. Schlichting

Seiffert

Dr. Kessal-Wulf

Harsdorf-Gebhardt

Vorinstanzen:

LG Würzburg, Entscheidung vom 20.12.2007 - 22 O 1859/04 -
OLG Bamberg, Entscheidung vom 02.10.2008 - 1 U 12/08 -