

Titel:

Hinweispflichten des Unfallversicherers und treuwidriges Berufen auf eine Fristversäumnis

Normenketten:

VVG § 186

BGB § 242

Leitsätze:

1. Ein Hinweis des Unfallversicherers auf die Frist zur ärztlichen Invaliditätsfeststellung genügt den Anforderungen des § 186 VVG, wenn er klar und verständlich auf die Frist und deren Bedeutung für den Leistungsanspruch hinweist. (Rn. 11 – 12) (redaktioneller Leitsatz)
2. Eines Hinweises auf Entschuldigungsmöglichkeiten bei Fristversäumnis bedarf es nicht. (Rn. 14) (redaktioneller Leitsatz)
3. Das Berufen des Versicherers auf die Versäumnis der Invaliditätsfeststellungsfrist begründet keine Treuwidrigkeit iSv § 242 BGB, wenn der Unfallversicherer den Versicherungsnehmer mehrfach schriftlich auf die Notwendigkeit einer fristgerechten ärztlichen Invaliditätsfeststellung hinweist und keine Umstände vorliegen, die ein schutzwürdiges Vertrauen auf einen Fristverzicht rechtfertigen. (Rn. 19 – 21) (redaktioneller Leitsatz)
1. Ein Hinweis des Unfallversicherers auf die Frist zur ärztlichen Invaliditätsfeststellung genügt den Anforderungen des § 186 VVG, wenn er klar und verständlich auf die Frist und deren Bedeutung für den Leistungsanspruch hinweist. (Rn. 11 – 12) (redaktioneller Leitsatz)
2. Eines Hinweises auf Entschuldigungsmöglichkeiten bei Fristversäumnis bedarf es nicht. (Rn. 14) (redaktioneller Leitsatz)
3. Das Berufen des Versicherers auf die Versäumnis der Invaliditätsfeststellungsfrist begründet keine Treuwidrigkeit iSv § 242 BGB, wenn der Unfallversicherer den Versicherungsnehmer mehrfach schriftlich auf die Notwendigkeit einer fristgerechten ärztlichen Invaliditätsfeststellung hinweist und keine Umstände vorliegen, die ein schutzwürdiges Vertrauen auf einen Fristverzicht rechtfertigen. (Rn. 19 – 21) (Leitsätze der BeckRS-Redaktion) (redaktioneller Leitsatz)

Schlagworte:

Unfallversicherung, Invaliditätsleistung, Hinweispflicht, Treuwidrigkeit, Fristversäumnis, Schadenregulierung, Gleichbehandlungsgrundsatz, private Unfallversicherung, ärztliche Invaliditätsfeststellung

Vorinstanzen:

OLG München, Hinweisbeschluss vom 15.05.2026 – 25 U 2502/25 e

LG München II, Endurteil vom 04.07.2025 – 10 O 4704/23

Tenor

1. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Landgerichts München II vom 04.07.2025, Aktenzeichen 10 O 4704/23 Ver, wird zurückgewiesen.
2. Der Kläger hat die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen.
3. Das in Ziffer 1 genannte Urteil des Landgerichts München II ist ohne Sicherheitsleistung vorläufig vollstreckbar. Der Kläger kann die Vollstreckung abwenden durch Sicherheitsleistung oder Hinterlegung in Höhe von 110% des vollstreckbaren Betrages, wenn nicht die Beklagte vor der Vollstreckung Sicherheit in Höhe von 110% des jeweils zu vollstreckenden Betrages leistet.
4. Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 245.000,00 € festgesetzt.

Gründe

I.

Der Kläger unterhält bei der Beklagten eine private Unfallversicherung. Vereinbart sind „Mein ... Unfallschutz Start/Aktiv/Familie Versicherungsbedingungen KT2015U Stand 01.2016“ (fortan: KT2015U; Anlage K 2).

2

Am 8. April 2020 erlitt der Kläger einen Verkehrsunfall. Diesen zeigte er mit „UnfallSchadensanzeige“ vom 22. April 2020 (Anlage K 18) bei der Beklagten an. Von dieser erhielt er unter anderem Schreiben vom 6. Mai 2020 (Anlage B 1) und 10. August 2021 (Anlage K 20). Mit ausgefülltem Formular vom 9. Oktober 2021 (Anlage K 19) machte der Kläger den Eintritt einer unfallbedingten Invalidität geltend.

3

Mit Schreiben vom 21. Oktober 2022 (Anlage B 2) lehnte die Beklagte eine Invaliditätsleistung wegen Fristversäumung ab und erklärte unter anderem: „Wir verzichten einstweilen auf eine Prüfung der formellen Voraussetzungen eines etwaigen Invaliditätsanspruches. Im Falle eines Rechtsstreites behalten wir uns mögliche Einwendungen vor.“ Eine ärztliche Invaliditätsfeststellung erfolgte am 31. Januar 2023 (Anlage K 21). Mit Schreiben vom 6. September 2023 (Anlage K 24) lehnte die Beklagte erneut Leistungen aus der Unfallversicherung ab, weil kein unfallbedingter Dauerschaden nachgewiesen sei.

4

Der Kläger hat die Zahlung einer Kapitalleistung in Höhe von 245.000 € verlangt. Das Landgericht hat die Klage abgewiesen. Mit der Berufung verfolgt der Kläger sein Begehren weiter.

5

Der Kläger beantragt,

Das Urteil des Landgerichts München II vom 04.07.2025, Aktenzeichen 10 O 4704/23 Ver, wird abgeändert.

Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger 245.000,00 € nebst Zinsen hieraus in Höhe von 5%-Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 07.09.2023 zu bezahlen.

6

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

7

Auf die tatsächlichen Feststellungen im angefochtenen Urteil und die dort enthaltene Wiedergabe der erstinstanzlichen Anträge wird Bezug genommen. Wegen der Einzelheiten des Vorbringens im Berufungsverfahren wird auf die gewechselten Schriftsätze verwiesen.

II.

8

Die Berufung gegen das Urteil des Landgerichts München II vom 04.07.2025, Aktenzeichen 10 O 4704/23 Ver, ist gemäß § 522 Abs. 2 ZPO zurückzuweisen, weil nach einstimmiger Auffassung des Senats das Rechtsmittel offensichtlich keine Aussicht auf Erfolg hat, der Rechtssache auch keine grundsätzliche Bedeutung zukommt, weder die Fortbildung des Rechts noch die Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung eine Entscheidung des Berufungsgerichts erfordert und die Durchführung einer mündlichen Verhandlung über die Berufung nicht geboten ist.

9

1. Zur Begründung wird auf den vorausgegangenen Hinweis des Senats vom 15. Mai 2026 Bezug genommen. Auch die Ausführungen in der Gegenerklärung vom 19. Juni 2026 geben zu einer Änderung keinen Anlass.

10

a) Zur Hinweispflicht gemäß § 186 VVG (vgl. Gegenerklärung, S. 2 f unter C):

11

aa) Der Hinweis im Schreiben der Beklagten vom 6. Mai 2020 (Anlage B 1) entsprach den gesetzlichen Anforderungen des § 186 VVG. Der Senat verweist hierzu auf die Ausführungen in seinem Hinweis (S. 4 f unter II 2 c bb).

12

Die Gegenerklärung (S. 2 unter C I) bezeichnet das genannte Schreiben als „Leistungsschreiben zum Krankenhaustagegeld“. Dies verkürzt seinen Inhalt unzulässig. Das Schreiben betrifft insgesamt die Unfallversicherung. Nach kurzen allgemeinen Hinweisen zur Kontaktaufnahme folgt eine ebenfalls kurze Abrechnung des Krankenhaustagegelds, einer Leistungsart der unterhaltenen Unfallversicherung (vgl. Ziffer 3.5 KT2015U). Gleich im Anschluss geht das Schreiben auf „Leistungen für Invalidität“ ein, indem es heißt: „Sollten wegen des Unfalls Dauerschäden bleiben, können Sie Leistungen für Invalidität beanspruchen. Bitte beachten Sie folgende Fristen: ...“ Bei dieser Gestaltung kann keine Rede davon sein, der Versicherungsnehmer könne den Hinweis – wie die Gegenerklärung meint – nicht in zumutbarer Weise wahrnehmen. Er muss lediglich das kurze Schreiben vollständig lesen. Versteckt hat die Beklagte den Hinweis in keiner Weise.

13

Auch suggeriert der Hinweis nicht, ein beliebiges Attest genüge. Schon die Einleitung des Hinweises nennt als Voraussetzung für Invaliditätsleistungen, dass „wegen des Unfalls Dauerschäden bleiben“. Der Versicherungsnehmer wird aufgefordert, diese „Invalidität vom behandelnden Arzt bescheinigen“ zu lassen.

14

Zur Entbehrlichkeit eines Hinweises auf Entschuldigungsmöglichkeiten bleibt der Senat bei seiner Auffassung. Die Gegenerklärung zeigt hierzu keinen neuen Gesichtspunkt auf.

15

bb) Ebenso entsprach der Hinweis im Schreiben der Beklagten vom 10. August 2021 (Anlage K 20) den gesetzlichen Anforderungen. Der Senat verweist auch hierzu auf die Ausführungen in seinem Hinweis (S. 5 f unter II 2 c cc).

16

Darin hat der Senat begründet, warum der Hinweis der Beklagten dem durchschnittlichen Versicherungsnehmer vermittelt, dass die Fristwahrung eine Leistungsvoraussetzung ist; dies bedeutet umgekehrt zugleich, dass bei Nichtwahrung der Frist kein Leistungsanspruch besteht. Der Hinweis vermittelt auch, was der „Arzt ... schriftlich festgestellt haben“ muss, nämlich „dass ein Dauerschaden bleibt“ (sowie einleitend: „bleibt durch den Unfall eine dauerhafte körperliche oder geistige Beeinträchtigung“).

17

cc) Der von der Gegenerklärung (S. 3 unter C III) angeführten „strukturelle[n] Überforderung des Versicherungsnehmers“ trägt die Vorschrift des § 186 VVG Rechnung; zu darüber hinausgehenden Anforderungen an die Belehrung des Klägers gibt der Streitfall keinen Anlass.

18

Soweit die Gegenerklärung (aaO) offenbar davon ausgeht, die ärztliche Feststellung müsse „Kausalität, Dauerhaftigkeit, Gliedertaxe“ umfassen, ist zum Punkt „Gliedertaxe“ lediglich ergänzend anzumerken, dass sich die ärztliche Feststellung nicht abschließend zu einem bestimmten Invaliditätsgrad äußern muss (vgl. BGH, Urteil vom 7. März 2007 – IV ZR 137/06, VersR 2007, 1114 Rn. 10).

19

b) Zum Einwand des § 242 BGB (vgl. Gegenerklärung, S. 3 ff unter D): aa) Das Verhalten der Beklagten bis zum Ablauf der Invaliditätsfeststellungsfrist begründet aus den im Hinweis (S. 6-10 unter II 2 d bb) dargestellten Gründen keine Treuwidrigkeit.

20

Die Gegenerklärung (S. 3 f unter D I) meint, es habe einer klarstellenden Belehrung bedurft, weil dem Kläger seit Frühjahr 2020 deutlich gemacht worden sei, „dass die Beklagte selbst die medizinische Klärung übernehmen wolle“. Dies begründet die Gegenerklärung (aaO) unter Verweis auf die Schweigepflichtentbindung und eine „dichte telefonische Steuerung durch den Versicherer“; der Kläger habe annehmen dürfen, „die Fristen seien von der Beklagten ‚im Blick‘“.

21

Auch in der Zusammenschau erlauben die – schon im Hinweis erörterten – Umstände der Einholung einer Schweigepflichtentbindung und der vorgetragenen telefonischen Kontakte nicht den Schluss, die Beklagte

habe „selbst die medizinische Klärung übernehmen“ wollen. Die Beklagte hat den Kläger mehrfach schriftlich auf die Notwendigkeit einer von ihm fristgerecht beizubringenden ärztlichen Invaliditätsfeststellung hingewiesen und diese Hinweise auch telefonisch nicht zurückgenommen. Der Kläger durfte auch nicht etwa den Gesamtumständen entnehmen, eine von ihm beizubringende Invaliditätsfeststellung erübrige sich oder die Beklagte werde ihn vor Fristablauf nochmals – ein drittes Mal – auf die Notwendigkeit der Feststellung hinweisen. Der Gegenerklärung gelingt es nicht, einen konkreten Umstand aufzuzeigen, der beim Kläger ein entsprechendes, schützenswertes Vertrauen hätte rechtfertigen können. Sie zeigt keine neuen Gesichtspunkte auf gegenüber der schon im Hinweis besprochenen textlichen und fernmündlichen Korrespondenz.

22

Dies gilt auch für das Telefonat vom 18. November 2021. Dem behaupteten Umstand, dass hier über einen Vorschuss und die Komplexität der Sache gesprochen wurde, durfte der Kläger nicht entnehmen, dass es nur noch um den Grad der Invalidität gehe, und erst recht nicht, dass sich die von ihm beizubringende ärztliche Invaliditätsfeststellung erübrige. bb) Das Verhalten der Beklagten nach Ablauf der Invaliditätsfeststellungsfrist begründet aus den im Hinweis (S. 10-13 unter II 2 d cc) dargestellten Gründen keine Treuwidrigkeit.

23

Die Gegenerklärung (S. 4 f unter D II) meint, nach dem Schreiben der Beklagten vom 21. Oktober 2022 (Anlage B 2), wonach diese einstweilen auf die Prüfung der formellen Voraussetzungen verzichte, habe die Beklagte erneut einen ärztlichen Schlussbericht gefordert, weitere Krankenhaustagegelder „ohne Prüfung“ gezahlt und einen Vorschuss von 5.000 € auf die Invaliditätsleistung ausgekehrt. Für einen verständigen Versicherungsnehmer sei damit aus einem „Ob“ ein reines „Wie viel“ geworden. Zudem habe sich der Versicherer die gesamte medizinische Klärung auf seine Fahne geschrieben.

24

Das weitere Regulierungsverhalten nach dem Schreiben vom 21. Oktober 2022 ist mit dem im Schreiben angekündigten kulanzeweisen Vorgehen in vollem Umfang vereinbar und rechtfertigt kein schützenswertes Vertrauen darauf, die Beklagte werde sich nicht mehr auf den Fristablauf berufen. Insbesondere hat die Beklagte einen Anspruch auf Invaliditätsleistung weder dem Grunde nach anerkannt, noch kann der Kläger verlangen, gemäß § 242 BGB so behandelt zu werden, als läge ein Anerkenntnis dem Grunde nach vor. Nur ergänzend ist deshalb anzumerken, dass in der privaten Unfallversicherung der Versicherer selbst durch ein abgegebenes Anerkenntnis seiner Leistungspflicht nicht gebunden wäre (vgl. BGH, Urteil vom 24. März 1976 – IV ZR 222/74, BGHZ 66, 250).

25

Auch nach Ablauf der Invaliditätsfeststellungsfrist hat sich der beklagte Versicherer nicht „die gesamte medizinische Klärung auf seine Fahne geschrieben“. Der Gegenerklärung gelingt es nicht, einen konkreten Umstand aufzuzeigen, aus dem sich ergäbe, dass die Beklagte die medizinische Tatsachenaufklärung in einer Weise übernommen hätte, die es als treuwidrig erscheinen ließe, dass sie sich darauf beruft, der Kläger müsse nach den vereinbarten Versicherungsbedingungen die Invalidität ärztlich feststellen lassen.

26

cc) Auch unter Berücksichtigung der Abwicklung des Schadensfalls des mitversicherten Sohnes des Klägers (vgl. Gegenerklärung, S. 5 f unter D III) ist keine Treuwidrigkeit in Bezug auf den Fall des Klägers festzustellen. Der Senat verweist im Besonderen auf die Ausführungen hierzu in seinem Hinweis (S. 11 f unter II 2 d cc (2) (a)).

27

Der Senat hat berücksichtigt, dass beide Schäden in demselben Unfallversicherungsvertrag reguliert wurden und dass die Beklagte – durch denselben Sachbearbeiter – jeweils mit dem Kläger als Versicherungsnehmer kommunizierte. Gleichwohl konnte vom Kläger erwartet werden, dass er die Aussagen der Beklagten zu beiden Schadensfällen auseinanderhielt, auch wenn er sich parallel mit ihnen beschäftigte.

28

Nicht nachvollziehbar ist, was die Gegenerklärung (S. 5 drittlletzter Absatz) damit meint, dass „der Kläger in redlicher Betrachtung erwarten“ durfte, dass die großzügige Verlängerung formaler Fristen im Fall des

Sohnes „jedenfalls nicht zu seinem Nachteil umgekehrt wird“. Der Senat hat schon im Hinweis ausgeführt, dass der Kläger keine Umstände aufgezeigt hat, die einen Anspruch auf Gleichbehandlung – so ein solcher überhaupt denkbar wäre – begründen könnten.

29

Der Kläger argumentiert mit einem „Signal, dass die Beklagte Fristen nach Gutdünken relativiert und die formale Strenge gerade nicht zur Anspruchsvernichtung nutzt“. Dies zeigt keine neuen Gesichtspunkte auf; auf die obigen Ausführungen und den Hinweis wird Bezug genommen. Eine etwaige „Erwartung“ des Klägers, „dass auch bei ihm eine (geringfügige) Verspätung der ärztlichen Feststellung nicht zum Totalverlust führt“ (Gegenerklärung, S. 5 letzter Absatz), war nach alledem weder durch die Beklagte veranlasst noch schutzwürdig oder berechtigt.

30

2. Die Kostenentscheidung ergibt sich aus § 97 Abs. 1 ZPO. Die Entscheidung zur vorläufigen Vollstreckbarkeit beruht auf § 708 Nr. 10 Satz 2, § 709 Satz 2, § 711 ZPO.

31

Die Festsetzung des Berufungsstreitwerts beruht auf §§ 47, 48 GKG, § 3 ZPO.