Gericht:	Saarländisches Oberlandesgericht Saarbrücken 5. Zivilsenat
Entscheidungsdatum:	05.02.2025
Rechtskraft:	ja
Aktenzeichen:	5 U 31/24
ECLI:	ECLI:DE:OLGSL:2025:0205.5U31.24.00
Dokumenttyp:	Urteil
Quelle:	juris
Normen:	§ 242 BGB, Ziff 1 AUB, § 178 VVG, § 22 VVG, § 123 VVG ... mehr

---

Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles bei einer Infektion mit Borreliose; Beibringung der notwendigen ärztlichen Unterlagen

Leitsatz

1. Legen die Bedingungen einer privaten Unfallversicherung fest, dass auch der „Ausbruch“ der Infektionskrankheit Borreliose als versicherter Unfall gilt, so stellt das für den Eintritt des Versicherungsfalles erkennbar auf den Zeitpunkt ab, in dem die ersten Symptome dieser Erkrankung auftraten.(Rn.13)

2. Es ist grundsätzlich Sache des - ordnungsgemäß hierüber informierten - Versicherungsnehmers, für die Beibringung einer fristgerechten ärztlichen Invaliditätsfeststellung Sorge zu tragen. Der Versicherer, der sich unter diesen Umständen auf das Fehlen einer fristgerechten Invaliditätsfeststellung beruft, handelt nicht schon deshalb treuwidrig, weil Ärzte - nur - gegenüber dem Versicherungsnehmer geäußert haben sollen, dass sie eine solche Bescheinigung nur auf Anforderung des Gerichts oder des Versicherers erteilen werden.(Rn.15) (Rn.17) (Rn.18)

Verfahrensgang

vorgehend LG Saarbrücken, 23. Februar 2024, 14 O 64/22

Tenor

I. Die Berufung des Klägers gegen das am 23. Februar 2024 verkündete Urteil des Landgerichts Saarbrücken - 14 O 64/22 - wird zurückgewiesen.

II. Die Kosten des Berufungsverfahrens fallen dem Kläger zur Last.

III. Dieses Urteil und das angefochtene Urteil sind vorläufig vollstreckbar. Der Kläger darf die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 110 Prozent des aufgrund des Urteils vollstreckbaren Betrages abwenden, wenn nicht die Beklagte vor der Vollstreckung Sicherheit in Höhe von 110 Prozent des jeweils zu vollstreckenden Betrages leistet.

IV. Die Revision wird nicht zugelassen.

V. Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 100.000,- Euro festgesetzt.

Gründe

I.

1 Die Parteien streiten um Ansprüche aus einer Unfallversicherung wegen eines vermeintlichen Unfallereignisses vom 22. Juli 2020. Der Kläger unterhielt bei der Beklagten einen privaten Unfallversicherungsvertrag (Versicherungsschein Nr. xxxxx) für sich und seine Ehefrau als versicherte Personen, versichert war Invalidität mit 500% Progression, die Grundsumme betrug 100.000,- Euro, die Höchstleistung bei Vollinvalidität 500.000,- Euro. Dem Vertrag lagen u.a. die Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2012 der GVO), die Besonderen Bedingungen zur Unfallversicherung VIT, die Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag (Modell 3) und die Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (500%) zugrunde (im Anlagenband Kläger); danach gilt - in Erweiterung von Ziff. 5 AUB 2012 - auch der Ausbruch der Infektionskrankheit „Borreliose“ als versicherter Unfall. Die Beantragung des Versicherungsvertrages erfolgte über den Vermittler ... ...; die in einem vom Kläger und diesem Vermittler „als Makler für Amexpool“ unterzeichneten Antragsformular (Anlage B 0) enthaltene Frage, ob bei den zu versichernden Personen „erhebliche Krankheiten/Gebrechen/Körperverletzungen“ bestanden oder bestehen, „anzugeben sind Krankheiten, Gebrechen und Körperverletzungen, die bei der zu versichernden Person z.Z. vorliegt oder an denen diese früher gelitten hat, z.B.: (...) Erkrankungen des Herzens (...)“ wurde darin für beide versicherte Personen jeweils mit „nein“ beantwortet. Mit einem vom Kläger und seinem Makler am 23./28. August 2020 unterzeichneten Schadensanzeigeformular (Anlage A5 = Anlage B1) teilte der Kläger der Beklagten mit, dass er an Borreliose erkrankt und dass dies am 17. August 2020 diagnostiziert worden sei; „Unfalltag“ sei der 22. Juli 2020 gewesen. In einer an den Makler des Klägers gerichteten E-Mail vom 2. September 2020 (Anlage B 2) wies die Beklagte darauf hin, dass eine Invalidität innerhalb von achtzehn Monaten nach dem Unfall eingetreten, von einem Arzt schriftlich festgestellt und von dem Versicherungsnehmer geltend gemacht sein müsse; außerdem bat sie um Vorlage weiterer Unterlagen. Im Rahmen der Leistungsprüfung eines weiteren Unfallereignisses der Ehefrau des Klägers vom 22. August 2020 gab diese in einem am 29. September 2020 von ihr unterzeichneten Fragebogen (Anlage B4) an, seit 1980 an einem Herzklappenfehler und einer Herzmuskelerkrankung erkrankt zu sein. Mit - gegen Einschreiben/Rückschein (Anlage B6 = Bl. 96 f. GA-I) versandten - Schreiben vom 5. Oktober 2020 erklärte die Beklagte den Rücktritt und die Anfechtung des Vertrages wegen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung in Bezug auf die Erkrankungen der Ehefrau des Klägers und erklärte, dass daher auch für den gegenständlichen Schadensfall keine Leistungen erbracht würden. Eine außergerichtliche Aufforderung des Klägers an die Beklagte vom 23. Februar 2022 zur Zahlung von 100.000,- Euro unter Fristsetzung auf den 8. März 2022 blieb erfolglos.

2 Der Kläger, der mit seiner zum Landgericht erhobenen Klage auf Zahlung von 100.000,- Euro zuzüglich Zinsen und vorgerichtlicher Rechtsanwaltskosten angetragen hat, hat behauptet, aufgrund einer Borreliose-Erkrankung und deren Folgen „arbeits-, erwerbs- und berufsunfähig“ zu sein; infolgedessen gebühre ihm bei der im Versicherungsvertrag vereinbarten Progression von 500 Prozent die geschuldete Versicherungsleistung von 100.000,- Euro. Zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses sei er gesund gewesen; erstmals im Juni 2017 sei er wegen eines Zeckenbisses bei seinem Arzt, dem Zeugen Dr. G., vorstellig geworden, der die Zecke entfernt, ihn angewiesen habe, die Stelle mehrere Wochen lang zu beobachten und ihm, nachdem sich dort nach zwei bis drei Wochen kein roter Kranz gebildet habe, Entwarnung gegeben habe. Nach einer Verletzung am Zeh im

Juni 2020 habe sich dort ein Taubheitsgefühl eingestellt; ein auf Anraten seines Arztes aufgesuchter Neurologe, der Zeuge Dr. W., habe mittels eines Bluttests festgestellt, dass der Kläger an Borreliose leide und aufgrund dessen auch invalide im Sinne der privaten Unfallversicherung sei. Ein entsprechendes ärztliches Attest - vom 28. Oktober 2020, Anlage A6 - sei bereits mit der Schadensanzeige vom 23. August 2020 vorgelegt worden. Zu den Gesundheitsfragen hatte der Kläger zunächst vortragen lassen, im Rahmen des Antragsgesprächs alle seine die Gesundheit betreffenden Fragen zutreffend gegenüber dem Zeugen Platte beantwortet zu haben, während Angaben zum Gesundheitszustand seiner Ehefrau allein von dieser herrührten, lediglich deren Versicherungsverhältnis beträfen und ihn deshalb keine Offenbarungspflicht treffen könne; später hat er behauptet, der Zeuge habe im Gespräch gar keine Gesundheitsfragen gestellt. Soweit der Rückschein zu dem Schreiben der Beklagten 5. Oktober 2020 von einem Herrn Schmitt unterzeichnet worden sei, kenne er diesen nicht, und das besagte Schreiben habe er nicht erhalten.

3 Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten. Sie hat sich unter Hinweis auf die von ihr erklärte Anfechtung und den Rücktritt nicht für leistungspflichtig gehalten; das entsprechende Schreiben vom 5. Oktober 2020 sei dem Kläger am 9. Oktober 2020 zugegangen, was sich auch darin zeige, dass sein Prozessbevollmächtigter darauf mit Schreiben vom 23. Februar 2022 reagiert habe. Der Kläger habe Kenntnis von den Erkrankungen seiner Ehefrau gehabt und diese bei Antragstellung auf entsprechende Frage vorsätzlich und arglistig nicht angegeben, weil für ihn ersichtlich gewesen sei, dass anderenfalls der Versicherungsvertrag nicht oder nicht in vereinbarter Form zustande kommen werde. Jedenfalls fehle es an den vertraglichen Voraussetzungen der Eintrittspflicht, namentlich am Eintritt eines Versicherungsfalles in versicherter Zeit, einer dadurch bedingten Invalidität und deren formaler Voraussetzungen.

4 Das Landgericht hat den Kläger informatorisch angehört und diesen wiederholt u.a. auf das Erfordernis und das Fehlen einer bedingungsgemäßen ärztlichen Invaliditätsfeststellung hingewiesen (Bl. 122, 148 f. GA). Mit dem angefochtenen, durch Beschluss vom 28. März 2024 im Tatbestand berichtigten Urteil (Bl. 185 ff., 205 f. GA-I), auf dessen Inhalt auch hinsichtlich der darin enthaltenen Feststellungen gemäß § 540 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 ZPO Bezug genommen wird, hat es die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt: Der Kläger habe zwar konkludent, durch Geltendmachung einer Versicherungsleistung in Höhe von 100.000,- Euro, ausweislich der Progressionsstaffel einen Invaliditätsgrad von 40 Prozent geltend gemacht. Jedoch sei eine unfallbedingte Invalidität im Sinne einer dauerhaften Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsunfähigkeit der versicherten Person trotz entsprechender Hinweise von ihm bis zuletzt nicht ausreichend dargelegt worden: Allein der Verweis auf eine Erwerbs-, Arbeits- und Berufsunfähigkeit reiche dafür nicht aus; konkrete gesundheitliche Beschwerden oder Folgen der Borrelioseerkrankung seien zu keiner Zeit vorgetragen worden. Auf das Fehlen einer fristgerechten ärztlichen Invaliditätsfeststellung sowie auf die Frage, ob der Vertrag von der Beklagten wirksam angefochten worden bzw. ob die Beklagte wirksam davon zurückgetreten sei, komme es danach nicht mehr an.

5 Hiergegen richtet sich die Berufung des Klägers, der unter Wiederholung seines früheren Vortrages einen Zahlungsanspruch in Höhe der Klageforderung weiterverfolgt. Er beanstandet, dass das Landgericht offene Fragen zur Kausalität sowie zu der als fehlend bemängelten Invaliditätsfeststellung durch Vernehmung der Ärzte als sachverständige Zeugen hätte aufklären müssen. Zudem behauptet er - erstmals - auch, diese hätten die

eingetretene Invalidität auf Nachfrage bestätigen können und jeweils gegenüber dem Kläger ausgeführt, dass sie eine solche Bestätigung ausschließlich auf gerichtliche Anforderung und/oder auf Anforderung des Versicherers hin erteilen würden; insoweit wäre es die Obliegenheit der Beklagten gewesen, bei den Ärzten eine entsprechende Invaliditätsfeststellung anzufordern.

6 Der Kläger beantragt (wörtlich, Bl. 38 GA-II):

7 Das Urteil des Landgericht Saarbrücken, Az.: 14 O 64/22, wird aufgehoben. Der Kläger verfolgt die Klageanträge aus der Klage vom 14. März 2020 weiter.

8 Die Beklagte beantragt (Bl. 24 GA-II),

9 die Berufung zurückzuweisen.

10 Sie verteidigt die angefochtene Entscheidung und nimmt ergänzend Bezug auf ihr gesamtes früheres Vorbringen.

11 Hinsichtlich des Sachverhalts und des Parteivortrags wird auf die gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen und die Sitzungsniederschriften des Landgerichts vom 20. Juni 2023 und 16. Januar 2024 (Bl. 120 ff., 172 ff. GA-I) sowie des Senats vom 15. Januar 2025 (Bl. 97 ff. GA-II) verwiesen.

II.

12 Die gemäß §§ 511, 513, 517, 519 und 520 ZPO zulässige Berufung des Klägers bleibt in der Sache erfolglos. Das Landgericht hat die Klage im Ergebnis zu Recht abgewiesen. Der vom Kläger bei sachgerechter Auslegung des Berufungsantrages (§§ 133, 157 BGB) erkennbar geltend gemachte Anspruch auf Zahlung einer Invaliditätsleistung in bezifferter Höhe von 100.000,- Euro scheitert - ungeachtet weiterer, von der Beklagten erhobener Einwände auch gegen den Bestand des Versicherungsvertrages - jedenfalls daran, dass schon die formalen Voraussetzungen, unter denen die Beklagte diese Leistung zu erbringen versprochen hat, trotz wiederholten gerichtlichen Hinweises auch im Berufungsverfahren nicht beigebracht worden sind.

1.

13 Das Landgericht hat im Ausgangspunkt zutreffend angenommen, dass sich eine Eintrittspflicht der Beklagten hier nur aus dem streitgegenständlichen Versicherungsvertrag ergeben kann, der - sofern er ungeachtet des Rücktritts und der Anfechtung wegen arglistiger Täuschung (§ 22 VVG, §§ 123 f. VVG) zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles wirksam bestand - Versicherungsschutz gegen Unfälle bietet, die versicherten Personen während der Dauer des Vertrages zustoßen. Den Eintritt eines Versicherungsfalles in versicherter Zeit hat der Kläger mit seiner - nach entsprechenden gerichtlichen Hinweisen näher präzisierten, von der Beklagten freilich bis zuletzt bestrittenen - Schilderung schlüssig dargelegt. Gemäß Ziff. 1.3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2012) liegt ein Unfall vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Aus den Besonderen Bedingungen zur Unfallversicherung VIT folgt ergänzend, dass - in Erweiterung von Ziff. 5 AUB 2012 - auch der „Ausbruch“ der Infektionskrankheit „Borreliose“ als versicherter Unfall gilt. Dass die Voraussetzungen dieser Fiktion vorliegen und nach Vertragsbeginn eingetreten sind, hat der Kläger vorgetragen. Durch die

Verwendung des Wortes „Ausbruch“ wird aus Sicht eines durchschnittlichen Versicherungsnehmers ohne versicherungsrechtliche Spezialkenntnisse, auf dessen Verständnis es bei der Auslegung von Versicherungsbedingungen ankommt (BGH, Urteil vom 23. Juni 1993 - IV ZR 135/92, BGHZ 123, 83, 85 und ständig) schon nach dem allgemeinen Sprachgebrauch auf den Zeitpunkt abgestellt, in dem die ersten Symptome der Erkrankung auftraten. Dafür genügte es, dass der Kläger unter Vorlage eines ärztlichen Attests vom 28. Oktober 2020 (Anlage A6) darlegte, dass sich im Nachgang zu einem augenscheinlich folgenlosen Zeckenbiss und einer Verletzung am Zeh (erstmals) im Juni 2020 ein Taubheitsgefühl eingestellt und der Neurologe Dr. W. daraufhin mittels eines Bluttests festgestellt habe, dass der Kläger an Borreliose leide.

2.

14 Ob diese Darstellung zum Eintritt eines Versicherungsfalles zutrifft, was nach allgemeinen Grundsätzen der Kläger zu beweisen hätte, kann aber ebenfalls offenbleiben. Denn der mit der Klage geltend gemachte Anspruch auf Zahlung einer Invaliditätsleistung - als einzige nach dem Versicherungsschein vereinbarte Leistungsart - scheitert hier jedenfalls an der bedingungsgemäß erforderlichen Vorlage einer fristgerechten ärztlichen Feststellung, die nach unwidersprochen gebliebener Darlegung der Beklagten - zugunsten des Klägers von der ursprünglichen Bedingungslage abweichend - innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall hätte erfolgen müssen, woran es jedoch fehlt.

a)

15 Gemäß Ziff. 2.1.1.1 AUB 2012 ist Voraussetzung für die Invaliditätsleistung, dass die Invalidität - d.h.: eine unfallbedingte dauerhafte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit der versicherten Person - innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und innerhalb von fünfzehn Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt und bei der Beklagten geltend gemacht worden ist. Solche Fristenregelungen, an deren Wirksamkeit weder unter dem Gesichtspunkt der Angemessenheit noch unter demjenigen der Transparenz Zweifel bestehen (vgl. BGH, Urteil vom 20. Juni 2012 - IV ZR 39/11, VersR 2012, 1113 m.w.N.), zielen darauf ab, dem Versicherer eine Grundlage für die Überprüfung seiner Leistungspflicht zu bieten, außerdem sollen schwer aufklärbare Spätschäden ausgegrenzt werden. Das Versäumen der Fristen, deren Einhaltung nach den Bedingungen als Anspruchsvoraussetzung ausgestaltet ist, führt daher selbst dann zum Leistungsausschluss, wenn den Versicherungsnehmer daran kein Verschulden trifft (vgl. BGH, Urteil vom 1. April 2015 - IV ZR 104/13, VersR 2015, 617; Urteil vom 7. März 2007 - IV ZR 137/06, VersR 2007, 1114; Senat, Urteil vom 18. Oktober 2023 - 5 U 41/23, RuS 2024, 371). Auf diese Ausschlusswirkung beruft sich die Beklagte, die allerdings im Rechtsstreit unwidersprochen (§ 138 Abs. 4 ZPO) - wohl in Umsetzung der in den Besonderen Bedingungen zur Unfallversicherung - VIT enthaltenen „Innovationsklausel/Bedingungsverbesserungen“ von der Geltung einer auf 18 Monate verlängerten Frist zur ärztlichen Feststellung ausgeht (Bl. 58 GA-I), was den Senat hier schon aus prozessualen Gründen bindet. Darüber hinaus steht nach den vorgelegten Unterlagen fest, dass die Beklagte dem Kläger bereits mit E-Mail vom 2. September 2020 (Anlage B2) - in zulässiger Abänderung der Bedingungslage, vgl. § 191 VVG; OLG Naumburg, VersR 2023, 367, 372; zustimmend Kloth/Piontek, RuS 2024, 389, 391 - mitgeteilt hatte, die Invalidität müsse innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten, von einem Arzt schriftlich festgestellt und vom Versicherungsnehmer geltend gemacht sein, auch wenn ihr der Unfall zuvor bereits gemeldet worden sei; spätestens dieses ihn einseitig begünstigende Angebot, die Fristen auf 18 Monate zu verlängern, hat der Kläger, der sich im vorliegen-

den Rechtsstreit auf die rechtzeitige ärztliche Invaliditätsfeststellung beruft, stillschweigend angenommen, wobei eine Erklärung der Annahme gegenüber der Beklagten unter diesen Umständen nach der Verkehrssitte entbehrlich war (OLG Naumburg, VersR 2023, 367, 372; vgl. BGH, Urteil vom 14. Februar 2019 - IX ZR 203/18, NJW-RR 2019, 1076 Rn. 20).

b)

16 Im Streitfall fehlt es an einer solchen ausreichenden Feststellung einer Invalidität durch einen Arzt binnen 18 Monaten seit dem Eintritt des behaupteten Versicherungsfalles im Juli 2020.

aa)

17 Zwar sind an die Feststellung der Invalidität keine hohen Anforderungen zu stellen. So muss sie sich nicht abschließend zu einem bestimmten Invaliditätsgrad äußern. Die Feststellung der Unfallbedingtheit eines bestimmten Dauerschadens braucht noch nicht einmal richtig zu sein und dem Versicherer auch nicht innerhalb der Frist zuzugehen, sofern sie nur fristgerecht getroffen worden ist (BGH, Urteil vom 7. März 2007 - IV ZR 137/06, VersR 2007, 1114). Aus der Invaliditätsfeststellung müssen sich aber die ärztlicherseits dafür angenommene Ursache und die Art ihrer Auswirkungen ergeben. Denn die Invaliditätsbescheinigung soll dem Versicherer Gelegenheit geben, dem geltend gemachten Versicherungsfall nachzugehen und seine Leistungspflicht auf Grundlage der ärztlichen Feststellung zu prüfen. Zugleich soll sie eine Ausgrenzung von Spätschäden ermöglichen, die in der Regel nur schwer abklärbar und überschaubar sind und die der Versicherer deshalb von der Deckung ausnehmen will. Deshalb können nur die in der ärztlichen Invaliditätsfeststellung beschriebenen unfallbedingten Dauerschäden Grundlage des Anspruchs auf Invaliditätsentschädigung sein (BGH, Urteil vom 7. März 2007 - IV ZR 137/06, VersR 2007, 1114; Urteil vom 1. April 2015 - IV ZR 104/13, VersR 2015, 617; Senat, Urteil vom 5. August 2022 - 5 U 97/20, VersR 2022, 1362).

bb)

18 Die vom Kläger erstinstanzlich vorgelegten ärztlichen Unterlagen erfüllen diese Anforderungen ausnahmslos nicht. Das von ihm eingereichte „ärztliche Attest“ des Neurologen Dr. W. vom 28. Oktober 2020 enthält lediglich die Aussage, bei dem Kläger bestehe seit Juli 2020 eine Borreliose, die aktuell immer noch akut sei. Dass daraus ein Dauerschaden folge, ergibt sich aus dieser Bescheinigung nicht. Nichts anderes gilt für die im Rechtsstreit vorgelegte fachärztliche Bescheinigung des Dr. H. vom 14. November 2023 (Bl. 167a GA-I), die - ausgehend von dem auf das Attest vom 28. Oktober 2020 gestützten Vortrag des Klägers, wonach „Unfalltag“ - d.h. hier: Ausbruch der Borreliose - der 20. Juli 2020 gewesen sei, lange nach Ablauf der 18-Monats-Frist erstellt wurde und die mangels Angabe eines konkret damit in Bezug gebrachten Dauerschadens auch nach ihrem Inhalt ungeeignet wäre, die Anforderungen an eine bedingungsgemäße ärztliche Feststellung zu erfüllen.

cc)

19 Soweit der Kläger mit der Berufung beanstandet, dass das Landgericht die von ihm als „sachverständige Zeugen“ benannten Ärzte nicht vernommen habe, die die eingetretene Invalidität hätten bestätigen können (Bl. 40 GA-II), verfängt dieser Einwand aus mehreren Gründen nicht. Selbst wenn eine solche mündliche Aussage eines Arztes anläss-

lich einer Vernehmung in dem - auch erst nach Ablauf von 18 Monaten eingeleiteten - Rechtsstreit getroffen worden wäre, wäre diese schon formal nicht geeignet gewesen, die von den Bedingungen geforderte schriftliche Feststellung zu ersetzen. Es entspricht ganz allgemeiner Ansicht, dass bei Fehlen einer - wie hier - geforderten fristgerechten „schriftlichen“ Feststellung eine Zeugenaussage des Arztes nicht ausreicht, weil dann die bis dahin nicht getroffene Feststellung erst mit dieser Aussage der Vorstellungswelt des Arztes heraus nach außen dringen würde (OLG Jena, RuS 2022, 162; Piontek, in: Prölss/Martin, VVG 32. Aufl., Ziff. 2 AUB Rn. 15; Grimm/Kloth, Unfallversicherung 6. Aufl., Ziff. 2 AUB 2014 Rn. 27; zu älteren Bedingungen auch Senat, Urteil vom 20. Juni 2007 - 5 U 70/07, VersR 2008, 199; OLG Celle, RuS 2010, 476). Soweit dies für abweichende Versicherungsbedingungen, die - im Gegensatz zu den hier verwendeten - nicht ausdrücklich eine „schriftliche“ Feststellung fordern, vereinzelt anders gesehen worden ist (so OLG Karlsruhe, VersR 2005, 1230; a.A. Grimm, a.a.O., Ziff. 2. AUB 2014 Rn. 27; vgl. auch Senat, Urteil vom 20. Juni 2007 - 5 U 70/07, VersR 2008, 199), liegt ein solcher Fall hier nicht vor.

c)

20 Gründe, die es der Beklagten ausnahmsweise untersagen könnten, sich auf die unterbliebene fristgerechte Feststellung eines unfallbedingten Dauerschadens zu berufen, sind nicht ersichtlich.

aa)

21 Der Beklagten ist es nicht versagt, sich gemäß § 186 Satz 2 VVG auf die unterbliebene fristgerechte Feststellung eines unfallbedingten Dauerschadens zu berufen. Ungeachtet der Tatsache, dass der Kläger bis zuletzt keine ausreichende ärztliche Feststellung vorgelegt hat und der sich daran anschließenden Frage, ob auch diese Anspruchsvoraussetzung im Rahmen des § 186 VVG durch entsprechende Feststellungen im Rechtsstreit ersetzt werden könnte (vgl. Senat, Urteil vom 18. Oktober 2023 - 5 U 41/23, RuS 2024, 371 m.w.N.), käme das allenfalls dann in Betracht, wenn die Beklagte den nach § 186 Satz 1 VVG bei Anzeige eines Versicherungsfalles gebotenen, in Textform zu erteilenden Hinweis auf vertragliche Anspruchs- und Fälligkeitsvoraussetzungen sowie einzuhaltende Fristen unterlassen hätte. Ein solcher Hinweis ist hier jedoch mit der an den - gemäß § 164 Abs. 3 BGB zum Empfang dieser Erklärung zumindest stillschweigend bevollmächtigten - Makler des Klägers gerichteten E-Mail vom 2. September 2020 erteilt worden. Diese unterrichtete den Kläger zutreffend über die von ihm zu beachtenden vertraglichen Anspruchsvoraussetzungen, wobei der Kläger mit der ihm zugleich angebotenen Verlängerung auf 18 Monate, die er stillschweigend angenommen hat, auch über die hier maßgebliche Frist zur ärztlichen Feststellung korrekt informiert wurde (vgl. OLG Naumburg, VersR 2023, 367, 372).

bb)

22 Die Berufung auf das Fehlen einer ärztlichen Feststellung der Invalidität ist der Beklagten auch nicht nach Treu und Glauben (§ 242 BGB) versagt. Nur in Ausnahmefällen ist es dem Versicherer verwehrt, sich auf eine Fristversäumnis zu berufen (BGH, Urteil vom 20. Juni 2012 - IV ZR 39/11, VersR 2012, 1113). Das kann der Fall sein, wenn der Versicherer trotz Fristablaufs den Versicherten veranlasst hat, sich umfangreichen Untersuchungen zur Feststellung der umstrittenen Invalidität zu unterziehen (BGH, Urteil vom 5. Juli 1995 - IV ZR 43/94, BGHZ 130, 171; Urteil vom 28. Juni 1978 - IV ZR 7/77, VersR 1978,

1036), oder wenn dem Versicherer bereits vor Fristablauf ein zusätzlicher Belehrungsbedarf des Versicherungsnehmers hinsichtlich der zu wahrenden Frist deutlich wird, er dies gleichwohl unterlässt und die ihm zugänglichen ärztlichen Unterlagen den Eintritt eines Dauerschadens als Unfallfolge nahelegten (vgl. BGH, Urteil vom 30. November 2005 - IV ZR 154/04, VersR 2006, 352; Urteil vom 22. Mai 2019 - IV ZR 73/18, VersR 2019, 931; Senat, Urteil vom 18. Oktober 2023 - 5 U 41/23, RuS 2024, 371). Allgemein handelt ein Versicherer treuwidrig, wenn er gegenüber dem Versicherungsnehmer zu erkennen gegeben hat, dass er auf die Einhaltung der Frist keinen Wert legt, und ihn deshalb davon abhält, rechtzeitig die erforderlichen Feststellungen treffen zu lassen (OLG Koblenz, RuS 2013, 89, bestätigt durch BGH, Urteil vom 20. Juni 2012 - IV ZR 39/11, VersR 2012, 1113; OLG Zweibrücken, RuS 2008, 125; Mangen, in: Beckmann/Matusche-Beckmann, Versicherungsrechts-Handbuch 3. Aufl., § 47 Rn. 171). Zu all dem ist hier nichts ersichtlich; insbesondere rechtfertigen die vom Kläger mit der Berufung vorgetragenen Umstände die Annahme eines treuwidrigen Verhaltens nicht:

(1)

23 Vergeblich wendet der Kläger ein, dass es „die Obliegenheit der Beklagten“ gewesen wäre, bei den in der Schadensanzeige benannten Ärzten eine entsprechende Invaliditätsfeststellung anzufordern. Das trifft schon grundsätzlich nicht zu; vielmehr ergibt sich - für den durchschnittlichen Versicherungsnehmer erkennbar - aus den Versicherungsbedingungen (Ziff. 2.1.1 AUB 2012), dass es sich bei der ärztlichen Feststellung der Invalidität um eine „Voraussetzung für die Leistung“ handelt, woraus der Versicherungsnehmer ohne weiteres schließen wird, dass diese von ihm selbst beigebracht werden muss. Davon ohne Anlass abzuweichen, wie es der Kläger zu fordern scheint, würde diese vertragliche Zuweisung in ihr Gegenteil verkehren und findet auch sonst keine Stütze in den hier verwendeten Bedingungen. Hinzu kommt, dass der Kläger durch den später erteilten Hinweis nach § 186 VVG erneut über diese Anspruchsvoraussetzungen unterrichtet worden ist und auch dadurch nochmals erkennen musste, dass es an ihm - und nicht an der Beklagten - lag, die zur Geltendmachung der Invaliditätsleistung erforderlichen Unterlagen und Erklärungen beizubringen.

(2)

24 Soweit der Kläger erstmals im zweiten Rechtszug vortragen lässt, er habe sich zwar darum bemüht, von den Ärzten Dr. G. und Dr. W. eine schriftliche Invaliditätsfestellung zu erhalten, beide Ärzte hätten ihm gegenüber aber ausgeführt, dass sie eine solche ärztliche Bestätigung ausschließlich auf Anforderung des Gerichts oder des Unfallversicherers erteilen, ist diese - von der Beklagten bestrittene - neue Behauptung nach § 531 Abs. 2 ZPO nicht zuzulassen. Ohnehin trägt der Kläger - worauf der Senat ihn im Verhandlungstermin aufmerksam gemacht hat - nicht konkret vor, wann er entsprechende Bemühungen gegenüber seinen Ärzten entfaltet haben will. Infolgedessen lässt sich nicht feststellen, dass dieses neue Vorbringen einen Gesichtspunkt betrifft, der vom Gericht des ersten Rechtszuges erkennbar übersehen oder für unerheblich gehalten wurde, oder dass dieses neue Vorbringen infolge eines Verfahrensmangels oder ohne, dass dies auf einer Nachlässigkeit des Klägers beruhte, im ersten Rechtszug nicht geltend gemacht worden ist. Dessen ungeachtet würde aber auch dieser neu vorgetragene Umstand - für den Fall seiner Zulassung und sofern er sich erweisen ließe - es der Beklagten nicht untersagen, den Kläger, der dies während der laufenden Fristen nicht offengelegt hatte, jetzt auf die fehlende ärztliche Feststellung zu verweisen. Insoweit wäre es nämlich zunächst einmal Sache des Klägers gewesen, die Beklagte vor Fristablauf von solchen Forderungen sei-

ner Ärzte in Kenntnis zu setzen, um ihr Gelegenheit zu geben, ein entsprechendes Verlangen zu äußern; soweit ihr das - wie hier - nicht ermöglicht wurde, kann ihr schon mangels entsprechender Kenntnis keine Untätigkeit zum Vorwurf gemacht werden. Im Übrigen lag in dem Hinweis vom 2. September 2020 (Anlage B 2) auf die Notwendigkeit einer schriftlichen Bescheinigung aber zugleich auch eine solche, nach den Umständen ausreichende Aufforderung der Beklagten, die der Kläger seinen Ärzten hätte vorlegen können; soweit das nicht geschehen ist, geht das mit ihm heim.

(3)

25 Andere Gründe, die die auf das Fehlen einer fristgemäßen ärztlichen Feststellung gestützten Weigerung der Beklagten hier ausnahmsweise als treuwidrig erscheinen lassen könnten, sind nicht ersichtlich, insbesondere gaben die während der laufenden Frist erkennbaren Umstände, namentlich das nach (bestrittener) Darstellung des Klägers zeitnah übersandte ärztliche Attest vom 28. Oktober 2020 (Anlage A6) der Beklagten keinen Anlass zu einem weiteren Hinweis auf die Notwendigkeit einer entsprechenden Bescheinigung. Deshalb scheidet ein Anspruch des Klägers auf Invaliditätsleistung von vornherein aus formalen Gründen aus, ungeachtet der - weiteren - Erwägung des Landgerichts, wonach dieser auch dessen weitere (materielle) Voraussetzungen nicht schlüssig dargetan habe, und musste die Klage deshalb sowohl hinsichtlich der geltend gemachten Hauptforderung, als auch in Ansehung der davon abhängigen Nebenforderungen auf Zinsen und Ersatz vorgerichtlicher Kosten insgesamt der Abweisung unterliegen.

3.

26 Die Kosten der mithin erfolglosen Berufung gegen das klagabweisende Urteil des Landgerichts hat gemäß § 97 Abs. 1 ZPO der Kläger zu tragen. Die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit folgt aus den §§ 708 Nr. 10, 711 ZPO.

27 Die Revision ist gemäß § 543 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und 2 ZPO nicht zuzulassen. Weder hat die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung noch erfordert die Fortbildung des Rechts oder die Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung eine Entscheidung des Revisionsgerichts.

28 Die Festsetzung des Streitwertes für das Berufungsverfahren beruht auf den §§ 3, 4 ZPO, §§ 47 Abs. 1, 48 Abs. 1 Satz 1 GKG.