

Leitsatz:

1. An die für den Anspruch auf eine Invaliditätsleistung in der privaten Unfallversicherung erforderliche ärztliche Invaliditätsbescheinigung sind keine hohen Anforderungen zu stellen; allerdings muss sie die Angabe eines konkreten Gesundheitsschadens und die Aussage, dieser sei Unfallfolge, enthalten.
2. Der Versicherer kann sich auf die Fristversäumnis nicht berufen, wenn er es versäumt hatte, den Versicherungsnehmer auf die hiermit verbundenen Folgen hinzuweisen.
3. Die Berufung des Versicherers auf die Fristversäumnis ist nicht allein deswegen treuwidrig, weil er vor Fristablauf unter Bezug auf eine ausstehende Begutachtung Vorschusszahlungen angewiesen oder eine Begutachtung veranlasst hatte.

OLG Dresden, 4. Zivilsenat, Beschluss vom 27. Februar 2024, Az.: 4 U 1213/24

Zurückweisungsbeschluss vom 11. März 2025 nachfolgend.



Oberlandesgericht

Dresden

Zivilsenat

Aktenzeichen: **4 U 1213/24**
Landgericht Leipzig, 03 O 1860/23

BESCHLUSS

In dem Rechtsstreit

M..... R....., ...

- Kläger und Berufungskläger -

Prozessbevollmächtigter:

Rechtsanwalt M..... S....., ...

gegen

B..... Allgemeine Versicherung AG, ...
vertreten durch den Vorstandsvorsitzenden Dr.

- Beklagte und Berufungsbeklagte -

Prozessbevollmächtigte:

J..... Rechtsanwälte PartG mbB, ...

wegen Forderung

hat der 4. Zivilsenat des Oberlandesgerichts Dresden durch

Richterin am Oberlandesgericht P.....,
Richterin am Oberlandesgericht Z..... und
Richterin am Oberlandesgericht R.....

ohne mündliche Verhandlung am 27.02.2025

beschlossen:

1. Der Senat beabsichtigt, die Berufung des Klägers ohne mündliche Verhandlung durch Beschluss zurückzuweisen.
2. Der Kläger hat Gelegenheit, innerhalb von zwei Wochen Stellung zu nehmen. Er sollte allerdings auch die Rücknahme der Berufung in Erwägung ziehen.
3. Der Termin am 11.03.2025 wird aufgehoben.
4. Der Senat beabsichtigt, den Streitwert für das Berufungsverfahren auf 250.000,- EUR festzusetzen.

Gründe:

I.

Der Kläger unterhält bei der Beklagten eine Unfallversicherungspolice mit der Versicherungsnummer S007573981, Versicherungsbeginn 01.08.2020 (Anl. K1, K3). Der Vertrag umfasst als Unfaldeckungen die "Unfall-Police Optimal, Tarifvariante Prestige" mit den zu Grunde liegenden AUB 2014 (Anl. K13) und den Besonderen Bedingungen 2015 (Anl. Kl. K14) und die "Unfall-Individual", mit den Versicherungsbedingungen "AVUS 2017" (Anl. K2).

In den AUB 2014 sind u. a. folgende Regelungen enthalten:

„2.1. Invaliditätsleistung

a. Voraussetzung für die Leistung

1) Invalidität

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten. Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
- dauerhaft

beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

- sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und
- eine Änderung dieses Zustandes nicht zu erwarten ist.

2) Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität ist innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall

- eingetreten und
- von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

Ist eine dieser Voraussetzungen nicht erfüllt, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

3) Geltendmachung der Invalidität

Sie müssen die Invalidität innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

Versäumen Sie diese Frist ist der Anspruch auf Invaliditätsleistung ausgeschlossen.

Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn die Frist versäumt wird.

...

b. Art und Höhe der Leistung

1) Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung. Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind:

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

2) Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung

Die Invalidität richtet sich

- nach der Gliedertaxe sofern die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort genannt sind,
- ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist.

Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für spätere Bemessungen der Invalidität (Ziffer 8.4). ...“

In den besonderen Bedingungen 2015 heißt es weiterhin u.a.:

Welche Leistungen sind gegenüber den AUB 2014 verbessert?

2.1 Verbesserte Gliedertaxe

a. Voraussetzung für die Leistung ist, dass die versicherte Person durch den Unfall auf Dauer in Ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt ist (Invalidität). Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn Sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.

Die Invalidität muss darüber hinaus

- 1) innerhalb von 2 Jahren nach dem Unfall eingetreten sein sowie,
- 2) innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und
- 3) innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall von Ihnen bei uns geltend gemacht sein.

b. Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der

unfallbedingten Invalidität.

1) Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

- Arm _____ 80 %
- Hand _____ 75 %
- Daumen _____ 30 %

...

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

3) Für nicht in Absatz 1) genannte Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen. ...

5) Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Die Vorinvalidität ist nach den Bestimmungen der Absätze 1) bis 4) zu bemessen.

6) Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

...

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung:

2.1.1.1 Die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt (Invalidität). Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.

Die Invalidität ist

- innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden...

2.1.2.2.1 Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich, die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm 70%

...

Hand 55%

...

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

...

9.1 Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats - beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten - in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:

- Nachweis des Unfallherganges und der Unfallfolgen,
- beim Invaliditätsanspruch zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung des Invaliditätsgrades notwendig ist.

...

9.4 Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen. ...

Dieses Recht muss

- von uns zusammen mit einer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 9.1,
- von Ihnen vor Ablauf der Frist ausgeübt werden.

Nach den AVUS 2017 ist versichert:

1.1. Grundsatz

Versichert sind die finanziellen Folgen einer unfallbedingten dauerhaften Invalidität der versicherten Person. Die Höhe der Leistung bemisst sich an den finanziellen Folgen des Unfalls, soweit diese nicht anderweitig gedeckt sind.

1.4. Invalidität

a. Eintritt, ärztliche Feststellung und Geltendmachung der Invalidität

Innerhalb von 21 Monaten nach dem Unfall muss:

- die Invalidität eingetreten,
- die Invalidität ärztlich festgestellt und
- der Anspruch uns gegenüber schriftlich geltend gemacht sein.

Invalidität liegt vor, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt ist. Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als 3 Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht zu erwarten ist. ...

2. Welche Leistungen sind versichert?

2.1.Invalidität

- a. Bei unfallbedingter, dauerhafter Invalidität ersetzen wir die finanziellen Folgen des unfallbedingten Personenschadens (z.B. Verdienstausschlag, Umbaukosten, Schmerzensgeld) so, als ob wir Schadenersatzpflichtig wären. Dabei leisten wir nach den deutschen gesetzlichen Schadenersatzbestimmungen des Privatrechts (Hacks-Schmerzensgeld-Tabelle).
- b. Der geleistete Verdienstausschlag ist limitiert auf den in der Police angegebenen monatlichen Betrag (Verdienstsublimit). Der Begriff Verdienstausschlag umfasst die finanziellen Folgen, die sich aus der Einschränkung der Arbeitskraft ergeben, also auch regelmäßig ausgeführte, unentgeltliche Tätigkeiten, wie ZB Kinderbetreuung oder die Pflege eines Angehörigen. Dabei leisten wir nach den deutschen gesetzlichen Schadenersatzbestimmungen des Privatrechts.

...

Am 6.9.2020 rutschte der Kläger auf dem Balkon seiner Wohnung aus und stürzte auf seine rechte Hand, den rechten Unterarm und den Hinterkopf. Den Unfall zeigte er der Beklagten mit einem auf den 11.09.2020 datierten Formular an (Anl. K4).

Der Kläger hat behauptet, er habe am 23.9.2020 gegen 17:00 Uhr auf der G.....-S.....-Straße in L..... einen Fahrradunfall erlitten, bei dem er auf das linke Knie und die linke Hand gestürzt sei und sich den linken Daumen gebrochen habe. Diesen Unfall hat er mittels eines auf den 23.9.2020 datierten Schadensformulars angezeigt, das er der Beklagten mit E-Mail vom 5.10.2020 übersandte (vgl. Anl. K7/K 15).

Die Beklagte übersandte dem Kläger ein Schreiben vom 07.10.2020 zum Unfall vom 23.09.2020 (Anl. Johannsen 3), dem ein Vordruck „Anmeldung eines Dauerschadens/ärztliche Bescheinigung“ beigefügt war und das u.a. folgende Hinweise enthielt:

„Invalidität:

Diese muss als Unfallfolge

1. Innerhalb von 24 Monaten vom Unfalltag an gerechnet eingetreten sein und

2. Spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren 12 Monaten nach Ablauf der 24-Monatsfrist von Ihnen durch Vorlage eines ärztlichen Attestes geltend gemacht sein muss (36 Monate).

Achten Sie bitte auf die genannten Fristen, damit ihr Invaliditätsanspruch erhalten bleibt. Keinesfalls sollten Sie die Leistungsentscheidungen anderer Institutionen (Berufsgenossenschaft, Versorgungsamt, sonstige Versicherungsträger usw.) abwarten.

Die Beklagte übersandte dem Kläger ein Schreiben vom 02.03.2021 zum Unfall vom 06.09.2020 (Anl. Johannsen 4), dem ein Vordruck „Anmeldung eines Dauerschadens/ärztliche Bescheinigung“ beigefügt war und in dem es u.a. heißt:

für die Anmeldung von Invaliditätsansprüchen aus Ihrer privaten Unfallversicherung verwenden Sie bitte beiliegenden Vordruck.

Bitte reichen Sie diesen nach **Abschluss** des Heilverfahrens bei uns ein, spätestens jedoch vor Ablauf einer Frist von 21 Monaten, gerechnet ab Unfalltag.

Bitte beachten Sie:

Eine Invalidität als Unfallfolge muss

1. **innerhalb von 21 Monaten** vom Unfalltag an gerechnet eingetreten und ärztlich festgestellt sein und

2. von Ihnen geltend gemacht sein.

Die genannten Fristen bitten wir unbedingt zu beachten, damit im Falle eines Dauerschadens der Anspruch auf Invaliditätsleistung erhalten bleibt.

Warten Sie also nicht auf die Leistungsentscheidung(en) anderer Institutionen wie Berufsgenossenschaft, Versorgungsamt oder sonstiger Versicherungsträger.

Ein gleichlautendes Schreiben vom 02.03.2021 übersandte die Beklagte dem Kläger zum Unfall vom 23.09.2020 (Anl. Johannsen 5).

Am 25.02.2021 fand eine „Vertrauensärztliche Untersuchung“ durch den Gutachter Dr. M..... statt (vgl. Anl. K 11) statt. In einem ärztlichen Bericht Dr. Z..... vom 22.03.2021 wird

anamnestisch über Unfälle vom 06.09. und 23.09.2020 berichtet. Darüber hinaus sind Befunde zum linken Schultergelenk, linken Handgelenk sowie zum linken Daumen aufgeführt. Unter dem 19.5.2021 erstellte die orthopädische Praxis Dr. Y..... einen ärztlichen Bericht (Anl. Kl K12). Unter dem 07.06.2021 übersandte die chirurgische Praxisklinik, FÄ Weishaupt, (im folgenden Praxisklinik) dem Kläger eine Kopie des Arztbriefes. Hierin werden als unter dem 17.05.2021 gestellte Diagnosen aufgeführt eine Degenerative Gelenksveränderung links, Tendovaginitis stenosans A1 Daumen links, und Intrinsische Plus-Deformität der Hand beidseits. Eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst, Dipl. med. B....., erfolgte am 27.07.2021. Unter dem 16.08.2021 erstellte die Praxisklinik einen „Bericht für den Medizinischen Dienst“ über eine Untersuchung am 22.07.2021 (Anl. K10). In einer an den Arbeitgeber des Klägers adressierten fachärztlichen Stellungnahme vom 20.9.2021 (vgl. Klageschrift S. 9, Anlage Attest) wird in Bezug auf die Diagnosen Tendovaginitis stenosans A1 Daumen links, Intrinsische plus-Deformität der Hand beidseits und Schulter-Arm-Syndrom festgestellt, dass der Kläger aufgrund dessen aktuell seinen Beruf nicht wettbewerbsfähig ausüben könne und die Beschwerden ihn dauerhaft beeinträchtigen.

Bezogen auf den Unfall vom 6.9.2020 teilte die Beklagte dem Kläger mit E-Mail vom 14.10.2021 mit, dass sie ihm einen Vorschuss von 1.000 € auf sein Konto überweisen werde. In einer weiteren E-Mail vom 11.11.2021 gab die Beklagte an, sie habe seine Unterlagen erhalten und werde sie an den beauftragten Gutachter zur Prüfung der Höhe weiterleiten. Da dies etwas Zeit in Anspruch nehme, habe sie einen weiteren Vorschuss von 2.000 € angewiesen.

Mit Schreiben vom 16.11.2021 zum Unfall vom 06.09.2020 (Bekl. Anl. 1) teilte die Beklagte dem Kläger u.a. mit:

für die Anmeldung von Invaliditätsansprüchen aus Ihrer privaten Unfallversicherung verwenden Sie bitte beiliegenden Vordruck.
Bitte reichen Sie diesen nach **Abschluß** des Heilverfahrens bei uns ein, spätestens jedoch vor Ablauf einer Frist von 24 bzw. 36 Monaten, gerechnet ab Unfalltag.
Bitte beachten Sie:
Eine Invalidität als Unfallfolge muss
1. **innerhalb von 24 Monaten** vom Unfalltag an gerechnet eingetreten und
2. spätestens vor Ablauf einer Frist von **weiteren 12 Monaten** ärztlich festgestellt sein und von Ihnen geltend gemacht sein (36 Monate).
Die genannten Fristen bitten wir unbedingt zu beachten, damit im Falle eines Dauerschadens der Anspruch auf Invaliditätsleistung erhalten bleibt.
Warten Sie also nicht auf die Leistungsentscheidung(en) anderer Institutionen wie Berufsgenossenschaft, Versorgungsamt oder sonstiger Versicherungsträger.

Zur Prüfung ihrer Leistungspflicht beauftragte die Beklagte die A.....-GmbH. Mit Schreiben vom 27.01.2022 übersandte die Beklagte dem Kläger einen von der Praxisklinik verfassten „Ärztlichen Bericht zur Unfallversicherung“ vom 21.12.2021, welcher ihr über die Beauftragte zugesandt wurde. In dem Schreiben teilte die Beklagte mit, dass sie auf die Unfallsache zurückkomme, sobald ihr der Abschlußbericht von A..... vorliege.

Im nachfolgenden Gutachten der A..... nach Aktenlage vom 16.3.2022 (Anl. K5) zum schädigenden Ereignis „Sturz auf dem Balkon mit Verletzung des rechten Arms und Schädelprellung“ stellte der Gutachter Dr. B..... fest, dass seitens des Schädel-Hirn-Traumas keine fassbaren Schäden verblieben seien. Die Missempfindungen im Bereich der rechten Hand, bezogen auf die Finger Kuppen D4 und D5 seien allein durch das Unfallgeschehen nicht erklärlich. Als Erklärung für die Missempfindungen könne auch ein unfallunabhängiges Sulcus-ulnaris-Syndrom bestehen, dieses eben ohne Unfallzusammenhang. Der

Begutachtung lagen unter anderem die Behandlungsunterlagen Dr. Z....., MRT-Befunde, der Bericht Dr. M..... vom 25.2.2021, der Bericht über eine Folgebegutachtung Dipl. med. B..... vom 27.7.2021, der Bericht der Praxisklinik vom 16.08.2021 sowie das Attest der Praxisklinik vom 20.9.2021 zugrunde.

Auf der Grundlage dieses Gutachtens lehnte die Beklagte mit Schreiben vom 16.3.2022 (Anl. K6) ihre Leistungspflicht für den Unfall vom 06.09.2020 ab, da ein (messbarer) Dauerschaden als ursächliche Unfallfolge nicht eingetreten bzw. nicht zu erwarten sei. Bezogen auf den Unfall vom 24.9.2020 erfolgte keine Leistungsablehnung.

Am 21.04.2022 erhielt der Kläger eine fachärztliche Stellungnahme FA K..... über eine ambulante psychiatrische Behandlung (Anl. K12).

Anlässlich eines Rechtsstreits des Klägers vor dem Sozialgericht wurde ein Zustandsgutachten vom 13.12.2023 durch Dr. med. D..... (vgl. Anl. zur Replik K16) erstellt.

Mit der Behauptung, es seien unfallbedingte Dauerschäden entstanden, begehrt der Kläger Leistungen aus dem Unfallversicherungsvertrag. Nach einem Hinweis des Landgerichts, die Höhe des geltend gemachten Zahlungsanspruchs, insbesondere die Berechnung der Kapitalleistung und des Verdienstausschadens seien unschlüssig, ist er der Ansicht, ihm stünde infolge der Unfälle eine Invaliditätsleistung von 39.375 € zu, die sich aus einer für die infolge des Unfalls vom 06.09.2020 geschädigten rechten Hand anzusetzenden Leistung von 13.125 € (75% von 50.000 € = 37.500€ x 35% als Invaliditätsquote) und aus einer für die beim zweiten Unfallgeschehen geschädigten linken Hand und linker Arm anzusetzenden Leistung vom 26.250 € (75% von 50.000 € = 37.500€ x 70% als Invaliditätsquote) zusammensetze (vgl. Schriftsatz vom 25.07.2024 (Bl. 111 d.A.)). Ferner stünde ihm Ansprüche auf Verdienstausschlag i.H.v. 50.894,25 € zu, da sich aus dem Versicherungsvertrag ergebe, dass bei einer unfallbedingten Beeinträchtigung von mehr als 50% ihm eine Schadenersatzleistung für den Zeitraum von 6 Monaten zustehe, und auf ein angemessenes Schmerzensgeld i.H.v. 15.000 € zu. Die ärztliche Invaliditätsfeststellung ergebe sich aus dem Schreiben der Chirurgen Weishaupt vom 20.09.2021. Das Gutachten Dr. D..... vom 13.12.2023 bestätige diese. Die Ursächlichkeit der Unfallereignisse des Klägers für dessen Gesundheitsbeeinträchtigungen seien durch einen Arztbericht, der von der A..... GmbH verfasst worden sei (Anl. K 16), und einen Reha-Bericht (Anl. K 17) bestätigt worden.

Das Landgericht hat zum Unfallereignis vom 23.9.2020 Beweis erhoben durch Einvernahme eines Zeugen. Mit der angefochtenen Entscheidung hat das Landgericht die Klage wegen Fehlens einer fristgerecht getroffenen ärztlichen Invaliditätsfeststellung abgewiesen. Hiergegen wendet sich der Kläger mit der Berufung. Zur Begründung wiederholt und vertieft er sein erstinstanzliches Vorbringen. Das Vorliegen einer ärztlichen Invaliditätsfeststellung ergebe sich aus dem Schreiben der Praxisklinik vom 20.9.2021 (Anl. K8). Zusammen mit dem Bericht (Anl. K 16) sei ein ausreichender medizinischer Zusammenhang zwischen den Unfallereignissen und den Beschwerden dokumentiert. Entgegen den Feststellungen im Gutachten Dr. B..... vom 16.3.2022 (Anl. K5) seien die Beschwerden nicht vorschadenbedingt, sondern vielmehr allein auf den Unfall zurückzuführen. Der Gutachter habe ohnehin lediglich nach Aktenlage entschieden. Zudem habe das Landgericht das Zustandsgutachten Dr. W..... vom 13.12.2023 nicht hinreichend gewürdigt. Dr. W..... bestätige die dauerhaften Funktionsstörungen im Bereich des linken Daumens sowie die Beeinträchtigung im linken Arm und der rechten Hand. Seine weitere Aussage, die Beschwerden seien nicht unfallbedingt werden durch zahlreiche andere Berichte widerlegt.

Schließlich liege in der Zahlung der Vorschüsse ein Anerkenntnis der geltend gemachten Ansprüche. Das Landgericht sei fehlerhaft der vom Kläger beantragten Begutachtung durch einen Sachverständigen nicht nachgekommen.

Er beantragt,

1. Das Urteil des Landgerichts Leipzig vom 08.08.2024, Aktenzeichen 03 O 1860/23, wird aufgehoben.

2. Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger 250.000,00 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

3. Die Beklagte wird verurteilt, den Kläger von außergerichtlichen Anwaltskosten in Höhe von 4.751,43 EUR freizustellen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt die angefochtene Entscheidung.

II.

Der Senat beabsichtigt, die zulässige Berufung nach § 522 Abs. 2 ZPO ohne mündliche Verhandlung durch - einstimmig gefassten - Beschluss zurückzuweisen. Die zulässige Berufung des Klägers bietet in der Sache offensichtlich keine Aussicht auf Erfolg. Die Rechtssache hat auch weder grundsätzliche Bedeutung noch erfordert die Fortbildung des Rechts oder die Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung eine Entscheidung des Berufungsgerichts durch Urteil. Auch andere Gründe gebieten eine mündliche Verhandlung nicht.

1.

Hinsichtlich eines Teilbetrages i.H.v. 144.730,75 € (Klageantrag 250.000 € abzüglich (39.375 € + 26.250 € + 50.894,25 € + 15.000 € =) 105.269,25 €) ist die Berufung mangels Vorliegens einer nachvollziehbaren substantiierten Begründung für den geltend gemachten Zahlungsanspruch bereits unzulässig, jedenfalls aber unbegründet.

2.

Zu Recht und mit zutreffender Begründung hat das Landgericht die Klage abgewiesen. Dem Kläger steht gegen die Beklagte aus dem Unfallversicherungsvertrag keine Ansprüche wegen der Unfallereignisse vom 06.09.2020 und 23.09.2020 zu.

a) Nach den insoweit maßgeblichen Versicherungsbedingungen (vgl. Ziff. 2.1 AUB und 2.1 a) Besondere Bedingungen 2015) setzt eine Invaliditätsleistung voraus, dass eine unfallbedingte dauerhafte Invalidität vorliegt. Dabei ist eine Beeinträchtigung dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustands nicht erwartet werden kann. Die Invalidität muss darüber hinaus innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfall eingetreten sein, sowie innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt werden und in dieser Frist durch den Versicherungsnehmer bei der Beklagten geltend gemacht werden, wobei diese Voraussetzungen kumulativ vorliegen müssen.

Ob eine dauerhafte Invalidität beim Kläger eingetreten und durch den Kläger fristgemäß angezeigt wurde, kann dahinstehen. Es fehlt jedenfalls an einer fristgemäßen Feststellung der unfallbedingten dauerhaften Invalidität. Bei der fristgerechten ärztlichen Feststellung der Invalidität handelt es sich um eine Anspruchsvoraussetzung (vgl. BGH, Urteil vom 22.05.2019 - IV ZR 73/18 - juris; Senat, Beschluss vom 18.07.2024 – 4 U 266/24 –, Rn. 4ff, juris; Brandenburgisches Oberlandesgericht, Beschluss vom 14.03.2019 - 11 U 107/16 - juris). Das dient dem berechtigten Interesse des Versicherers an der baldigen Klärung seiner Einstandspflicht, schafft eine Grundlage für seine Überprüfung und soll schwer aufklärbare Spätschäden ausgrenzen. Die verspätete Vorlage führt selbst dann zum Ausschluss von Spätschäden, wenn den Versicherungsnehmer an der Nichteinhaltung der Frist kein Verschulden trifft (vgl. BGH, Urteil vom 07.03.2007 - IV ZR 137/06 - juris). Nach dem dargestellten Zweck der Fristenregelung richten sich auch die inhaltlichen Anforderungen der Invaliditätsfeststellung, an welche keine hohen Anforderungen zu stellen sind (BGH, Urteil vom 7. März 2007 – IV ZR 137/06, aaO.). Sie muss allerdings die Schädigung und den Bereich, auf den sich diese auswirkt, sowie die Ursachen, auf denen der Dauerschaden beruht, so umreißen, dass der Versicherer bei seiner Leistungsprüfung vor der späteren Geltendmachung völlig anderer Gebrechen oder Invaliditätsursachen geschützt wird und stattdessen den medizinischen Bereich erkennen kann, auf den sich die Prüfung seiner Leistungspflicht erstrecken muss (BGH, Urt. v. 01.04.2015 – IV ZR 104/13, VersR 2015, 617, Rn 22 - juris). Erforderlich sind somit die Angabe eines konkreten, die Leistungsfähigkeit beeinflussenden Gesundheitsschadens und die Aussage, dieser sei Unfallfolge und von Dauer (vgl. OLG Hamm, Urt. v. 12.05.2017 – I-20 U 197/16 –, Rn. 65, juris; Senat, Beschluss vom 5.01.2021 – 4 U 1586/20 –, Rn. 10 - 15, juris; OLG Karlsruhe, Urteil vom 23.02.2018 - 12 U 111/17 - juris). Es muss zumindest festgestellt werden, dass das Unfallereignis für den Dauerschaden (mit)ursächlich ist (vgl. OLG Frankfurt, Beschluss vom 05.02.2018 - 3 U 235/16 - juris). Erforderlich ist eine Wertung erhobener Befunde in Form eines ärztlichen Schlusses auf die eingetretene dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit der versicherten Person (Oberlandesgericht des Landes Sachsen-Anhalt, Urteil vom 01.02.2022 – 1 U 26/21 –, juris). Gemessen an diesem Zweck muss die Invaliditätsfeststellung aber weder präzise Angaben zu Umfang und Ursache des Dauerschadens enthalten, noch muss sie hinsichtlich der Feststellung der Unfallbedingtheit eines bestimmten Dauerschadens überhaupt richtig sein (BGH, a.a.O.).

b) Im vorliegenden Fall lief die nach den Besonderen Bedingungen 2015 unter Ziffer 2.1 lit. a) gegenüber den AUB 2014 erweiterte 36-monatige Frist für die ärztliche Invaliditätsfeststellung bezogen auf den Sturz auf dem Balkon am 06.09.2023 bzw. für das behauptete zweite Unfallereignis am 23.09.2023 ab. Bis zu diesem Zeitpunkt lag aber keine diesen Grundsätzen entsprechende ärztliche Feststellung einer unfallbedingten Invalidität vor.

Auf die von der Praxisklinik verfassten Arztberichte und fachärztlichen Stellungnahmen vom 07.06.2021, 16.08.2021, 20.09.2021 und 21.12.2021 kann sich der Kläger nicht mit Erfolg berufen. In dem Bericht vom 07.06.2021 weisen die gestellten Diagnosen keinen Bezug zu einem - an keiner Stelle erwähnten - Unfallgeschehen auf und werden nicht als Dauerschäden gekennzeichnet. Der „Bericht vom 16.08.2021 für den medizinischen Dienst“ über eine Untersuchung am 22.07.2021 führt als weitere Diagnose „deg. Veränderung TFCC-Komplex“ auf, trifft aber gleichfalls keine Aussagen zur Unfallbedingtheit der Beschwerden und zur Dauerhaftigkeit. Der Arztbrief vom 20.09.2021 bestätigt zwar, dass die Beschwerden dauerhaft beeinträchtigen, einen Unfallbezug lässt der Bericht allerdings

weiterhin nicht erkennen. Einzig der zur Vorbereitung der von der Beklagten veranlassten Begutachtung eingeholte „Ärztliche Bericht zur Unfallversicherung“ der Praxisklinik vom 21.12.2021 (vgl. Anl. K 16) verhält sich zur Frage, ob die seitens des Klägers geltend gemachten Gesundheitsschäden und die genannten Diagnosen dauerhaft bestehen und unfallbedingt aufgetreten sind. Beides wird aber ausdrücklich und unmissverständlich verneint. Die von der Berufung zitierte Textpassage gibt unter der Überschrift „Unfallursache/hergang“ zwar die vom Kläger selbst berichteten zwei Sturzgeschehnisse und die seitdem vom ihm angegebenen Beschwerden wieder; zur Dauerhaftigkeit und Unfallbedingtheit der Beschwerden werden indes an dieser Stelle keine Aussagen getroffen. Vielmehr wird unter „Derzeitige subjektive Beschwerden der versicherten Person“ ausgeführt:

„Keine unfallbedingten Beschwerden oder Schäden“

und unter „weitere Anmerkungen“ heißt es:

„initiale Behandlung der Unfallfolgen nicht durch uns, bei Beschwerden Vorstellung bei uns erst 2021, von Unfallfolgen nicht mehr nachzuvollziehen, nebenbefundlich anatomische Variante mit Ulna und Deformität, die die Beschwerden verursacht, aber unfallunabhängig ist, Empfehlung operative Therapie wird seitens des Patienten abgelehnt. ...“

Ferner wird in dem Bericht unter der Fragestellung „Kausalität und Mitwirkung“ verneint, dass die diagnostizierten Gesundheitsschäden ausschließlich durch das geschilderte Ereignis verursacht worden sind.

Unter „Bitte bemessen Sie den unfallunabhängigen Anteil an der Gesundheitsschädigung oder deren Folgen in %“ finden sich der Eintrag

„100 %“

und die zusätzliche handschriftliche Anmerkung:

„Beschwerden sind rein Vorschäden bedingt“.

Im Ergebnis schließt der ärztliche Bericht somit eine kausale Verknüpfung der bestehenden Beschwerden mit dem Unfall aus. Auch eine Dauerhaftigkeit der Beschwerden wird nicht sicher festgestellt, da darauf hingewiesen wird, dass eine obligate Behandlungsmöglichkeit in Form einer operativen Therapie bestehe, die der Patient aber ablehne.

Hinsichtlich des diese Einschätzung bestätigenden Gutachtens von Dr. med. B..... vom 16.03.2022 wird zur Vermeidung von weiteren Wiederholungen auf die zutreffenden Ausführungen in dem angefochtenen Urteil Bezug genommen. Der Gutachter hat nicht festgestellt, dass auf den Unfall zurückzuführende und damit unfallbedingte Schäden eingetreten sind, die dauerhaft vorliegen.

Eine bedingungsgemäße ärztliche Invaliditätsfeststellung ist auch den übrigen zur Akte gereichten Unterlagen des Klägers nicht zu entnehmen. Der Bericht über die Vertrauensärztliche Untersuchung vom 25.02.2021 durch den Gutachter Dr. M..... verhält sich weder zum Vorliegen eines Dauerschadens noch zur Unfallbedingtheit der festgestellten Diagnosen. Zu einem Teil der Symptomatik sei dem Gutachter zufolge noch keine Diagnostik erfolgt, ein anderer Teil sei noch nicht behandelt worden. Im Arztbrief Dr. Z..... vom 22.03.2021 werden weder Aussagen zu Dauerschäden noch zu einer etwaigen

Unfallbedingtheit der berichteten Befunde getroffen. Der ärztliche Bericht vom 19.05.2021 der orthopädischen Praxis Dr. Y..... führt zwar in der Anamnese zwei Unfälle vom 6.09. und „ca. 14.09.2020“ auf und diagnostiziert u.a. ein Schulter-Arm-Syndrom, sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. An keiner Stelle des Berichts wird aber bestätigt, dass es sich um dauerhaft vorliegende und unfallbedingte Beeinträchtigungen des Klägers handelt. Der ärztliche Bericht Dipl. med. B..... vom 27.7.2021 betrifft die Frage, ob die Voraussetzungen des § 51 Abs. 1 SGB V erfüllt sind und sieht „aus medizinischer Sicht“ eine Arbeitsunfähigkeit nur „auf Zeit“ als gegeben an. Aussagen zur Unfallbedingtheit lassen sich dem Bericht gleichfalls nicht entnehmen. Der zuletzt vorgelegte Reha-Bericht lässt einerseits bereits nicht erkennen, wann er ausgestellt wurde und ob er der Beklagten fristgemäß übermittelt wurde. Andererseits wird über die beiden Unfallgeschehen nur in der Anamnese, d.h. in der Wiedergabe der Krankengeschichte nach Angaben des Klägers berichtet. Die Unfallbedingtheit der Beschwerden des Klägers wird gerade nicht festgestellt.

Unabhängig davon lassen sämtliche weiteren vorgelegten Unterlagen nicht erkennen, dass die Ärzte damit eine Invaliditätsfeststellung in Bezug auf beide Unfallgeschehen treffen wollten und getroffen haben.

Schließlich kann sich der Kläger auch nicht auf das in einem sozialgerichtlichen Verfahren eingeholte Gutachten Dr. med. D..... vom 13.12.2023 berufen. Dieses Gutachten ist bei der Beklagten erst nach Ablauf der 36-monatigen Frist eingegangen. Darüber hinaus stellt der Gutachter gerade nicht fest, dass unfallbedingte Dauerschäden im Bereich Handgelenk, Finger und Schultergelenke bestehen. Den zutreffenden Ausführungen des Landgerichts stellt die Berufung nur ihre eigene Ansicht entgegen. Entgegen der Berufungsbegründung wird die Aussage des Gutachtens, die Beschwerden seien nicht durch den Unfall bedingt, nicht durch zahlreiche andere Berichte widerlegt, die einen solchen Zusammenhang herstellen. Zur Begründung wird auf die obigen Ausführungen Bezug genommen.

Dies gilt auch hinsichtlich der psychischen Belastungen des Klägers mit der Entwicklung einer somatoformen Schmerzstörung, eines chronischen Fatigue- und Reizdarmsyndroms. Der Stellungnahme FA K..... vom 21.04.2022 lässt sich insoweit weder die Unfallbedingtheit noch das Vorliegen eines Dauerschadens entnehmen. Als allenfalls indirekte Unfallfolgen unterliegen sie dem Ausschluss mangels Vorliegens einer ärztlichen Invaliditätsfeststellung unabhängig davon, ob Ansprüche wegen einer psychischen Folgeerkrankung schon nach den Versicherungsbedingungen ausgeschlossen sind, wie das Landgericht mit zutreffenden Erwägungen ausgeführt hat.

c) Entgegen der Auffassung des Klägers kann sich die Beklagte auf die Frist in ihren allgemeinen Geschäftsbedingungen berufen, denn sie hat auf die vertraglichen Anspruchs- und Fälligkeitsvoraussetzungen gemäß § 186 VVG mehrfach und hinreichend deutlich hingewiesen. Wie das Landgericht zutreffend ausgeführt hat, hat die Beklagte den Kläger in ihren Schreiben vom 07.10.2021, 02.03.2021 und 16.11.2021 hinsichtlich beider Unfälle und bezogen auf die unterschiedlichen Unfalldeckungen klar und unmissverständlich belehrt (vgl. Senat, Beschluss vom 18.06.2024 – 4 U 266/24 –, Rn. 4, juris).

Mit diesen Schreiben wurden dem Kläger jeweils ein Formular (Anmeldung eines Dauerschadens/ärztliche Bescheinigung) übersandt, das von dem Arzt auszufüllen war. Auch diesem Formular konnte er zumindest im Zusammenhang mit den genannten Begleitschreiben mit ausreichender Klarheit entnehmen, welche Unterlagen vorgelegt werden mussten. Der Kläger hat in der mündlichen Verhandlung vor dem Landgericht zudem

bestätigt, das Formular erhalten zu haben.

d) Die Berufung der Beklagten auf den Fristablauf ist auch nicht treuwidrig.

Das Berufen des Versicherers auf den Ablauf der Frist zur ärztlichen Feststellung kann sich im Einzelfall als rechtsmissbräuchlich erweisen. Das ist etwa dann anzunehmen, wenn dem Versicherer ein Belehrungsbedarf des Versicherungsnehmers hinsichtlich der Rechtsfolgen der Fristversäumnis deutlich wird, er aber gleichwohl eine solche Belehrung unterlässt (vgl. BGH, Urteil vom 30.11.2005 - IV ZR 154/04 - juris). Davon kann auszugehen sein, wenn der Versicherte Invaliditätsansprüche rechtzeitig geltend macht, seine Angaben oder die von ihm vorgelegten ärztlichen Atteste den Eintritt eines Dauerschadens nahe legen, die erforderliche ärztliche Feststellung der Invalidität aber noch fehlt (vgl. BGH a.a.O.; Senat a.a.O.). Diese Voraussetzungen liegen nicht vor.

aa) Die Mitteilung der Beklagten in den E-Mails vom 14.10. und 11.11.2021, sie habe angesichts der Dauer und der noch ausstehenden Begutachtung Vorschusszahlungen angewiesen, begründet ebenso wenig wie der Umstand, dass die Beklagte ein Gutachten zur Überprüfung der Invalidität eingeholt hat, einen Vertrauenstatbestand dahingehend, dass die Beklagte auf die Einhaltung der Frist auch dann verzichten will, wenn das Ergebnis für den Versicherungsnehmer negativ ist. Es ist auch nicht ersichtlich, inwiefern der Kläger darauf vertraut haben will, denn die Beklagte hat den Kläger nach der letzten Zahlung mit Schreiben vom 16.11.2021 nochmals auf die Notwendigkeit hingewiesen, eine ärztliche Invaliditätsfeststellung vorzulegen und ihm das Formular erneut übersandt. Ein Vertrauenstatbestand wird auch nicht dadurch begründet, dass die Beklagten eine Begutachtung veranlasst hat, in deren Rahmen von der behandelnden Praxisklinik eine ärztliche Bescheinigung angefordert wurde, die freilich eine Unfallbedingtheit der Gesundheitsbeeinträchtigungen des Klägers gerade nicht feststellen konnte. Die ablehnende Stellungnahme der Praxisklinik hat die Beklagte dem Kläger zur Kenntnisnahme bereits am 27.01.2022 übersandt und ihm gleichzeitig mitgeteilt, dass sie nach Übersendung des Gutachtens auf den Schadensfall zurückkommen werde. Angesichts dessen war für den Kläger keineswegs klar, dass die Beklagte unabhängig von dem Ergebnis der Begutachtung von ihrer Einstandspflicht ausging. Allein der Umstand, dass der Versicherer in die Prüfung seiner Eintrittspflicht eintritt, begründet hingegen keinen Vertrauenstatbestand dahingehend, dass er sich nicht auf die Fristversäumnis berufen wird - jedenfalls dann nicht, wenn - wie hier - in der ärztlichen Feststellung die Unfallbedingtheit der Invalidität verneint wird (Senat, Beschluss vom 2. November 2020 – 4 U 1586/20 –, Rn. 1 - 17, juris). Unter diesen Umständen konnte der Kläger nicht davon ausgehen, dass die Bescheinigung der Praxisklinik und - erst recht nicht - die vorangegangenen Berichte und Arztbriefe genügen, um seine Ansprüche wirksam geltend zu machen.

e) Mangels Vorliegens einer fristgerechten ärztlichen Invaliditätsfeststellung ist auch eine Beweiserhebung über das Vorliegen einer auf den ersten oder beide Unfälle zurückzuführenden Dauerschädigung im Bereich der Finger, Hand- oder Schultergelenke nicht veranlasst.

Der Senat rät daher zur Rücknahme der Berufung, die zwei Gerichtsgebühren spart.

P.....

Z.....

R.....