

D&R Anwaltskanzlei - Postfach 110509 - D-86030 Augsburg



Landgericht [REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

**Rechtsanwälte  
& Fachanwälte**

Vincent Feurstein@@  
Rechtsanwalt

Carsten W. Rücker@  
Rechtsanwalt

Sebastian Limmer  
angestellter Rechtsanwalt

Thomas Reutemann  
angestellter Rechtsanwalt

Bahnhofstraße 18  
86150 Augsburg

Tel.: +49(0)821-327 55-20  
Fax: +49(0)821-327 55-15

mail@kanzleiDR.de  
www.kanzleiDR.de

unser Zeichen:  
714/15CR25p2  
(bitte stets angeben)  
D6701-16

Sachbearbeiter/in:  
RA C.W. Rücker

Datum:  
12.10.2016

**Klage**

In Sachen

[REDACTED]

- Kläger -

Prozessbevollmächtigte: D&R Anwaltskanzlei Partnerschaftsgesellschaft  
Rücker u. Feurstein RAe, Bahnhofstr. 18, D-86150 Augsburg

gegen

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

- Beklagte -

wegen Forderung

Rücker und Feurstein  
Partnerschaftsgesellschaft-  
Rechtsanwälte  
PR 117, AG Augsburg

FA Augsburg-Stadt  
USt-IdNr. DE 241734281

*Bankverbindung:*  
Raiffeisenbank Bobingen eG  
BIC: GENODEF1BOI  
IBAN:  
DE35 **7206 9036 0001 8018 05**

Oberbank AG  
BIC: OBKLDDEM33  
IBAN:  
DE30 **7012 0700 1501 1402 04**

*Anderkonto:*  
Raiffeisenbank Bobingen eG  
BIC: GENODEF1BOI  
IBAN:  
DE79 **7206 9036 0101 8018 05**

① auch Fachanwalt für  
Medizinrecht

② auch Fachanwalt für  
Bau- und Architekturrecht

③ auch Fachanwalt für  
gewerblichen Rechtsschutz

zeigen wir an, dass wir den Kläger vertreten. Namens und im Auftrag des Klägers erheben wir Klage zum sachlich und örtlich zuständigen Landgericht [REDACTED] und werden in der mündlichen Verhandlung folgende Anträge stellen:

- 1. Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger 671.898,00 € nebst Zinsen aus 645.500,00 € in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 09.12.2015, aus 5.000,00 € in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 02.09.2015, aus 7.488,00 € in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 25.12.2015 sowie aus 13.910,00 € in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu bezahlen.**
- 2. Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger außergerichtliche Rechtsanwaltskosten in Höhe von 5.922,51 € zuzüglich Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 25.12.2015 zu bezahlen.**
- 3. Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits.**
- 4. Das Urteil ist – ggf. gegen Sicherheitsleistung – vorläufig vollstreckbar.**

Für den Fall der gesetzlichen Voraussetzungen hierzu wird bereits jetzt der Erlass eines Versäumnisurteils gemäß § 331 Abs. 3 ZPO beantragt.

### **BEGRÜNDUNG**

Der Kläger macht Ansprüche aus einem privaten Unfallversicherungsvertrag geltend, dessen Versicherungsnehmer sowie versicherte Person er ist. Der Kläger schloss mit Vertragsbeginn zum 01.08.2005 eine private Unfallversicherung bei der Beklagten ab. Er wählte damals den Tarif „Top“ was das beste Versicherungspaket im Bereich der Unfallversicherung war, welches die Beklagte anbot. Zudem entschied er sich für eine Dynamisierung der Leistungen, um bei einem etwaigen Leistungsfall optimal abgesichert zu sein.

10 Jahre später, am 19.07.2015, verunfallte der Kläger schwer. An diesem Tag nahm der Kläger an einem Tandemfallschirmsprung, welchen er geschenkt bekommen hatte, teil.

Niemand dachte, dass dieser Tag mit einem so schweren Unfall enden würde, welcher das Leben des Klägers und das seiner Familie grundlegend verändern sollte.

Auf Grund von starken Windböen, war es dem Tandemmaster, also dem erfahrenen Fallschirmspringer, an welchem der Kläger festgemacht war, nicht möglich, die Landung wie geplant durchzuführen. Viel mehr kam das Tandempaar von der optimalen Flugroute ab und steuerte auf eine Stromleitung zu.

Die Landung musste an einem nicht geplanten Ort, einem Kornfeld abseits des Flugfeldes, durchgeführt werden, was das Risiko mit sich brachte, dass der Tandemmaster, die Landung nicht optimal steuern kann.

Das Tandempaar kam derart unglücklich auf, dass der Kläger nun **vom 5. Halswirbel ab querschnittsgelähmt** ist.

Es folgte eine lange Phase mit Krankenhausaufenthalt, Rehamaßnahmen und schmerzhaften Behandlungen, in der sich der Kläger zudem damit abfinden musste, nie wieder laufen zu können.

Eine Unfallversicherung, deren Hauptleistung eine sogenannte Invaliditätssumme darstellt, wird damit beworben, dass sie im allerschlimmsten Schadensfall dafür sorgen soll, dass der versicherten Person genügend Kapital zur Verfügung steht, um notwendige Umbauten vorzunehmen. Dazu gehören Rollstuhlrampen, Treppenlifte und ein behindertengerechtes Fahrzeug. Der Sinn dieser Leistung ist, dass solche Umbauten von Sozialversicherungen nicht finanziert werden, man aber in einer Zeit, in welcher man mit einem derartigen Schicksalsschlag zu kämpfen hat, sich nicht um die Finanzierung der notwendigen Umbauarbeiten zu sorgen muss. Eine Unfallversicherung soll einem somit wenigstens diese Sorge nehmen.

Der Kläger musste einen solchen Schicksalsschlag erleiden und muss nun tagtäglich damit kämpfen, dass er nie wieder laufen kann. Er muss lernen, mit seiner Querschnittslähmung umzugehen und sein Leben damit zu leben. All die bereits erwähnten Umbauarbeiten sind nun mit nur einem Ereignis

notwendig geworden. Und obwohl der Kläger eine private Unfallversicherung mit einem der besten Tarife abschloss, seine Beiträge regelmäßig zahlte, einen Unfall im Sinne der Unfallversicherung hatte und der Unfall rechtzeitig gemeldet wurde, lehnt die Beklagte ihre Leistungspflicht ab.

### **I. Zum Sachverhalt**

Der Kläger schloss mit der Beklagten im Jahr 2005 einen Unfallversicherungsvertrag, dem die Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 94) mit Top-Deckung zugrunde lagen.

Beweis: Versicherungsschein (wird im Bestreitensfalle vorgelegt)

Dieser beinhaltete zum Unfallzeitpunkt unter anderem folgende, im vorliegenden Fall relevante, Leistung:

Eine Invaliditätsgrundsumme in Höhe von 129.100,00 € mit einer 500%igen Progression. Damit ergibt sich bei einer Vollinvalidität, also einem Invaliditätsgrad von 100%, eine Summe in Höhe von 645.500,00 €.

Ebenso war eine (erweiterte) Übergangsleistung in Höhe von 5.000,00 € sowie ein (erweitertes) Krankenhaustagegeld/Genesungsgeld in Höhe von 52,00 € enthalten.

Beweis: Schreiben der [REDACTED] vom  
21.05.2015 als **Anlage K1**

Am 19.07.2015 nahm der Kläger an dem oben beschriebenen Tandemfallschirmsprung teil. Durchgeführt wurde dieser Sprung durch den Fallschirmspringerclub [REDACTED]

Schon vor Abflug waren die etwas stärkeren Winde bekannt. Dennoch wurde der Sprung vom Veranstalter durchgeführt.

Entgegen der Erwartungen kam das Tandempaar von der geplanten Flugroute ab und segelte auf Stromleitungen zu. Zwar konnte eine Kollision mit diesen glücklicherweise vermieden werden, jedoch konnte die Landung nicht glatt absolviert werden. Daher musste in einem Kornfeld gelandet werden, welches sich hinter einem kleinen Waldstück in der Nähe des Flugplatzes befand. Die Landung auf Ausweichflächen und somit unbekanntem Flächen stellt immer

ein Risiko für die Landung dar, da der Tandemmaster mit dem Grund nicht vertraut ist bzw. ihn, wie hier, nicht sehen konnte und es daher zu Unfällen kommen kann.

Genau dieses Risiko hat sich vorliegend realisiert, da der Tandemmaster bei der Landung selbst mit den Füßen am Boden hängen blieb und somit die Landung nicht, wie gewollt, sitzend beenden konnte, sondern über den Kläger stürzte.

Das ganze Geschehen wurde, bis das Tandempaar hinter dem Waldstück verschwand, vom Boden aus von der Ehefrau des Klägers beobachtet.

Nach der Landung rannte die Ehefrau des Klägers auf diesen zu. Er lag am Boden in den Armen des Tandemmasters. Dieser hatte dem Kläger bereits den Helm abgenommen. Zu diesem Zeitpunkt war der Kläger ansprechbar. Dieser klagte über Blutgeschmack im Mund und Bewegungsstörungen in den Beinen.

Beweis: [REDACTED] zu laden über den Kläger, als **Zeugin**

Es dauerte sehr lange, bis ein Rettungsteam zum Unfallort kam. Hiernach wurde der Kläger zunächst ins Krankenhaus [REDACTED] gebracht. Die dort behandelnde Ärztin ordnete dann jedoch eine Verlegung des Klägers per Hubschrauber nach [REDACTED] an.

Sodann wurde der Kläger per Luftrettung ins [REDACTED] verbracht, um dort die notwendige Operation durchzuführen. Da die Verletzungen sehr schwer waren, wurde der Kläger am 24.07.2015 in die berufsgenossenschaftliche Unfallklinik in [REDACTED] verbracht, in welcher der Kläger bis zum 05.01.2016 behandelt wurde.

Durch den Unfall vom 19.07.2015 wurde der Kläger so schwer verletzt, dass er an einer inkompletten Tetraplegie am C5-Wirbel leidet, nachdem er sich bei der Landung des beschriebenen Tandemfallschirmsprunges die Halswirbel 6 und 7 brach. Dies stellt einen Invaliditätsgrad von 100% dar.

Beweis: (Im Bestreitensfalle)

1. [REDACTED]  
[REDACTED]

██████████ als **sachverständiger Zeuge**  
2. Sachverständigengutachten

Der Kläger befand sich auf Grund dieses Unfalles vom 19.07.2015 bis 05.01.2016 in stationärer Behandlung:

Beweis: 1. Bescheinigungen der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik ██████████ vom 09.09.2016 als **Anlage K2**  
(2. weitere Bescheinigung des Klinikums ██████████ und ██████████ werden nachgereicht)

Nach diesem langen Krankenhausaufenthalt folgte notwendig ein Aufenthalt in der ██████████

Beweis: Ärztlicher Bericht vom 30.03.2016 als **Anlage K3**

In dieser schweren Zeit erinnerte sich die Ehefrau an die Unfallversicherung ihres Mannes und erhoffte sich von dieser Hilfe nach diesem traumatischen Ereignis. Die Ehefrau reichte eine Unfallschadenanzeige bei der Beklagten ein, in welcher sie die Ereignisse so schilderte, wie sie diese selbst in Erinnerung hatte und wie sie vom Tandemmaster vermutet wurden. Ebenso basierte ihre Wiedergabe auf den Aussagen ihres Mannes, die jedoch äußerst spärlich waren, da dieser sich auf Grund einer retrograden Amnesie (dazu sogleich) nicht an den letztendlichen Hergang erinnern kann.

Hierbei machte die Ehefrau des Klägers den Fehler, dass sie sich auf die Angaben des Tandemmasters stützte und formulierte die Ereignisse in ihren eigenen Worten derart, dass ihr Mann beim Anblick der Stromleitungen das Bewusstsein verlor. Diese Darstellung basierte jedoch lediglich auf den Mutmaßungen des Tandemmasters, der jedoch eine Bewusstlosigkeit gar nicht erkennen konnte. Dies ergibt sich auch aus der lebensnahen Betrachtung, dass der Tandemmaster hinter den Kläger geschnallt ist und somit nur dessen Rückseite zu sehen bekommt.

Die Ehefrau wollte damals lediglich alles richtig machen und versuchte aus den verschiedenen Wahrnehmungen und Erzählungen einen Geschehensablauf zu rekonstruieren, der ihr einleuchtend erschien. Dass es für den Unfall jedoch nicht darauf ankommen kann, was der Tandemmaster

dachte, war ihr zu diesem Zeitpunkt nicht bewusst. Zudem wurde die Schadensmeldung nicht vom Kläger, dem Versicherungsnehmer und zugleich verletzte Person, sondern von ihr selbst unterschrieben.

Beweis: [REDACTED] b.b., als **Zeugin**

Der Kläger selbst hat nie eine Aussage über eine Bewusstlosigkeit gemacht. Vielmehr ergibt sich auf Grund des ganzen objektiven Herganges aus ärztlicher Sicht ein ganz anderes, viel plausibleres Bild:

Der Kläger musste in den Tagen nach dem 19.07.2015 die Erlebnisse des Unfalls sowie die Tatsache, dass er nun für immer querschnittsgelähmt sein werde, verarbeiten. Zudem leidet der Kläger das Unfallereignis betreffend an einer retrograden Amnesie. Bei einer solchen sind betroffene Personen nicht mehr in der Lage, sich an Geschehnisse vor und während eines bestimmten, meist traumatischen, Ereignisses zu erinnern. Dabei bezieht sich der Gedächtnisverlust auf einen meist kurzen Zeitraum vor dem bestimmten Ereignis.

Beweis:

1. Ärztliches Attest von [REDACTED] vom 09.05.2016 als **Anlage K4**
2. [REDACTED] als **sachverständiger Zeuge**

Der Kläger zeigte nach dem Unfall die typischen Symptome eines hirnrorganischen Durchgangssyndromes. Dies ist die systematische Bezeichnung für alle körperlich begründeten, in der Regel innerhalb von Stunden bis zu wenigen Tagen sich spontan ohne Therapie zurückbildenden, psychopathologischen Symptome. Diese waren eine schwankende Bewusstseinslage und eine Desorientierung bezüglich der Zeit. Ebenso lag eine Auffassungs- und Merkfähigkeitsschwäche bei einer schwankenden Konzentration vor. Die Denkfähigkeit war verlangsamt und zeigte zudem eine Einengung auf die traumatischen Ereignisse, insbesondere auf die nun vorliegende Immobilität. Ebenso lagen Stimmungsschwankungen vor. Dieses Krankheitsbild ergibt sich aus dem Bericht des [REDACTED] der mit dem Kläger am 25.07.2015, also nur sechs Tage nach dem Unfall,

noch in der Klinik sprach. Herr [REDACTED] kennt den Kläger schon viele Jahre und weiß über dessen Gesundheitszustand genau Bescheid. Daher ist [REDACTED] dessen Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie sind, auch bekannt, dass der Kläger nie unter psychischen Auffälligkeiten litt.

Beweis: 1. Ärztliches Attest von [REDACTED] vom 09.05.2016 als **Anlage K4**  
2. [REDACTED] b.b., als **sachverständiger Zeuge**

Hieraus ergibt sich ebenso, dass eine Bewusstlosigkeit, sollte eine solche nach dem Unfall überhaupt vorgelegen haben, durch das Unfallereignis selbst, also durch den Aufprall und den Sturz des Tandemmasters auf den Kläger, hervorgerufen wurde. Es ist auch durchaus nahe jeder Lebenserfahrung, dass ein solch traumatisches Ereignis eine temporäre Bewusstlosigkeit herbeiführen kann.

Die Beklagte lehnt nun aber zu Unrecht ihre Leistungspflicht aus dem Unfallversicherungsvertrag vollumfänglich ab. Begründet wird die Ablehnung damit, dass der Kläger vor dem Unfallereignis bewusstlos gewesen sei.

Beweis: Schreiben der Beklagten vom 07.12.2015 als **Anlage K5**

Hierbei beruft sich die Beklagte auf § 2 I. (1) der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 94), die dem Versicherungsvertrag zu Grunde liegen.

Darin heißt es: *„Nicht unter den Versicherungsschutz fallen: Unfälle durch Geistes- und Bewußtseinsstörungen, [...], die den ganzen Körper des Versicherten ergreifen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.“*

Beweis: (unter Verwahrung gegen die Beweislast) Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUB 94) mit Top-Deckung als **Anlage K6**

Die Beklagte verkennt jedoch, dass überhaupt keine Bewusstseinsstörung vorlag. Hierbei ist darauf hinzuweisen, dass die Beklagte die Beweislast hierfür trägt. Dieser ist die Beklagte bisher nicht nachgekommen. Daher liegt kein Ausschlussgrund vor und die Beklagte ist zur Leistung verpflichtet.

Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass der Beklagten der Schaden direkt nach dem Unfallereignis gemeldet wurde, diese somit über vier Monate brauchte, um zu diesem Ergebnis zu kommen. Zwischenzeitlich ließ sich die Beklagte zunächst Informationen darüber zukommen, ob der Kläger nicht ein Berufsfallschirmspringer sei, bei welchem eine Leistungspflicht offensichtlich auch ausgeschlossen ist. Dies legt den Schluss nahe, dass die Beklagte sich ihrer Leistungspflicht sehr wohl bewusst ist, jedoch unbedingt einen Weg sucht, den Kläger gewinnbringend im Stich zu lassen.

Nun stützt sich die Beklagte alleine auf den Bericht der Ehefrau des Klägers, die den Bericht zwar mit den besten Absichten, jedoch ohne genaue Angaben des Klägers geschrieben hat.

Beweis: [REDACTED] b.b., als **Zeugin**

Zu solchen war der Kläger in der Zeit nach dem Unfall überhaupt aufgrund der immensen physischen und psychischen Belastung gar nicht in der Lage.

Beweis: 1. Ärztliches Attest von [REDACTED] vom 09.05.2016 als **Anlage K4**  
2. [REDACTED]  
als **sachverständiger Zeuge**

### **1. Zum Klageantrag zu I.)**

Der Versicherungsvertrag beinhaltete zum Unfallzeitpunkt folgende hier einschlägige Leistungen

Eine Invaliditätsgrundsumme in Höhe von 129.100,00 € mit einer 500%igen Progression. Damit ergibt sich bei einer Vollinvalidität, also einem Invaliditätsgrad von 100%, eine Summe in Höhe von **645.500,00 €** (129.100,00 € x 5).

Ebenso war eine (erweiterte) Übergangsleistung in Höhe von **5.000,00 €** sowie ein (erweitertes) Krankenhaustagegeld/Genesungsgeld in Höhe von **52,00 €**.

Beweis: Schreiben der [REDACTED] vom  
21.05.2015 als **Anlage K1**

---

Die Leistungspflicht der Beklagten errechnet sich daher wie folgt:

1. Die Leistung aufgrund von Vollinvalidität	645.500,00 €
2. Eine Übergangsleistung in Höhe von	5.000,00 €
3. Krankenhaustagegeld für den Zeitraum 19.07.2015-05.01.2016 (=171 Tage x 52,00 €) sowie für den Zeitraum des Reha-Aufenthaltes vom 06.01.2016-15.03.2016 (=70 Tage x 52,00 €) in Höhe von daher insgesamt (= 241 Tage x 52,00 €)	12.532,00 €
4. Genesungsgeld für den Zeitraum 19.07.2015-26.10.2015 (1. Staffel: 1. – 100. Tag 100% = 100 Tage x 52,00 €)	5.200,00 €
5. Genesungsgeld für den Zeitraum 27.10.2015-15.03.2016 (2. Staffel: 101. – 365.Tag 50% = 141 Tage x 26,00 €)	3.666,00 €
<b><u>Gesamt:</u></b>	<b><u>671.898,00 €</u></b>

Die zur Feststellung der Leistungspflicht erforderlichen Unterlagen, mithin die ärztliche Bescheinigung über die Tetraplegie, übersandte der Kläger per Fax am 01.09.2015 an [REDACTED] Finanzplan, der der Vermittler der Unfallversicherung war.

Beweis: Fax der ärztlichen Bescheinigung vom 01.09.2015 als  
**Anlage K7**

## 2. Zum Klageantrag zu II.)

Dem Kläger entstanden vorgerichtliche Rechtsanwaltskosten in folgender Höhe:

### **Ursprünglicher Gegenstandswert: 657.988,00 €**

Geschäftsgebühr §§ 13, 14 RVG, Nr. 2300 VV RVG	1,3	4.956,90 €
Pauschale für Post und Telekommunikation Nr. 7002 VV RVG		20,00 €
Zwischensumme netto		4.976,90 €
19 % Umsatzsteuer Nr. 7008 VV RVG		945,61 €

**zu zahlender Betrag 5.922,51 €**

Diese wurden mit Schreiben und unter Fristsetzung bis zum 24.12.2015 geltend gemacht.

Beweis: Schreiben vom 09.12.2015 als **Anlage K8**

Die Beklagte befindet sich mithin bezüglich der vorgerichtlichen Rechtsanwaltskosten in Form der Schadensersatzleistung seit 25.12.2015 in Verzug.

## II. Rechtliche Würdigung

### 1. Zum Klageantrag zu I.)

Die Leistungspflicht der Beklagten ergibt sich vollumfänglich im oben benannten Rahmen aus dem Versicherungsvertrag.

Dem Kläger steht ein Anspruch gem. §§ 178 i.V.m. § 1 I AUB 94 mit Top-Deckung gegen die Beklagte zu.

#### a) Einzelne Ansprüche

##### aa) Invaliditätsleistung

Insbesondere steht dem Kläger ein Anspruch auf die Invaliditätsleistung gem. §§ 178 i.V.m. § 7 I AUB 94 mit Top-Deckung zu. Die hierfür erforderlichen Voraussetzungen liegen vor. Der Kläger leidet durch einen Unfall an einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit.

Ein Unfall ist gem. § 178 II 1 VVG , § 1 III I AUB 94 mit Top-Deckung ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, durch das der Versicherte unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Durch das Aufkommen des Klägers auf dem Boden und dem damit verbundenen Sturz erlitt der Kläger unfreiwillig einen Bruch der C4/C5-Wirbel, welche eine Querschnittslähmung, mithin eine Gesundheitsschädigung, hervorrief. Da dadurch ein Invaliditätsgrad in Höhe von 100% vorliegt, besteht ein Anspruch auf die 5-fache Invaliditätsgrundsumme, mithin **645.500,00 €**.

Die Beklagte befindet sich bezüglich der Invaliditätsleistung spätestens seit dem 08.12.2015 im Verzug, da sie spätestens durch das Ablehnungsschreiben zu erkennen gab, dass Sie ihre Leistungspflicht abschließend geprüft hat. Zu diesem Zeitpunkt lagen offensichtlich alle für die Beklagte erforderlichen Unterlagen für die Beurteilung der Leistungspflicht vor. Da die Leistung mit abschließender Prüfung fällig wurde, vgl. § 11 a) I AUB 94 mit Top-Deckung, befand sich die Beklagte mit der Zahlung der Invaliditätsleistung seit dem 09.12.2015 in Verzug.

#### **bb) Übergangsleistung**

Der Anspruch auf die Übergangsleistung beurteilt sich nach § 7 II AUB 94 mit Top-Deckung. Da bei der Topdeckung die Erweiterung der Übergangsleistung gilt, wird diese bei schweren Verletzungen, zu denen auch ausdrücklich eine Querschnittslähmung zählt, sofort fällig.

Daher besteht ein Anspruch auf die volle versicherte Übergangsleistung in Höhe von **5.000,00 €**.

Da die Obliegenheit zur sofortigen Geltendmachung im Sinne von § 9 AUB 94 mit Top-Deckung erfüllt wurde, befindet sich die Beklagte seit Zugang der Schadenanzeige und der ärztlichen Bescheinigung über die Querschnittslähmung, mithin spätestens seit dem 02.09.2015, in Verzug.

#### **cc) Krankenhaustagegeld**

Der Anspruch auf das Krankenhaustagegeld beurteilt sich nach § 7 IV AUB 94 mit Top-Deckung.

Hiernach wird das Krankenhaustagegeld für jeden Kalendertag gezahlt, an dem der Versicherte sich wegen des Unfalles in medizinisch notwendiger

vollstationärer Heilbehandlung befindet. Da der Kläger sich vom 19.07.2015 bis zum 05.01.2016, mithin insgesamt 171 Tage, in vollstationärer Heilbehandlung wegen des Unfalles befand, besteht ein Anspruch auf **8.892,00 €** (145 Tage x 52 €).

Zudem besteht nach § 7 IV AUB 94 mit Top-Deckung ebenso ein Anspruch auf Krankenhaustagegeld für die Zeit, in der sich der Versicherte in einer vollstationären Rehabilitationsmaßnahme befindet. Mithin besteht ein weiterer Anspruch auf Krankenhaustagegeld für die Zeit vom 06.01.2016 bis zum 15.03.2016, da sich der Kläger in dieser Zeit in der [REDACTED] zur Rehabilitation befand. Daher ergibt sich ein weiterer Anspruch in Höhe von **3.640,00 €** (70 Tage x 52 €). Dies führt zu einem insgesamten Krankenhaustagegeldanspruch in Höhe von **12.532,00 €** (241 Tage x 52 €).

Die Beklagte befindet sich bezüglich des Krankenhaustagegeldes in einer Höhe von **7.488,00 €** seit 25.12.2015 in Verzug, da dieses mit dem Schreiben der Prozessbevollmächtigten vom 09.12.2015 mit Zahlungsziel zum 24.12.2015 angemahnt wurde und die Frist ergebnislos verstrich. Das weitere Krankenhaustagegeld in Höhe von **5.044,00 €** ist ab Rechtshängigkeit zu verzinsen.

#### **dd) Genesungsgeld**

Der Anspruch auf das Genesungsgeld beurteilt sich nach § 7 V AUB 94 mit Top-Deckung.

Grundsätzlich wird hiernach das Genesungsgeld für die gleiche Anzahl an Tagen gezahlt, die der Versicherte sich in stationärer Heilbehandlung befand, mithin ebenfalls für 145 Tage.

Da im Rahmen der Top-Deckung die Erweiterung des Genesungsgeldes einschlägig ist, ergibt sich, dass der Kläger für die ersten 100 Tage 100 % des Genesungsgeld, mithin 52,00 € pro Tag und für den 101. bis zum 365. Tag 50 % des Genesungsgeldes erhält. Daraus ergibt sich ein Anspruch des Klägers in Höhe von insgesamt **8.866 €** (100 x 52,00 € + 141 x 26,00 €). Da der Kläger mittlerweile aus dem Krankenhaus entlassen wurde, ist dieser Anspruch auch entstanden.

### **b) Kein Ausschluss**

Die Leistungspflicht der Beklagten ist auch nicht ausgeschlossen. Die Beklagte beruft sich hierbei auf § 2 I (1) AUB 94 mit Top-Deckung. Durch diese Klausel sind Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörung vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Das Vorliegen der Ausschlussvoraussetzungen hat jedoch die Beklagte zu beweisen. Dieser Beweispflicht ist die Beklagte bisher nicht nachgekommen. Die Berufung einzig auf die Unfallschadenanzeige ist für die Beweisführung nicht geeignet, da diese nicht vom Kläger selbst verfasst und geschildert wurde. Die Ehefrau des Klägers wollte mit dem Ausfüllen der Anzeige lediglich alles richtig machen. Dabei gab diese sowohl eigene Wahrnehmungen, als auch Vermutungen wieder, die sie vom Tandemmaster berichtet bekommen hatte. Ihr Ehemann, der Kläger, kann sich nach wie vor an den Unfall und die kurze Zeit zuvor selbst nicht erinnern. Die mangelnde Erinnerung basiert jedoch, wie bereits dargelegt, auf einer retrograden Amnesie, welche eine medizinisch typische Reaktion auf ein traumatisches Ereignis ist.

Im Übrigen würde eine Bewusstlosigkeit zum Zeitpunkt der Landung, wie sie gerade nicht vorlag, auch nichts an der Leistungspflicht ändern.

Denn selbst wenn eine Bewusstlosigkeit zum Zeitpunkt der Landung vorgelegen hätte, wie aber gerade nicht, dann würde der Ausschluss an der mangelnden Kausalität zwischen Bewusstlosigkeit und Unfall scheitern. Der Sinn der Ausschlussklausel liegt darin, vom Versicherungsschutz solche Unfälle auszunehmen, die sich als Folge einer schon vor dem Unfall vorhandenen – *gefahrerhöhenden* – *gesundheitlichen Beeinträchtigung* (in Form einer Geistes- oder Bewusstseinsstörung) beim Versicherten darstellen. Dabei muss diese Beeinträchtigung so beschaffen sein, dass sie eine den Unfall vermeidende Reaktion des Versicherten nicht zulässt (BGH VersR 2000, 1090 m.w.N). Die Bewusstseinsstörung müsste den Unfall somit *verursacht* haben.

Auch hierbei liegt die Beweislast bei der Beklagten und auch hierzu wurde bisher weder ein Beweis erbracht, noch wird dieser zu erbringen sein. Die Beklagte kann sich auch nicht auf einen Anscheinsbeweis berufen, da dieser nur bei einer feststehenden Bewusstseinsstörung gegeben wäre (Der Versicherungsprozess, 3.Aufl., Veith/Gräfe/Gebert - Marlow, § 12

Unfallversicherung, Rn. 146-148). Eine solche ist aber gerade nicht gegeben, wie oben bereits dargelegt.

Selbst wenn eine Bewusstseinsstörung vorgelegen hätte, wie gerade nicht, und selbst wenn diese feststehen würde, wie gerade nicht, wäre der Geschehensablauf genauso abgelaufen, wie er sich zugetragen hat. Dies ergibt sich daraus, dass jeder Tandemteilnehmer, dem Tandemmaster im Endeffekt „ausgeliefert“ ist und es bei der Landung auf dessen Fähigkeiten ankommt. Da es für den Tandemmaster jedoch durch das unbekannte Gelände, bei welchem zudem der genaue Untergrund durch den Bewuchs nicht sichtbar war, unmöglich war, eine ordnungsgemäße Landung zu absolvieren und daher die Gesundheitsschädigung durch das Unvermögen des Tandemmasters und dessen späteren Sturz auf den Kläger entstanden ist, wäre die Kausalität zwischen Bewusstseinsstörung und Gesundheitsschädigung nicht gegeben.

Wenn aber die ernsthafte Möglichkeit eines Geschehensablauf gegeben ist, bei welchem die Gefahrenlage auch ohne eine Bewusstseinsstörung eingetreten wäre, ist der Anscheinsbeweis – wie hier - widerlegt (Der Versicherungsprozess, 3.Aufl., Veith/Gräfe/Gebert - Marlow, § 12 Unfallversicherung, Rn. 146-148).

Im Übrigen und höchst hilfsweise sei darauf hingewiesen, dass selbst wenn eine Bewusstlosigkeit gegeben war, wie gerade nicht, und dass selbst wenn, der Aufprall und der Sturz auf diese zurückzuführen ist, wie gerade nicht, die Bewusstlosigkeit selbst auf ein Unfallereignis zurückzuführen wäre. Ein solches liegt nämlich ebenfalls im Anblick der Hochspannungsleitungen. Ein von außen auf den Körper wirkendes Ereignis muss nicht unbedingt physischer Natur sein. Vielmehr ist eine äußere Einwirkung auch dann gegeben, wenn die zu einer Verletzung führende *körperliche Reaktion* auf eine *sinnliche Wahrnehmung* zurückgeht und psychisch vermittelt wird. Ein Körperkontakt ist nicht erforderlich (OLG Saarbrücken, Urteil vom 03.07.2013 – 5 U 69/12) m.w.N.; *Knappmann* VersR 2009, 1652 u. 2011, 324; HK-VVG/Rüffer § 178 Rdn. 4; *Versicherungsrechts-Handbuch/Mangen* § 47 Rdn. 15).

Dies ergibt sich aus folgenden Überlegungen: Bereits die Einzelabläufe eines Unfalls, stellen eine Stresssituation dar, die selbst eine physiologische

Reaktion des Körpers darstellt. Diese ist nicht von der Psyche beeinflusst, sondern physischer Natur. Mögliche Schreckreaktionen hätten dann keine eigenen Auswirkungen auf die Invalidität (BGH vom 19.03.2003 – IV ZR 283/02).

Daraus ergibt sich, angewandt auf den vorliegenden Sachverhalt, dass das Unfallgeschehen beim Anblick der Stromleitungen und den Turbulenzen begonnen hat. Sollte danach eine Bewusstseinsstörung hervorgerufen worden sein, dann ist dies alles Auswirkung eines einheitlichen Unfallgeschehens.

Selbst wenn man dieser Auslegung dann eine unermessliche Erweiterung des Versicherungsschutzes entgegenhalten möchte, bietet es sich jedenfalls an und erscheint ebenso rechtlich geboten, zur Bestimmung dieses vom Versicherungsschutz nicht mehr gedeckten Lebensrisikos auf die von der Rechtsprechung im Schadensersatzrecht für die Ersatzfähigkeit von Schockschäden praktizierte Eingrenzung zurückzugreifen. Danach setzt ein Schadensersatzanspruch zunächst den Eintritt einer, nach Art und Schwere über das übliche Maß hinausgehenden, gesundheitliche Beeinträchtigung voraus. Des Weiteren muss diese für einen Betroffenen mit durchschnittlicher Empfindsamkeit im Hinblick auf den *Anlass verständlich* erscheinen (vgl. etwa Palandt/*Grüneberg* Vorbem. zu § 249 Rdn. 40). Betrachtet man hier, wie sich die Ereignisse für den Kläger überschlagen haben, nämlich das unplanmäßige Landen auf Grund der starken Winde, der Anblick der Stromleitungen und die Wahrscheinlichkeit, diese zu tangieren und einen tödlichen Stromschlag zu erhalten, erscheint der Anlass im oben angegebenen Sinne verständlich.

## **2. zum Klageantrag zu II.)**

Da die Beklagte Ihre Leistungspflicht am 07.12.2015 unberechtigt ablehnte und sie sich somit in Verzug befindet, ist sie verpflichtet dem Kläger die vorgerichtlichen Rechtsanwaltskosten gem. § 280 I, II, 286 BGB als Verzugsschaden zu erstatten.

## **III. Prozessuales**

Das Landgericht [REDACTED] ist gem. §§ 23, 71 I GVG iVm. § 1 ZPO sachlich und gem. § 215 VVG örtlich zuständig.

Sollte das Gericht weiteren Vortrag oder die Vorlage weiterer Unterlagen für erforderlich erachten, bitten wir um entsprechenden richterlichen Hinweis.

Der Entscheidung durch den Einzelrichter stehen keine Hinderungsgründe entgegen.

D & R Anwaltskanzlei

---

Carsten W. Rücker

Rechtsanwalt

*Fachanwalt für Medizinrecht*