

Gerhard Neumann
Rechtsanwalt und Notar
Markt 9 / beim Rathaus
(im Nordtor)
23812 Wahlstedt

Mit Empfangsbekanntnis!
Landgericht Kiel

Postfach
24114 Kiel

zugel. a. b. Oberlandesgericht Schleswig

Telefon : 04554 – 9936-0
Telefax : 04554 – 9936-20
e-mail:kanzlei@ra-notar-neumann.de
www.ra-notar-neumann.de
Bürozeiten :
Montag bis Freitag 8.00 – 13.00 u. 14.00 – 18.00
Mittwoch u. Freitagsnachmittags nach Vereinbarung

Aktenzeichen: [REDACTED]

Sachbearbeitung: Frau M. Neumann

Bei Antwort bitte angeben

St.-Nr. 1115760022

FA: Bad Segeberg

Datum: 19.09.2006

Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe und Klage

In Sachen

[REDACTED]

- Antragsteller -

Prozessbevollmächtigter:

Rechtsanwalt Gerhard Neumann, Markt 9, 23812 Wahlstedt

gegen

[REDACTED]

- Antragsgegnerin -

wegen: Forderung aus privater Unfallversicherung

Sparkasse
Südholstein
Zweigstelle Wahlstedt
Kto.-Nr. 85 029 141
(BLZ 230 510 33)

Vereins- u. Westbank
Segeberg
Kto.-Nr. 87 530 016
(BLZ 200 300 00)

Commerzbank AG
Filiale Wahlstedt
Kto.-Nr. 8 937 500
(BLZ 212 400 40)

Segeberger Volksbank
Zweigstelle Wahlstedt
Kto.-Nr. 77 11 22 00
(BLZ 212 900 16)

Postbank Hamburg
Hamburg
Kto.-Nr. 940 64-200
(BLZ 200 100 20)

Raiff.-Bank eG Leezen
Zweigstelle Wahlstedt
Kto.-Nr. 166 79 71
(BLZ 230 612 20)

zeige ich die Vertretung des Antragstellers an.

Namens und in Vollmacht
beantrage ich,

dem Antragsteller Prozesskostenhilfe unter Beiordnung von
Rechtsanwalt Neumann, Wahlstedt, zu den ortsüblichen
Bedingungen zu bewilligen.

Nach Bewilligung der Prozesskostenhilfe
werde ich beantragen,

1. die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger 25.153,37 Euro
nebst Zinsen in Höhe von 5%-Punkten über den jeweiligen
Basiszinssatz
- auf 5.331,36 Euro seit dem 07.06.2006
- auf 19.822,01 Euro seit dem 01.07.2006
zu zahlen.

2. Anträge gem. §§ 307, 331 Abs. 3 ZPO werden gestellt.

Begründung:

I.

Der Antragsteller ist aufgrund seiner persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse nicht in der Lage, die Kosten des Verfahrens aus eigenen Mitteln zu bestreiten. Es wird insoweit Bezug genommen auf die als Anlage beigefügte Erklärung über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse nebst Anlagen 1 - 9.

II.

Zur Sache:

1.

Der Antragsteller macht als Versicherungsnehmer restliche Forderungen - es handelt sich um restliche Zinsen und Rechtsanwaltskosten - aus einem privaten Unfallversicherungsvertrag mit der Antragsgegnerin geltend.

Die Ehefrau des Antragstellers - als versicherte Person - verunfallte am [REDACTED] schwer und ist seitdem querschnittsgelähmt.

Die Parteien schlossen einen privaten Unfallversicherungsvertrag mit nachfolgenden aufgeführten Vertragsgrundlagen:

- Versicherungsantrag vom [REDACTED] in Kopie (für das Gericht) - Anlage K 1 - /
- Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen in Kopie (f.d.Gericht) - Anlage K 2 - / (AUB 88 - Fassung 1.1.1995)
- Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (Modell [REDACTED] Staffel [REDACTED]) in Kopie (für das Gericht) - Anlage K 3 - /
- Besondere Bedingungen für die Mitversicherung der Kosten für kosmetische Operationen in der Unfallversicherung in Kopie

- Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Bergungs- und Rettungskosten in Kopie
- Unfallschutz-Zusage in Kopie (für das Gericht)
- Satzungsgemäße Gewinnbeteiligung in Kopie

- Anlage K 4 - /

Gem. Antrag vom _____ wurde der _____ -Tarif beantragt.

Gem. Versicherungsschein/Nachtrag gültig ab _____ Versicherungsschein
 Nr. _____ vom _____ wurden als versicherte Leistungen nach einem
 Unfall folgende Versicherungssummen vereinbart:

Invaliditäts-Grundsumme	60.809,00 Euro
Invaliditäts-Höchstleistung	304.045,00 Euro
kosmetische Operationskosten	37.026,00 Euro
Bergungs- und Rettungskosten	65.280,00 Euro
Unfall-Krankenhaustagegeld	23,46 Euro

**Beweis: Vorlage des Versicherungsscheins Nachtrag
 gültig ab _____ in Kopie (f.d.Gericht) - Anlage K 5 - /**

Der Unfallversicherungsvertrag begann am _____ - mittags 12.00 Uhr -
 Als Ablauf der Versicherung wurde der _____ - mittags 12.00 Uhr - vereinbart.

**Beweis: Vorlage des Versicherungsscheins vom _____
 in Kopie (f.d.Gericht) - Anlage K 6 - /**

Wie bereits vorgetragen, ist Versicherungsnehmer der Antragsteller.

Der Antragsteller versicherte u.a. die Ehefrau

Beweis: - wie vor -

2.

Das angerufene Gericht ist zuständig, da der private Unfallversicherungsvertrag
 am _____ im Hause des Antragstellers unterzeichnet und vom Vertreter der
 Antragsgegnerin, dem Zeugen _____, aufgenommen worden ist.

**Beweis: Zeugnis des _____
 (Vorname und Anschrift werden nachgereicht)**

**Zeugnis der Frau _____
 zu laden über den Antragsteller**

Im übrigen wird Bezug genommen auf § 16 der Allgemeinen Unfallversicherungsbe-
 dingungen.

3.

Die versicherte Person und Zeugin, Frau _____, verunfallte beim Reinigen von Dachrinnen. Sie stürzte durch eine Kunststoff-Lichtplatte auf eine Betondiele aus einer Höhe von ca 4,5 m.

Der Unfall ereignete sich am _____ Die Zeugin _____ wurde zunächst in das _____ gebracht und wurde noch am Unfalltage von dort in die neurochirurgische Abteilung des Diakonischen Krankenhauses Flensburg verlegt.

Die Diagnostik zeigte einen Austritt von Nervenwasser aus dem rechten Ohr, einen Bruch des Schädelknochens rechts, eine unfallbedingte Gehirnblutung und Schwellung der rechten Gehirnhälfte sowie einen epiduralen Bluterguss rechts frontal, eine Rippenserienfraktur links mit Pneumothorax und Hämathothorax, eine Berstung des 11. Brustwirbelkörpers, die als instabil angesehen wurde und zu einem Querschnittssyndrom führte.

Beweis: ärztlicher Bericht der
vom _____ an _____
in Kopie (f.d.Gericht)

- Anlage K 7 - /

Vorlage des ärztlichen Berichtes der
vom _____ an _____
in Kopie (f.d.Gericht)

- Anlage K 8 - /

Vorlage des ärztlichen Berichts vom
des _____
(f.d.Gericht)

an _____
in Kopie

- Anlage K 9 - /

Vorlage des Gutachtens der
vom _____ an _____
in Kopie (f.d.Gericht)

- Anlage K 10 - /

Vorlage des Gutachtens des
vom _____ an _____
in Kopie (f.d.Gericht)

- Anlage K 11 - /

Vorlage des Schreibens des
vom _____ an _____
in Kopie (f.d. Gericht)

- Anlage K 12 - /

4.

Mitarbeiter der Antragsgegnerin suchten den Antragsteller und dessen Ehefrau Mitte Oktober in dessen Haus in auf, nachdem der Antragsgegnerin über den Gesundheitszustand und die Dauerfolgen der Zeugin bereits die Gutachten des : vom , des : vom und der : vom vorlagen.

In dem Bestätigungsschreiben der Antragsgegnerin an die Zeugin vom heißt es u.a.:

*„ Sehr geehrte Frau ,
entsprechend den vertraglich getroffenen Vereinbarungen rechnen wir ab:*

*Unfallversicherungs-Nr.
Invaliditätsleistung
Vorschuss 20.000,00 Euro*

Somit ergibt sich eine Leistung von 20.000,00 Euro

*Die Gesamtleistung von 20.000,00 Euro wird auf das Konto
Kontoinhaber überwiesen.
Weitere Vorschussleistungen können wir nur gegen die Vorlage eines
ärztlichen Attestes auszahlen, das Aufschluss über die voraussichtlich
dauerhaft verbleibende Invalidität gibt.*

Wir bitten noch für den Hinweis um Verständnis, dass wir diese Zahlung unter den Vorbehalt der Rückzahlung stellen müssen, d.h. wir müssten auf eine Rückzahlung der heutigen Leistung ganz oder teilweise bestehen, falls Ihr tatsächlicher Invaliditätsanspruch niedriger sein sollte.....“

Beweis: Vorlage des Schreibens der

vom in Kopie (f.d.Gericht)

- Anlage K 13 - /

Die Antragsgegnerin wandte sich sodann mit weiterem Schreiben vom an die Zeugin , in dem es u.a. heißt:

*„ Sehr geehrte Frau
entsprechend den vertraglich getroffenen Vereinbarungen rechnen wir ab:*

*Unfallversicherungs-Nr.
Invaliditätsleistung
Vorschuss 25.000,00 Euro*

Somit ergibt sich eine Leistung von 25.000,00 Euro

*Die Gesamtleistung von 25.000,00 Euro wird auf das Konto
Kontoinhaber überwiesen.*

*Nachdem uns dieser Tage die Stellungnahme der Klinik
zugegangen ist, überweisen wir Ihnen einen
weiteren Vorschuss. Bitte, denken Sie daran, dass wir insoweit*

ein Rückforderungsanspruch haben, als der endgültige Invaliditätsgrad zu einer geringeren Leistung führen sollte.“

Beweis: Vorlage des Schreibens der
vom in Kopie (f.d.Gericht) - Anlage K 14 - /

Mit weiterem Schreiben vom rechnet die Antragsgegnerin das Unfallkrankenhaus-Tagegeld ab und führt weiter u.a. aus:

„Unsere Ermittlungen sind noch nicht abgeschlossen. Bitte haben Sie daher Verständnis, wenn diese Zahlung unter Vorbehalt erfolgt. Eine Entschädigungspflicht ist damit weder dem Grunde noch der Höhe nach anerkannt. Sie erhalten noch einen endgültigen Bescheid.

Bitte, beachten Sie, dass wir ausführliche ärztliche Berichte in den und im angefordert haben. Diese Berichte liegen uns noch nicht vor, so dass wir diese und alle weiteren Zahlungen vorerst unter Vorbehalt stellen müssen, bis unsere Ermittlungen abgeschlossen sind.“

Beweis: Vorlage des Schreibens der
vom in Kopie (f.d.Gericht) - Anlage K 15 - /

Im Juli/August wurde der Antragstellervertreter mit der Wahrnehmung der Interessen des Antragstellers und dessen Ehefrau beauftragt.

Beweis: Vorlage der Schreiben des RA Neumann an
die vom u.
in Kopie (f.d.Gericht) - Anlage K 16 - /
- Anlage K 17 - /

Die Antragsgegnerin wurde unter Fristsetzung bis zum bzw. aufgefordert, den Entschädigungsanspruch des Antragstellers dem Grunde nach anzuerkennen.

Beweis: - wie vor -

Die Antragsgegnerin wurde ferner mit vorgenannten Schreiben aufgefordert, auf der Grundlage einer vorläufigen Invalidität von 60 % eine Abschlagszahlung auf den Entschädigungsanspruch des Antragstellers unter Berücksichtigung der geleisteten Vorschüsse in Höhe von weiteren 45.000,00 Euro bis zum zu zahlen.

Beweis: - wie vor -

In vorgenanntem Anspruchsschreiben vom wurde der Antragsgegnerin ausdrücklich unter Bezugnahme auf das Gutachten der vom mitgeteilt:

„Unter Würdigung der bisherigen Entwicklung und der Schwere der Symptomatik muss von einer mittelfristig nur geringen rückläufigen gravierenden funktionellen Einschränkung weiterhin ausgegangen werden.

Aller Voraussicht nach wird ein erheblicher Teil der funktionellen Einschränkungen auf Dauer fortbestehen.

Die Störung entspricht auf neurologischem Gebiet einer unvollständigen Brustmarkschädigung mit Teillähmung beider Beine und Störungen der Blasen-Mastdarm-Funktion, der Invaliditätsgrad wird somit zwischen 60 und 80 % bemessen (nach Rauschelbach et.al.,2000).

Aufgrund der Ausprägung der Funktionseinschränkungen entspricht die Minderung der Erwerbsfähigkeit aus unserer Sicht mindestens 80 %.....

Bezüglich der weiteren Behandlungsmaßnahmen, der Prognose und der Minderung der Leistungsfähigkeit auf chirurgischem Gebiet kann eine gutachterliche chirurgische Beurteilung eingeholt werden, z.B. im

“

Beweis: Vorlage des Gutachtens der
vom (Anlage K 11)
Vorlage des RA-Schreibens vom (Anlage K 17)

Ferner wurde die Antragsgegnerin ausdrücklich auf das Gutachten der
vom zu Ziffer 10. hingewiesen:

„Bemerkungen:

Bitte, teilen sie uns völlig unverbindlich mit, in welchem Umfange (in %) voraussichtlich für dauernd eine Minderung der Leistungsfähigkeit (Invalidität) verbleiben wird.

Es ist uns klar, dass derzeit nur eine grobe Schätzung unter Berücksichtigung Ihrer Erfahrung möglich ist.

(handschriftlich) 100% „

Beweis: Vorlage des krankenhausesärztlichen Gutachtens
vom (Anlage K 7)

Zeugnis des Chefarztes
Zeugnis des Stationsarztes
Zeugnis des Oberarztes
- alle zu laden über

Mit Schreiben vom 17.08.2005 erkannte die Antragsgegnerin ihre Leistungspflicht dem Grunde nach an.

Beweis: Vorlage des Schreibens der Antragsgegnerin
vom in Kopie (f.d.Gericht) - Anlage K 18 - /

Bis zu diesem Zeitpunkt - hat die Antragsgegnerin ihre Leistungspflicht dem Grunde nach nicht anerkannt.

Des Weiteren hat die Antragsgegnerin unter Vorbehalt eine weitere Vorschusszahlung in Höhe von 10.000,00 Euro am gezahlt, angekündigt mit Schreiben vom

Beweis: - wie vor -

Weiter führt die Antragsgegnerin mit Schreiben vom u.a. aus:

„.....Was die Höhe der Invaliditätsleistung betrifft, so können wir diese nur zur Auszahlung bringen, wenn der Nachweis geführt ist, dass die Heilbehandlung abgeschlossen ist, § 11 Abs. 1 AUB 88. Erst dann kann naturgemäß der endgültige Umfang des eingetretenen Dauerschadens festgestellt werden. Dieser Nachweis wurde von Ihnen bis heute nicht geführt, so dass wir uns auf die am zwischen Ihrer Mandantschaft und unserem Außenregulierer getroffenen Vereinbarung berufen. Damals waren Ihre Mandanten damit einverstanden, dass das Gutachten 2 Jahre nach dem Unfall in Auftrag gegeben wird.....“

Beweis: - wie vor -

Richtig ist, dass die Außendienstmitarbeiter der Antragsgegnerin den Antragsteller und dessen Ehefrau in aufsuchten und auf diese dahingehend einwirkten, ihr Einverständnis dahingehend zu erteilen, eine nochmalige Begutachtung des Gesundheitszustandes der Verletzten 2 Jahre nach dem Unfallereignis vorzunehmen.

**Beweis: Zeugnis der Frau
Zeugnis der Außendienstmitarbeiter der Antragsgegnerin
- zu benennen durch die Antragsgegnerin -**

Weder dem Antragsteller noch seiner Ehefrau lagen zu diesem Zeitpunkt ärztliche Berichte und Gutachten vor, noch wurden diese darauf hingewiesen, welche Auswirkungen eine Vereinbarung dieses Inhalts hat.

**Beweis: Zeugnis der Frau .
Parteivernehmung des Antragstellers
Zeugnis der Mitarbeiter der Antragsgegnerin**

Auch die Erforderlichkeit der Einholung eines weiteren ärztlichen Gutachtens nach Ablauf von 2 Jahren ab dem Unfallereignis wurde seitens der Mitarbeiter der Antragsgegnerin weder mündlich noch schriftlich dargetan.

Beweis: - wie vor -

Auch hier fehlten dem Antragsteller und seiner Ehefrau die entsprechenden ärztlichen Stellungnahmen.

Beweis: - wie vor -

Erst nach Beauftragung des Antragstellervertreeters wurden diese Unterlagen (Vertragsunterlagen und ärztliche Berichte) durch die Antragsgegnerin mit Schreiben vom [] übersandt.

Beweis: Vorlage des Schreibens der [] vom [] in Kopie (f.d.Gericht)

- Anlage K 19 - /

5.

Bereits am [] stand fest, dass bei der versicherten Person und Ehefrau des Antragstellers eine 100%ige Invalidität unfallbedingt eingetreten war; der Einholung eines weiteren Sachverständigengutachtens nach Ablauf einer 2jährigen Frist - gerechnet vom Zeitpunkt des Unfallereignisses an - war weder erforderlich noch geboten.

Beweis: Zeugnis des Stationsarztes der []

Zeugnis des Oberarztes der []

Einholung eines SV-Gutachtens

Unter dem [] wurde dann das neurologische Gutachten in Auftrag gegeben und unter dem [] erstellt.

Beweis: - wie vor -

Des weiteren wurde im Auftrage der Antragsgegnerin am [] ein fachradiologisches Gutachten erstellt.

Beweis: Vorlage des fachradiologischen Gutachtens der [] vom []

in Kopie (f.d.Gericht) - Anlage K 20 -

Das unfallchirurgische Gutachten der [] datiert vom []

Beweis: Vorlage des unfallchirurgischen Gutachtens der [] vom []

in Kopie (f.d.Gericht) - Anlage K 21 - /

Der Antragsteller nimmt im übrigen Bezug auf den Inhalt der von ihm vorgelegten Gutachten. Sollte das Gericht diese Bezugnahme nicht für zulässig erachten, so bitte ich um entsprechenden richterlichen Hinweis.

Der Antragsteller wird dann schriftsätzlich vortragen.

Die Antragsgegnerin übersandte das unfallchirurgische Gutachten mit Schreiben vom _____ an den Antragstellervertreter.

Beweis: Vorlage des Schreibens der _____ vom _____ in Kopie (f.d.Gericht) - Anlage K 22 - /

Dort wird ausgeführt, dass es zu Überschneidungen mit den Ergebnissen des neurologischen Gutachtens gekommen sei.

Beweis. - wie vor -

Der begutachtende Arzt, _____, sei mit einer zusammenfassenden Stellungnahme beauftragt.

Beweis: - wie vor -

Die zusammenfassende Begutachtung erfolgte mit Gutachten vom _____

Beweis: Vorlage des Gutachtens der _____ vom _____ in Kopie (f.d.Gericht) - Anlage K 23 - /

In dem Gutachten vom _____ der _____ heißt es u.a.:

„ Nach Erhalt des neurologischen Gutachtens vom _____ von Herrn Prof. Dr. med. _____ teilen wir Ihnen ergänzend zu unserem Gutachten vom _____ das folgende mit:

Zu 1.:

Die Minderung der Gebrauchsfähigkeit des linken Beines ergibt sich in der Zusammenschau unserer Befunde sowie des neurologischen Gutachtens wie folgt:

Minderung der Gebrauchsfähigkeit

<i>vor dem Unfall:</i>	<i>0/10</i>
<i>zurzeit:</i>	<i>8/10</i>
<i>für dauernd:</i>	<i>8/10</i>

zu 2.:

Die Minderung der Gebrauchsfähigkeit des rechten Beines ergibt sich in der Zusammenschau unserer Befunde sowie des neurologischen Gutachtens wie folgt:

Minderung der Gebrauchsfähigkeit

vor dem Unfall: 0/10
zurzeit: 8/10
für dauernd: 8/10

Zu 3:

Die Minderung der normalen körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit ohne Berücksichtigung der Beine also ausschließlich aufgrund der BWK-Berstungsfraktur ergibt sich wie folgt:

Minderung der Leistungsfähigkeit

vor dem Unfall: 0 %
zurzeit: 50 %
für dauernd: 50 %

Wie in den Ausführungen von Prof. Dr. med. und unserem Gutachten erläutert, ist eine Besserung der jetzt erhobenen Befunde nicht ausgeschlossen. Wir schließen uns daher der Meinung des neurologischen Gutachters an und empfehlen eine erneute Begutachtung nach dem Ablauf von drei Jahren.“

Beweis: - wie vor -

6.

Mit Anspruchsschreiben vom wurde die Antragsgegnerin unter Fristsetzung bis zum aufgefordert, eine weitere Zahlung in Höhe von 100.000,00 Euro zu zahlen.

Beweis: Vorlage des Anspruchsschreibens des Antragstellervertreters an die Antragsgegnerin vom in Kopie (f.d.Gericht)

- Anlage K 24 - /

Die Antragsgegnerin zahlte daraufhin einen weiteren Betrag zum in Höhe von 30.000,00 Euro.

Beweis: Vorlage des Schreibens der Antragsgegnerin vom in Kopie (f.d.Gericht)

- Anlage K 25 - /

Im vorgenannten Schreiben heißt es u.a.:

„Ihre Mandantschaft hat Anspruch auf Zahlung eines angemessenen Vorschusses. Die Höhe dieses Vorschusses kann sich dabei nicht an der höchst möglichen Invaliditätsleistung orientieren, sondern an der Leistung, die mindestens zur Auszahlung kommt. Bei der Festsetzung dieser Vorschussleistung haben wir uns an einem

Mindesinvaliditätsgrad von 50 % orientiert, der sich bei dem vereinbarten Progressionsmodell 500 auf 150 % erhöht. Es kommt damit eine Mindestinvaliditätsleistung von 91.214,00 Euro zur Auszahlung.

Da wir bereits Vorschussleistungen in Höhe von 55.000,00 Euro erbracht haben, ist eine weitere Vorauszahlung in Höhe von 30.000,00 Euro angemessen, die wir, falls sich wider Erwarten eine niedrigere Invaliditätsleistung ergeben sollte, ebenfalls unter einem Rückforderungsvorbehalt stellen müssen.“

Beweis: - wie vor -

Mit Schreiben der _____ vom _____ rechnet diese den Unfallversicherungsvertrag wie folgt ab:

„Sehr geehrter Herr Rechtsanwalt,

entsprechend den vertraglich getroffenen Vereinbarungen rechnen wir ab:

Unfallversicherungs-Nr. 21.90290162

Invaliditätsleistung:

Versicherungssumme: 60.809,00 Euro

Zustand nach Wirbelkörperverletzungen 100% = 60.809,00 Euro

Gesamtinvaliditätsgrad 100% = 60.809,00 Euro

*Aufgrund der vereinbarten Progression erhöht 500 % = 304.045,00 Euro
abzüglich Vorschuss bzw. bereits gezahlt ./ 85.000,00 Euro*

*Erstattungsbetrag 219.050,00 Euro
Somit ergibt sich eine Leistung von: 219.050,00 Euro*

*Die Gesamtleistung von 219.050,00 Euro wird auf das Konto.....
Konto-Inhaber Gerhard Neumann überwiesen.....“*

**Beweis: Vorlag des Abrechnungsschreibens der
Antragsgegnerin vom _____ in Kopie (f.d.Gericht)**

- Anlage K 26 - /

Die Antragsgegnerin rechnete das Versicherungsvertragsverhältnis auf der Grundlage einer 100%igen Invalidität ab und zahlte unter Berücksichtigung der erbrachten Vorschüsse einen Restbetrag in Höhe von 219.050,00 Euro aus.

Beweis: - wie vor -

7.

Mit Anspruchsschreiben vom 24.05.2006 macht der Antragsteller Verzinsungsansprüche gem. § 11 IV der AUB 88 geltend.

Die Antragsgegnerin hat in der Übersicht folgende Vorschussleistungen erbracht:

20.000,00 Euro
25.000,00 Euro
10.000,00 Euro
30.000,00 Euro

Zahlung Restsumme

219.050,00 Euro

Ein Verzinsungsanspruch des Antragstellers gem. § 11 IV AUB 88 hängt davon ab, dass der Grad der Invalidität zum einen bereits ärztlich bemessen worden ist und die Antragsgegnerin als Versicherer die Erklärung nach § 11 Abs. 1 abgegeben hat.

Letztlich muss die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung als die bereits erbrachte ergeben.

Etwas anderes gilt dann, wenn die Antragsgegnerin pflichtwidrig eine Erklärung nach § 11 Abs. 1 nicht abgibt. Es ist dann Fälligkeit eingetreten und ein Verzinsungsanspruch begründet.

Wie vorstehend dargelegt und unter Beweis gestellt, haben die
in ihrem ärztlichen Bericht vom gegenüber der
Antragsgegnerin den Grad der Invalidität der Versicherten bemessen.

Unter der bereits zitierten Ziffer 10. des Arztberichtes vom . wird die Invalidität auf Dauer mit 100 % durch den Chefarzt, dem Oberarzt sowie dem Stationsarzt, angegeben.

Beweis: Vorlage des Arztberichtes vom (Anlage K 7)

Zum Beweis dafür, dass zu diesem Zeitpunkt - - bereits eine 100%ige Invalidität auf Dauer bestand, bezieht sich der Antragsteller

auf das Zeugnis der Ärzte - alle zu laden über

**Chefarzt
Oberarzt
Stationsarztes**

Einholung eines SV-Gutachtens.

Der Arztbericht der vom ging der
Antragsgegnerin am gem. Eingangsstempel zu.

Beweis: - wie vor -

Aufgrund der Feststellungen in dem ärztlichen Bericht der vom war die Antragsgegnerin verpflichtet, eine Erklärung nach § 11 Abs. 1 AUB abzugeben.

Die notwendigen Feststellungen für die vorläufige Entscheidung nach AUB 88, § 11, Abs. 1, waren damit abgeschlossen und es tritt damit die Fälligkeit der Versicherungsleistung ein (OLG Düsseldorf, Urt. v. 19.09.2000, Az: 4 U 173/1999 RuS 2001, 524, im Anschluss an BGH, Urt. v. 22.03.2000, Az: IV XR 233/1999; NJW 2000, S. 2021 ff).

Die Antragsgegnerin war gehalten, nach Zugang des Gutachtens der vom die Erklärung nach § 11, Abs. 1 AUB 88 abzugeben, ob und in welcher Höhe sie als Versicherer den Anspruch anerkenne.

Die Antragsgegnerin hat sich über dieses s.g. Anerkenntnisgebot hinweggesetzt, in dem sie dem Antragsteller unangemessene niedrige Vorschusszahlungen geleistet hat.

Die Antragsgegnerin hat sich in einem solchen Fall so behandeln zu lassen, als habe sie sich bedingungskonform verhalten.

Die dem Antragsteller zustehende Invaliditätsentschädigung ist dann ab dem Zeitpunkt der am in Höhe von 20.000,00 Euro geleisteten Vorschusszahlung mit 5 % zu verzinsen.

Der Höhe nach errechnet sich der Zinsanspruch des Antragstellers gem. anliegender Forderungsaufstellung (f.d.Gericht)

- Anlage K 27 - /

Der Zinsanspruch ist berechnet für den Zeitraum bis

Die Geltendmachung weiterer Ansprüche bleibt vorbehalten.

8.

Der Antragsteller macht ferner Rechtsanwaltskosten für die Vertretung der Interessen des Antragstellers und der versicherten Person gegenüber der Antragsgegnerin unter jedem rechtlichen Gesichtspunkt geltend.

Als Anspruchsgrundlagen sind sowohl pVv als auch die Vorschriften der §§ 286 ff BGB heranzuziehen.

Aufgrund des dargestellten Sachverhalts besteht ein Anspruch des Antragstellers auf Erstattung außergerichtlicher Anwaltskosten zwecks Durchsetzung der Versicherungsleistungen auch gem. § 826 BGB.

Der aufgezeigte Sachverhalt ist in die Fallgruppe der „treuwidrigen Irreleitung durch Fehlinformation“ einzuordnen (s.Münch. Komm./Mertens, vor Randziffer 175).

Das Verhalten der Mitarbeiter der Antragsgegnerin angesichts des tragischen und gravierenden Unfallereignisses erfüllt die Anforderungen gem. § 826 BGB.

Das Verhalten der Mitarbeiter der Antragsgegnerin ist als sittenwidrige Berufspflichtverletzung zu würdigen. So fehlte jeder Hinweis, dass der Antragsteller zunächst anwaltlichen Rat in Anspruch nimmt, bevor eine - wie die Antragsgegnerin behauptet - Vereinbarung über die Abwicklung des Unfallversicherungsverhältnisses erfolgt.

**Beweis: Zeugnis der Frau
Parteivernehmung des Antragstellers
Zeugnis der Mitarbeiter der Antragsgegnerin**

Bei einem entsprechenden Hinweis hätte der Antragsteller zunächst anwaltliche Hilfe in Anspruch genommen.

**Beweis: Zeugnis der Frau
Parteivernehmung des Antragstellers**

Es war in der Tat so, dass der Antragsteller sowie seine verletzte Ehefrau ihr uneingeschränktes Vertrauen gegenüber den Mitarbeitern der Antragsgegnerin entgegengebracht haben.

Beweis: - wie vor -

In diesem Zusammenhang ist insbesondere auffallend, dass Einzelheiten der Vereinbarung zwischen dem Antragsteller, der Versicherten und den Mitarbeitern der Antragsgegnerin in schriftlicher Form nicht abgefasst ist; zumindest liegt dem Antragsteller, seiner Ehefrau und dem Unterzeichnenden weder ein Bestätigungsschreiben noch eine von beiden Seiten unterzeichnete Vereinbarung vor.

Beweis: - wie vor -

Der Höhe nach errechnet sich der Anspruch wie folgt:

Wert: 304.000,00 Euro	
2,0 Geschäftsgebühr gem. Nr. 2400 VV RVG	4.576,00 Euro
Auslagenpauschale gem. Nr. 7002 VV RVG	20,00 Euro
Nettobetrag	4.596,00 Euro
16 % Umsatzsteuer gem. Nr. 7008 VV RVG	735,36 Euro
Gesamtbetrag:	5.331,36 Euro

**Beweis: Vorlage der Kostenrechnung vom
in Kopie (f.d.Gericht)**

- Anlage K 28 - /

Die Antragsgegnerin wurde letztmalig mit Schriftsatz vom _____ unter
Fristsetzung bis zum _____ aufgefordert, Zahlung zu leisten.

Beweis: Vorlage des Anspruchsschreibens der

RA Neumann vom _____ in Kopie (f.d.Gericht) - Anlage K 29 - /

Die Antragsgegnerin hat die Ansprüche zurückgewiesen, so dass die Inanspruchnahme gerichtlicher Hilfe geboten ist.

Auch eine letztmalige Geltendmachung mit Schreiben vom _____
unter Fristsetzung bis zum _____ verlief ergebnislos, wobei der
Antragsteller ausdrücklich darauf hinweisen ließ, dass die Bereitschaft
zur einer einvernehmlichen Regelung bestehe.

Beweis: Vorlage des Schreibens des RA Neumann vom

_____ in Kopie (f.d.Gericht)

- Anlage K 30 - /

Die Antragsgegnerin hat die geltend gemachten Ansprüche als
unbegründet zurückgewiesen.

HT

Zur Rechtslage:

Eine Erklärung des Versicherers gem. § 11 Abs. 1 AUB 88 muss substantiiert begründet sein, so dass der Versicherte in der Lage ist, die tatsächlichen, medizinischen und rechtlichen Voraussetzungen der anerkannten oder abgelehnten Leistungspflicht genau zu prüfen und nachzuvollziehen und sie gegebenenfalls als Grundlage für die Anrufung des ordentlichen Gerichts verwenden kann (s. Grimm/Unfallversicherung, 4. Aufl. 2006, S. 328, RdNr 5 m.w.N.).

Medizinische Gutachten muss der Versicherer dem VN zugänglich machen.

Die Erklärung bedarf keiner vorgeschriebenen Form, wird aber schon aus Beweisgründen üblicherweise schriftlich abgegeben (Grimm w.o.).

Gibt der Versicherer nach Vorlage der erforderlichen Unterlagen keine Erklärung zu seiner Leistungspflicht ab, dann steht dies, auch wenn Vorschüsse gezahlt werden, einer Ablehnung gleich. Damit sind die Invaliditätsleistungen fällig und verlangt die Klageerhebung i.S.d. § 93 ZPO (Grimm w.o.; OLG Hamm, VersR 99, 436).

Die Fristen beginnen, sobald dem Versicherer die Unterlagen zugegangen sind, die der Anspruchserhebende zum Nachweis des Unfallherganges und der Unfallfolgen sowie über den Abschluss des für die Bemessung der Invalidität notwendigen Heilverfahrens beizubringen hat. Die Fristen beginnen - unabhängig davon, wer die Unterlagen eingeholt hat.

Notwendige Erhebungen sind solche, die ein durchschnittlich sorgfältiger Versicherer durchführen muss, um sich über seine Eintrittspflicht klar werden zu können (OLG Karlsruhe r+s 93, 443; Grimm m.w.N., Seite 328, RdNr 6.)

Welche Unterlagen der Anspruchserhebende zum Unfallhergang und der Unfallfolgen beizubringen hat, ergibt sich aus § 9 AUB 88/94. Zunächst hat er den Versicherungsfall unverzüglich anzuzeigen, anschließend eine formularmäßige Schadenanzeige zu erstatten und alle vom Versicherer verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen.

Er hat ferner auf Verlangen des Versicherers ärztliche Berichte beizubringen. Außerdem hat er dem Verlangen des Versicherers nach ärztlicher Untersuchung und Begutachtung zu folgen, wenn dies zur Feststellung der Unfallfolgen notwendig ist.

Für die Erklärung über die Anerkennung einer Invaliditätsleistung ist nicht der Abschluss des Heilverfahrens, sondern der Abschluss des für die Feststellung der Invalidität notwendigen Heilverfahrens erforderlich.

Das Heilverfahren braucht nur insoweit beendet zu sein, als es zur Feststellung von dauernden Unfallfolgen nötig ist (s. Grimm S. 329, RdNr 7 m.w.N.).

Beglaubigte und einfache Abschrift anbei.

Neumann / Rechtsanwalt

Ausfertigung

6 O 361/06

Verkündet am:
6. Juli 2007
Schlosser
Justizangestellte
als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle



LANDGERICHT KIEL

URTEIL

IM NAMEN DES VOLKES

In dem Rechtsstreit

des

- Prozessbevollmächtigter: Rechtsanwalt Gerhard Neumann, 23812 Wahlstedt -

- Kläger -

gegen

- Prozessbevollmächtigte:

- Beklagte -

hat die 6. Zivilkammer des Landgerichts Kiel
auf die mündliche Verhandlung vom 14. Juni 2007
durch den Richter am Landgericht Dr. Jaggi als Einzelrichter

für R e c h t erkannt:

Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger 25.153,37 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz auf 5.331,36 € seit dem 7. Juni 2006 zu zahlen.

Im übrigen wird die Klage abgewiesen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits.

Das Urteil ist gegen Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des jeweils zu vollstreckenden Betrages vorläufig vollstreckbar.

T a t b e s t a n d

Der Kläger ist Versicherungsnehmer eines privaten Unfallversicherungsvertrages mit der Beklagten, Versicherte dieses Vertrages ist die Ehefrau des Klägers, Frau . Dem Versicherungsvertrag liegen der Versicherungsantrag vom , die Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 88 in der Fassung vom 1.1.1995; im Weiteren: AUB 88), die besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (Modell 500, Staffel II) sowie der Versicherungsschein vom zugrunde. Danach waren u. a. eine Invaliditätsgrundsumme in Höhe von 60.809,00 € sowie eine Invaliditätshöchstleistung bei Invalidität i.H.v. 100% in Höhe von 304.045,00 € vereinbart. Die Versicherte erlitt am beim Reinigen von Dachrinnen einen Unfall, der bei ihr eine Querschnittslähmung verursachte. Frau wurde nach dem Unfall zunächst in das I in gebracht und noch am Unfalltage von dort in die neurochirurgische Abteilung des . in Die Diagnostik zeigte einen Austritt von Nervenwasser aus dem rechten Ohr, einen Bruch des Schädelknochens rechts, eine unfallbedingte Gehirnblutung und Schwellung der rechten Gehirnhälfte, einen epiduralen Bluterguss rechts frontal, eine Rippenserienfraktur links mit Pneumothorax und Hämatothorax, eine Berstung des 11. Brustwirbelkörpers, die als instabil angesehen wurde und zu einem Querschnittssyndrom führte. Der Beklagten gingen ärztliche Berichte über

unfallbedingte stationäre Behandlungen der Versicherten zu, und zwar von der
ein Bericht vom , von der ein Bericht
vom und vom in
ein Bericht von. Mit Schreiben vom wandte sich die
Beklagte an die Versicherte und rechnete für Invaliditätsleistungen aus dem Unfallversi-
cherungsvertrag einen Vorschuss in Höhe von 20.000,00 € ab. In diesem Schreiben wur-
den weitere Vorschussleistungen von der Vorlage eines ärztlichen Attestes abhängig ge-
macht, das Aufschluss über die voraussichtlich dauerhaft verbleibende Invalidität gibt. Mit
Datum vom erstellte Dr. med. ; Arzt für Neurologie
und Psychiatrie der , ein Gutachten zur Frage der voraussicht-
lich verbleibenden Mindestinvalidität der Versicherten, in dem er zusammenfassend zu
dem Ergebnis gelangte, dass von einer mittelfristig nur gering rückläufigen gravierenden
funktionellen Einschränkung bei der Versicherten weiterhin ausgegangen werden müsse.
Aller Voraussicht nach werde ein erheblicher Teil der funktionellen Einschränkungen auf
Dauer fortbestehen. Die Störung entspreche auf neurologischem Gebiet einer unvollstän-
digen Brustmarkschädigung mit Teillähmung beider Beine und Störungen der Blasen-
Mastdarm-Funktion. Der Invaliditätsgrad werde somit zwischen 60 und 80 % bemessen.
Mit Schreiben vom : teilte die Beklagte der Versicherten mit, dass ein
weiterer Vorschuss in Höhe von 25.000,00 € als Invaliditätsleistung aus der Unfallversi-
cherung gezahlt werde. Dieser Vorschuss wurde unter Bezugnahme auf die Stellungnah-
me der angekündigt. Auch in diesem Schreiben wies die Beklagte
darauf hin, dass sie einen Rückforderungsanspruch habe, soweit der endgültige Invalidi-
tätsgrad zu einer geringeren Leistung führen sollte. Mit Schreiben vom und
forderte der Kläger die Beklagte unter Fristsetzung bis zum
bzw. auf, den Entschädigungsanspruch des Klägers dem Grunde nach
anzuerkennen. Darüber hinaus wurde die Beklagte aufgefordert, auf der Grundlage einer
vorläufigen Invalidität von 60 % eine Abschlagszahlung auf den Entschädigungsanspruch
des Klägers unter Berücksichtigung der geleisteten Vorschüsse in Höhe von weiteren
45.000,00 € bis zum zu zahlen. Mit Schreiben vom , er-
kannte die Beklagte ihre Leistungspflicht das erste mal dem Grunde nach an. Am
zahlte die Beklagte an den Kläger einen weiteren Vorschuss in Höhe von
10.000,00 €. In einem Schreiben vom , mit dem diese weitere Vorschuss-
zahlung angekündigt worden war, wies die Beklagte darauf hin, dass sie die Invaliditäts-
leistung nur zur Auszahlung bringen könne, wenn der Nachweis geführt sei, dass die Heil-

behandlung abgeschlossen sei (§ 11 Abs. 1 AUB 88). Erst dann könne naturgemäß der endgültige Umfang des eingetretenen Dauerschadens festgestellt werden. Dieser Nachweis sei bis dato vom Kläger nicht geführt, so dass die Beklagte sich auf den am

zwischen den Parteien vereinbarten Grundsatz berufe, wonach der Kläger und die Versicherte damit einverstanden waren, dass das Gutachten zwei Jahre nach dem Unfall in Auftrag gegeben werde. Mit Schreiben vom [] übersandte der Kläger der Beklagten ein Attest der [], aus dem hervorgeht, dass ein abschließendes Gutachten mit Ablauf [] sinnvoll sei. Die Beklagte erteilte dem [] und zwar der Klinik für Unfallchirurgie und der Klinik für Neurologie mit Schreiben vom [] die Gutachtenaufträge. Das neurologische Gutachten wurde am [] der orthopädische Teil des Gutachtens wurde am [] eine Ergänzung hierzu am [] erstellt. Am [] zahlte die Beklagte weitere 30.000,00 €, um am [] eine Zahlung in Höhe von 219.050,00 € unter Anerkennung einer 100 %igen Invalidität der Versicherten an den Kläger zu zahlen.

Der Kläger ist der Ansicht, es ergebe sich bereits aus dem ärztlichen Bericht des [] vom [] der bei der Beklagten am [] einging, dass die Versicherte voraussichtlich dauerhaft zu 100 % invalide sei. Hieraus resultiere die Pflicht der Beklagten, die Erklärung gemäß § 11 Abs. 1 AUB abzugeben. Gemäß § 11 Abs. 4 AUB befinde sich die Beklagte daher seit dem [] mit der Leistung der Versicherungssumme in Verzug. Darüber hinaus ist der Kläger der Ansicht, die Beklagte schulde ihm Ersatz vorgerichtlicher Rechtsanwaltskosten in Höhe von 5.331,36 € wegen einer Vertragspflichtverletzung. Die Beklagte hätte den Kläger darauf hinweisen müssen, dass dieser sich vor Abschluss einer Vereinbarung über die Abwicklung der Versicherungsleistung rechtsanwaltschaftlich beraten lassen sollte.

Der Kläger beantragt daher,

die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger 25.153,37 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz auf 5.331,36 € seit dem 7. Juni 2006 und auf 19.822,01 € seit dem 1. Juli 2006 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie ist der Ansicht, der Beklagten fehle die Passivlegitimation. Verklagt worden sei die , während der Versicherungsvertrag mit der geschlossen worden sei. Eine Rubrumsberichtigung sei insoweit nicht ausreichend. Die Beklagte meint darüber hinaus, § 11 Abs. 4 AUB sei mangels einer entsprechenden Vereinbarung zwischen den Parteien nicht anwendbar. Die Beklagte ist weiterhin der Ansicht, mit der Zahlung der Versicherungsleistung nicht in Verzug gekommen zu sein, da erst mit dem Gutachten des vom der endgültige Invaliditätsgrad habe beurteilt werden können. Der Bericht der vom habe lediglich eine vorläufige Einschätzung wiedergegeben. Darüber hinaus sei auch deswegen kein Verzug eingetreten, weil die Beklagte vom Kläger nicht gemahnt worden sei. Schließlich hätten die Parteien vereinbart, dass erst nach Ablauf des zweiten Unfalljahres ein endgültiges Invaliditätsgutachten in Auftrag gegeben werden solle.

Wegen weiterer Einzelheiten des Parteivorbringens wird auf den vorgetragenen Inhalt der gewechselten Schriftsätze Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die zulässige Klage ist nahezu vollständig begründet.

Der Kläger hat die i und damit die richtige Partei verklagt. Lediglich im Prozesskostenhilfverfahren hatte er seinen Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe, der gleichzeitig die Klage darstellte, gegen die gerichtet. Diesen Fehler hat der Kläger noch im Prozesskostenhilfverfahren bemerkt und mit Antrag vom eine Rubrumsberichtigung dahingehend beantragt und bewirkt, dass die richtige Beklagte die sei. Nachdem der Kläger durch Beschluss des Landgerichts Kiel am 14. Februar 2007 Prozesskostenhilfe erhielt, wurde zwar die Klagschrift in der Fassung vom 19. September 2006, also mit der zunächst unrichtigen Parteibezeichnung, zugestellt. Zu diesem Zeit-

punkt war jedoch aufgrund der beantragten Rubrumsberichtigung und des Beschlusses des Landgerichts Kiel vom 14. Februar 2007, in dem bereits die als Partei aufgeführt war, für alle Beteiligten erkennbar, dass die Beklagte sein sollte. Da zudem Interessen Dritter nicht berührt wurden, ist auf jeden Fall eine Rubrumsberichtigung zulässig (vgl. Zöller § 319 ZPO RN 14).

Der Kläger hat gemäß §§ 286, 288 BGB, 11 Abs. 1 AUB einen Anspruch gegen die Beklagte auf Zahlung von Verzugszinsen in Höhe der beantragten 19.822,01 €.

Der Beklagten lagen bereits am alle Unterlagen, die der Versicherungsnehmer zum Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen sowie über den Abschluss des für die Bemessung der Invalidität notwendigen Heilverfahrens beizubringen hatte, vor, so dass sie gemäß § 11 Abs. 1 verpflichtet war, bis zum zu erklären, ob und in welcher Höhe sie einen Anspruch des Klägers anerkennt. Da die Beklagte bis zu diesem Zeitpunkt eine Erklärung zu ihrer Haftung weder dem Grund noch der Höhe nach abgegeben hatte, befand sie sich seit dem mit der von ihr zu erbringenden Vertragsleistung in Verzug. Sie befand sich in Höhe der gesamten Versicherungsleistung in Höhe von 304.045,00 € in Verzug, da auf Grund des ärztlichen Berichts der vom für sie bereits am erkennbar war, dass die Versicherte bis auf Weiteres zu 100 % invalide sein würde.

Gemäß § 11 Abs. 1 muss der Versicherer innerhalb von drei Monaten, sobald ihm die Unterlagen zugegangen sind, die der Versicherungsnehmer zum Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen sowie über den Abschluss des für die Bemessung der Invalidität notwendigen Heilverfahrens beizubringen hat, erklären, ob und in welcher Höhe er einen Anspruch anerkennt. Erklärt sich der Versicherer innerhalb dieser Frist nicht, tritt danach ohne weiteres Fälligkeit der Versicherungsleistung ein (vgl. KG, Beschl. v. 22.08.2003, VersR 2004, 767; LG Berlin Ur. v. 25.02.2003 (7 O 3/02); Marlow, r+s 2005, 357, 364). § 11 Abs. 1 AUB 88 modifiziert insoweit § 11 Abs. 1 VVG, der auf die Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung nötigen Erhebungen abstellt (vgl. Marlow, a.a.O.). Die vom Versicherungsnehmer einzureichenden Unterlagen ergeben sich aus § 9 AUB 88. Auf die Vorlage eines vom Versicherer beauftragten Gutachtens kommt es nicht an, da es sich dabei nicht um eine vom Versicherungsnehmer beizubringende Unterlage i.S.v. § 11 Abs. 1 AUB 88 handelt.

Mit dem Arztbericht der _____ lagen der Beklagten die Unterlagen gem. § 11 Abs. 1 AUB 88 am _____ vor. Aus diesem Bericht ergeben sich Unfallhergang und Unfallfolgen. Darüber hinaus handelt es sich dabei um die Unterlage, die der Versicherungsnehmer über den Abschluss des für die Bemessung der Invalidität notwendigen Heilverfahrens beizubringen hatte. Die Beklagte selber hatte diesen Bericht bei den Segeberger Kliniken angefordert. Die Versicherte hatte sich den zur Erstellung des Berichts erforderlichen Untersuchungen unterzogen. Der Bericht war alsbald erstellt und der Beklagten übersandt worden. Chefarzt _____, Stationsarzt _____ sowie Oberarzt _____ haben unter Punkt 10 des Berichts angegeben, dass bei der Versicherten ihres Erachtens voraussichtlich für dauernd eine Invalidität in Höhe von 100 % verbleiben wird. Dass der von der Beklagten zur Verfügung gestellte Vordruck die Formulierung „völlig unverbindlich“ und „grobe Schätzung“ enthält, ändert nichts an der Tatsache, dass die behandelnden Ärzte in diesem Bericht eine eindeutige Feststellung hinsichtlich der bei der Versicherten voraussichtlich verbleibenden Invalidität in Höhe von 100% getroffen haben. Die Ärzte hielten diese Einschätzung offensichtlich für so eindeutig, dass sie darauf verzichteten, eine Bandbreite anzugeben. Dass es sich hier um eine Schätzung unter Berücksichtigung der ärztlichen Erfahrung handelt ist evident und ändert nichts an der Tatsache, dass der Beklagten hiermit eine eindeutige ärztliche Äußerung zum Invaliditätsgrad der Versicherten zur Verfügung stand. Darüber hinaus ergibt sich aus dem Bericht, dass die stationäre Behandlung der Versicherten abgeschlossen ist und lediglich weitere teilstationäre bzw. ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Form von Krankengymnastik, physikalischer Therapie und Ergotherapie vorzunehmen sind. Hierbei ist zu beachten, dass der Nachweis des Abschlusses des für die Bemessung der Invalidität notwendigen Heilverfahrens i.S.v. § 11 Abs. 1 AUB 88 nicht den völligen Abschluss der ärztlichen Behandlung voraussetzt. Die Versicherungsbedingungen gehen vielmehr davon aus, dass in einem gewissen Stadium des Heilverfahrens die Ärzte aufgrund ihres Fachwissens und ihrer Erfahrung beurteilen können, in welchem Ausmaß in etwa eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit zurückbleiben wird. Es muss also weder das Heilverfahren noch die Behandlung gänzlich abgeschlossen sein, es muss lediglich die verbleibende Beeinträchtigung innerhalb einer relativ geringen Schwankungsbreite beurteilbar sein, so dass der Versicherer aus den Angaben und der Einschätzung der ärztlichen Gutachten die Invalidität nach den Grundlagen des § 7 Abs. 1 AUB bemessen kann (vgl. OLG Düsseldorf, r + s 1994, 395 sowie Wussow-Pürckhauer AUB

88, 6. Auflg., § 11 Rn 11). Das ist hier der Fall. Die Ärzte der [redacted] haben auf der Grundlage ihrer ärztlichen Einschätzung und Erfahrung am [redacted] die voraussichtlich dauernd verbleibende Invalidität der Versicherten mit 100 % angegeben. Das stationäre Heilverfahren war zu diesem Zeitpunkt nach Aussage der Ärzte soweit absehbar abgeschlossen. Dass weitere teilstationäre und ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Form von Krankengymnastik, physikalischer Therapie und Ergotherapie erforderlich waren, ändert nichts an der Tatsache, dass bereits zu diesem Zeitpunkt aufgrund der Einschätzung der Ärzte eine 100 %ige Invalidität der Versicherten anzunehmen war. Hierbei handelt es sich um eine eindeutige Angabe der Ärzte, die offensichtlich eine Schwankungsbreite nicht für gegeben hielten. Auf der Grundlage dieser Angabe der Ärzte vom [redacted] war es der Beklagten ohne Weiteres möglich, die Invalidität der Versicherten nach den Grundlagen des § 7 Abs. 1 AUB zu bemessen. Wenn die Beklagte der Ansicht gewesen wäre, der Arztbericht vom [redacted] sei nicht hinreichend ausführlich, hätte es ihr freigestanden, sofort eine ausführlichere ärztliche Stellungnahme einzuholen. Das hat sie jedoch nicht getan. Der Arztbericht vom [redacted] wurde vielmehr auf einem den [redacted] eigens dafür von der Beklagten übersandten Formular erstellt, so dass davon ausgegangen werden muß, dass die Beklagte genau diese Art und diesen Umfang der Information über Unfallhergang, Unfallfolgen und Einschätzung der Invalidität wollte.

Der Kläger hatte damit alle ihm gem. § 9 AUB insoweit treffenden Obliegenheiten erfüllt. Die Tatsache, dass die Beklagte es offensichtlich für erforderlich hielt, fast ein Jahr nach Vorliegen dieses ersten Berichts der [redacted] ein weiteres Gutachten zur Feststellung der Invalidität der Versicherten bei den [redacted] in Auftrag zu geben (am 18.11.2004), kann nicht dazu führen, die Fälligkeit der Erklärungspflicht der Beklagten gem. § 11 Abs. 1 AUB 88 und damit die Fälligkeit der Leistungspflicht der Beklagten hinauszuzögern. Auf die Vorlage eines vom Versicherten beauftragten Gutachtens kommt es im Rahmen von § 11 Abs. 1 AUB 88 gerade nicht an, da es sich hierbei nicht um eine vom Versicherungsnehmer beizubringende Unterlage handelt. Andernfalls hätte es der Versicherer in der Hand, durch Nichteinholung oder späte Einholung von Gutachten die Fälligkeit ihrer Leistungspflicht beliebig hinauszuzögern. Wenn die Beklagte der Ansicht war, eine endgültige Feststellung der Invalidität der Versicherten sei auf Grund des Arztberichts der [redacted] vom [redacted] nicht möglich und es seien dafür weitere, später zu erstellende Gutachten einzuholen, hätte sie

von ihrem Recht nach § 11 Abs. 4 AUB Gebrauch machen können. Das hat die Beklagte nicht getan. Eine Erklärung nach § 11 Abs. 4 hätte die Beklagte mit ihrer Erklärung zum Grund und zur Höhe des Anspruchs des Klägers gem. § 11 Abs. 1 AUB 88 abgeben müssen. Eine solche Erklärung hat die Beklagte jedoch genauso wenig abgegeben, wie eine Erklärung zum Anspruch des Klägers dem Grunde und der Höhe nach. Durch schlichtes Abwarten und das Zahlen niedriger Vorschüsse unter dem Vorbehalt weiterer Untersuchungsergebnisse hat die Beklagte weder ihre Vertragspflichten gem. § 11 Abs. 1 AUB 88 erfüllt, noch von ihrem Recht gem. § 11 Abs. 4 AUB 88 Gebrauch gemacht.

Da aus der ärztlichen Stellungnahme der _____ vom _____ eine hundertprozentige Invalidität der Versicherten hervorging, ergab sich für die Beklagte eine hundertprozentige Leistungspflicht. Nach dem Versicherungsvertrag umfasst die eine Zahlung in Höhe von 304.045,00 € (Modell 500, Staffel II).

Da keine der Parteien eine Erklärung nach § 11 Abs. 4 abgegeben hat, ist diese Vorschrift hier nicht anwendbar.

Zur Begründung des Verzuges der Beklagten war eine Mahnung nicht erforderlich, da sich der Zeitpunkt ihrer Leistungspflicht eindeutig aus § 11 AUB und damit aus dem Vertrag ergab. Der Verzug konnte auch nicht durch eine etwaige Vereinbarung zwischen den Parteien vom _____, wonach ein weiteres Invaliditätsgutachten nach Ablauf von zwei Jahren nach dem Unfall eingeholt werden sollte, beseitigt oder unterbrochen werden. Eine solche Vereinbarung würde nichts an der Vertragspflicht der Beklagten ändern, gem. § 11 Abs. 1 AUB 88 eine Erklärung abzugeben und auf deren Grundlage ihre Leistung zu erbringen, sobald ihr die gem. § 11 Abs. 1 i.V.m. § 9 AUB 88 erforderlichen Unterlagen vorliegen.

Da der Kläger von der Beklagten folgende Zahlungen erhalten hat:

1. Am _____	20.000,00 €,
2. am _____	25.000,00 €,
3. am _____	10.000,00 €,
4. am _____	30.000,00 €,
5. und am _____	219.050,00 €



Ausgefertigt:
Kiel, 06. Juli 2007

Schloss Justizangestellte
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle
des Landgerichts