

Titel:

Anforderungen an eine ärztliche Invaliditätsfeststellung

Normenkette:

AUB 95 § 7 Abs. 1

Leitsätze:

1. Die nach § 7 I (1) AUB 95 als Voraussetzung für den Anspruch auf Invaliditätsleistung geforderte ärztliche Invaliditätsfeststellung erfordert (auch) die Angabe eines konkreten, die Arbeitsfähigkeit des Versicherten beeinflussenden Dauerschadens (im Anschluss an BGH BeckRS 1995, 4724 zu § 8 II (1) AUB 61). Dem genügt eine ärztliche Stellungnahme, die die bloße Diagnose einer traumatischen Supraspinatussehnenruptur und einer Rippenserienfraktur des Versicherten sowie die anamnestische Beschreibung von Beschwerden im rechten Schultergelenk und Schmerzen enthält, nicht. (Rn. 16 und 17) (redaktioneller Leitsatz)

2. Dem Versicherer, der nach Vorlage eines den Anforderungen des § 7 I (1) AUB 95 nicht genügenden ärztlichen Attestes noch während der Invaliditätseintritts- und -feststellungsfrist einen Sachverständigen mit der Begutachtung des Versicherten beauftragt, ist es nicht verwehrt, sich später auf das Fehlen einer fristgerechten ärztlichen Invaliditätsfeststellung zu berufen (siehe aber OLG Koblenz BeckRS 2016, 17314 Rn. 27; OLG Karlsruhe BeckRS 2015, 4179 Rn. 24; OLG Saarbrücken BeckRS 2013, 11369). (Rn. 18) (redaktioneller Leitsatz)

Schlagworte:

Private Unfallversicherung, Invaliditätsentschädigung, Rotatorenmanschettenläsion, Supraspinatussehnenruptur, ärztliche Invaliditätsfeststellung

Fundstelle:

BeckRS 2019, 33767

Tenor

1. Die Klage wird abgewiesen.
2. Der Kläger hat die Kosten des Rechtsstreits zu tragen.
3. Das Urteil ist gegen Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des jeweils zu vollstreckenden Betrags vorläufig vollstreckbar.

Beschluss

Der Streitwert wird auf 17.895,22 € festgesetzt.

Tatbestand

1

Die Parteien streiten um Ansprüche aus einer privaten Unfallversicherung.

2

Der Kläger hat mit der Beklagten einen Vertrag über eine private Unfallversicherung abgeschlossen mit Wirkung ab 01.01.1995. Die Versicherungssumme für Unfallinvalidität beträgt 100.000,00 DM (51.129,19 EUR); es wurde außerdem eine progressive Invaliditätsstaffel (350 %) vereinbart. Dem Vertrag liegen die Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 95) zugrunde.

3

Am 10.04.2016 stürzte der Kläger auf der ... in ... mit seinem Rennrad. Im Anschluss wurde er zunächst im dortigen Hospital ... medizinisch versorgt und weiterhin in Deutschland ab dem 18.04.2016 im ... Klinikum Im ... Klinikum wurde eine Rotatorenmanschettenläsion rechtsseitig sowie eine traumatische Supraspinatussehnenruptur festgestellt. Auf die Anlagen K3, K4 und K5 (Arztbriefe des Klinikums ... vom

20.04.2018, vom 25.04.2018 und vom 27.04.2018) wird Bezug genommen. Ein von der Beklagten in Auftrag gegebenes Sachverständigengutachten vom 23.06.2016 hat festgestellt, dass nur Rippenbrüche als Unfallfolge gesichert seien; da sofort nach dem Unfall weder sofort auftretende Schmerzen noch eine Funktionslosigkeit des Armes festgestellt worden sei, sei von einer Anprallverletzung des Armes auszugehen. Mit Schriftsatz vom 28.06.2016 hat die Beklagte dem Kläger gegenüber erklärt, deshalb nur Ersatz für erlittene Rippenbrüche zu leisten, nicht jedoch für eine Sehnenverletzung der Schulter. Mit Schriftsatz vom 28.06.2017 hat der Kläger die Beklagte zur Leistung aufgefordert, was die Beklagte mit Schriftsatz vom 04.09.2017 abgelehnt hat.

4

Der Kläger trägt vor, dass er infolge des Fahrradunfalls nicht nur Rippenbrüche sondern auch eine Läsion der rechtsseitigen Rotatorenmanschette sowie einen Riss der Supraspinatussehne erlitten habe. Er habe direkt nach dem Unfall starke Schmerzen gehabt und auch eine Funktionslosigkeit des Armes sei unmittelbar nach dem Ereignis aufgetreten. Diese Anknüpfungstatsachen seien aufgrund vom Kläger nicht zu vertretender Umstände nicht ausreichend in dem erstversorgenden ... Krankenhaus dokumentiert worden. Der von der Beklagten beauftragte Gutachter habe ihn nicht persönlich untersucht. Der Fahrradunfall sei ursächlich für die diagnostizierte Schulterverletzung. Der Kläger habe vor dem Unfall anstrengende Radtouren in hügeligem Gelände unternommen, die er mit einer bereits vorliegenden Verletzung der Rotatorenmanschette nicht hätte machen können. Ihm sei eine Armhebung nur noch bis zu 60 Grad möglich, die Rotation des Arms sei nur eingeschränkt möglich, die Kraftausübung sei eingeschränkt und er leide unter ständigen Schmerzen.

5

Der Kläger meint, dass er aufgrund der unfallbedingt erlittenen Schäden ein Anspruch aus der privaten Unfallversicherung gegen die Beklagte habe. Die Funktionsstörung sei aufgrund dieser gesundheitlichen Einschränkungen mit 10/20 des Armwerts zu bemessen, was einer Summe von 17.895,22 EUR entspreche.

6

Die Beklagte hat eine Unfallkausalität für eine etwaige Dauerschädigung des Klägers bestritten und den Mangel einer fristgerechten ärztlichen Feststellung einer Invalidität gerügt. Der Kläger hat eingewandt, dass die Beklagte die vorgelegten ärztlichen Bescheinigungen des ... Klinikums akzeptiert und auf diese hin selbst eine Begutachtung in Auftrag gegeben habe. Der Kläger meint, dass sich die Beklagte deshalb nun nicht auf eine mangelnde ärztliche Feststellung der Invalidität innerhalb der vertraglichen Feststellungsfrist berufen könne. Im Übrigen würden die vorgelegten ärztlichen Bescheinigungen die inhaltlichen Anforderungen an eine Invaliditätsfeststellung erfüllen.

7

Der Kläger beantragt daher zuletzt:

Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger aus dem Versicherungsvertrag mit der Versicherungsnummer ... einen Betrag in Höhe von 17.895,22 EUR zu bezahlen.

Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger 1.431,80 EUR für außergerichtlich entstandene Rechtsanwaltskosten nebst Zinsen hieraus in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz zu bezahlen.

8

Die Beklagte beantragt zuletzt:

Klageabweisung.

9

Die Beklagte trägt vor, dass es bei dem Unfallereignis am 10.04.2016 zu keiner Erstkörpergesundheitsschädigung des Klägers gekommen sei, die zu irgendeiner Invalidität des Klägers geführt habe. Bei Verletzungen der Rotatorenmanschette würden häufig degenerative Vorschäden vorliegen, die die alleinige Ursache der Rotatorenmanschettenruptur seien. Degenerative Verschleißprozesse würden durch ein auslösendes Unfallmoment aktiviert. Die Beklagte bestreitet, dass der Unfall ursächlich für eine Dauerschädigung der Schulter sei; diese beruhe allein auf einer bis dato „stummen“ Vorschädigung, die durch den unfallbedingten Erstkörperschaden aktiviert worden sei.

10

Außerdem sei keine fristgerechte ärztliche Feststellung der Invalidität erfolgt.

11

Die Beklagte meint, dass der vom Kläger behauptete Invaliditätsgrad von 10/20 des Armwerts jeglicher medizinischer Grundlage entbehre.

12

Hinsichtlich des übrigen Parteivorbringens wird auf die gewechselten Schriftsätze sowie das Protokoll der mündlichen Verhandlung Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

13

Die Klage ist zulässig, jedoch unbegründet.

I.

14

Die Klage ist zulässig. Das Landgericht Regensburg ist gem. §§ 1 ZPO, 23 Nr. 1, 71 Abs. 1 GVG sachlich und gem. § 215 Abs. 1 VVG i.V.m. §§ 12, 13 ZPO örtlich zuständig.

II.

15

Die Klage ist jedoch unbegründet. Die vertragliche Invaliditätsfeststellungsfrist aus § 7 Abs. 1 AUB 95, nach der die Invalidität binnen 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten und binnen weiterer 3 Monate ärztlich festgestellt und gelten gemacht sein muss, wurde nicht eingehalten. Es mangelt an einer fristgemäßen, ärztlichen Feststellung.

16

Wie bereits im gerichtlichen Hinweis vom 11.07.2018 (Bl. 28) ausgeführt wurde die Frist zur ärztlichen Feststellung einer Invalidität nicht eingehalten. Insbesondere sind die nach ständiger, höchstrichterlicher Rechtsprechung zu stellenden Anforderungen an ärztliche Invaliditätsfeststellungen nicht gewahrt. Der BGH führt hierzu aus (BGH, Urteil v. 07.03.2007, IV - 137/06, NJW-RR 2007, 977):

„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 (Senat, NJW-RR 1988, NJW-RR Jahr 1988 Seite 601 = VersR 1988, VERSR Jahr 1988 Seite 286). Deshalb können nur die in der ärztlichen Invaliditätsfeststellung beschriebenen unfallbedingten Dauerschäden Grundlage des Anspruchs auf Invaliditätsentschädigung sein.

Daraus folgt: Erforderlich ist die Angabe eines konkreten, die Arbeitsfähigkeit des Versicherten beeinflussenden Dauerschadens (BGHZ 130, BGHZ Band 130 Seite 171 [BGHZ Band 130 Seite 178] = NJW 1995, NJW Jahr 1995 Seite 2854). Allein das wird den berechtigten Interessen des Versicherers gerecht, die dieser an der zeitnahen Klärung seiner Leistungspflicht hat. Nur einem Dauerschaden, zu dessen Ursache und Auswirkungen sich die Bescheinigung bereits verhält, kann der Versicherer nachgehen. Führt die ärztliche Bescheinigung hingegen einen Dauerschaden, auf den sich der Versicherungsnehmer später für seinen Anspruch auf Invaliditätsleistung beruft, noch gar nicht auf, kann der mit der Regelung in § AUB1995 § 7 AUB1995 § 7 Absatz I (1) Abs. AUB1995 § 7 Absatz 2 AUB 95 verfolgte Zweck nicht erreicht werden. Der Versicherer hat für diesen Fall keinen Anlass, den Sachverhalt weiter abzuklären, weil ihm der Dauerschaden, den der Versicherungsnehmer später geltend macht, durch die ärztliche Feststellung nicht bekannt wird. Umgekehrt kann der Versicherungsnehmer nicht davon ausgehen, dass eine ärztliche Bescheinigung, die (nur) einen bestimmten Dauerschaden benennt, ihn davon enthebt, einen weiteren, dort nicht aufgeführten Dauerschaden, der nach seiner Auffassung zusätzlich vorliegt, ärztlich feststellen zu lassen.“

17

Den vorgelegten Anlagen K3, K4 und K5, also den Arztbriefen des Klinikums ... lässt sich kein konkreter, die Arbeitsfähigkeit des Klägers beeinflussender Dauerschaden entnehmen. Es werden die Diagnosen traumatische Supraspinatussehnenruptur und Rippenserienfraktur gestellt. Ebenso werden anamnestisch Beschwerden im rechten Schultergelenk und Schmerzen beschrieben. Eine dauerhafte Einschränkung, die die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt, folgt hieraus keineswegs von selbst und wird auch nicht beschrieben.

18

Nichts anderes ergibt sich darauf, dass die Beklagte selbst nach Vorlage der ärztlichen Atteste des Klägers einen Sachverständigen mit der Begutachtung beauftragt hat. Zum einen hätte auch dieser eine Invalidität feststellen können, was für den Kläger vorteilhaft gewesen wäre. Zum anderen war zum Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens die Invaliditätseintritts- und -feststellungsfrist noch lange nicht abgelaufen. Dem Kläger war es ohnehin - aber insbesondere vor dem Hintergrund des für den Kläger nachteiligen Ergebnisses des Gutachtens - unbenommen, einen anderen Arzt aufzusuchen. Unter keinem Gesichtspunkt kann das Gericht im vorliegenden Fall erkennen, dass die Beklagte sich infolge der Beauftragung eines Gutachters zur Feststellung einer eventuellen Invalidität des Klägers an den den AUB nicht genügenden Arztbriefen festhalten lassen müsste. Ansonsten müsste man davon ausgehen, dass es dem Versicherer stets verwehrt wäre, ein Gutachten in Auftrag zu geben, falls der Versicherungsnehmer ohne Vorlage einer den AUB genügenden ärztlichen Bestätigung Leistungen wegen aus einer Unfallversicherung fordert, wenn er nicht zugleich auf diese vertraglich vereinbarte Anspruchsvoraussetzung verzichten wollte.

19

Daher hat der Kläger keinen Anspruch aus dem Versicherungsvertrag und der Antrag war zurückzuweisen.

III.

20

Mangels Bestehen der Hauptforderung waren auch die Nebenforderungen zurückzuweisen.

IV.

21

Der Festsetzung des Streitwerts folgt aus § 3 ZPO. Die Kostenentscheidung fußt auf § 91 ZPO, die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit auf § 709 ZPO.