

# Oberlandesgericht Celle

Im Namen des Volkes

## Urteil

**8 U 50/13**  
3 O 301/12 Landgericht Hildesheim

Verkündet am  
5. September 2013  
Siemßen,  
Justizangestellte  
als Urkundsbeamtin  
der Geschäftsstelle

In dem Rechtsstreit

Kläger und Berufungskläger,

Prozessbevollmächtigter:

gegen

Beklagte und Berufungsbeklagte,

Prozessbevollmächtigte:

Unterbevollmächtigte:

hat der 8. Zivilsenat des Oberlandesgerichts Celle auf die mündliche Verhandlung vom 9. August 2013 durch den Vorsitzenden Richter am Oberlandesgericht Glimm, den Richter am Oberlandesgericht Kaufert und den Richter am Oberlandesgericht Voß für Recht erkannt:



1. Die Berufung des Klägers gegen das am 15. Januar 2013 verkündete Urteil der 3. Zivilkammer des Landgerichts Hildesheim wird zurückgewiesen.
2. Der Kläger hat die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen.
3. Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar. Dem Kläger bleibt nachgelassen, die Vollstreckung der Beklagten gegen Sicherheitsleistung in Höhe von 120 % der vollstreckbaren Forderung abzuwenden, wenn nicht die Beklagte vor der Vollstreckung Sicherheit in Höhe von 120 % des zu vollstreckenden Betrages leistet.
4. Die Revision wird nicht zugelassen.
5. Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf bis zu 65.000,00 € festgesetzt.

Gründe:

I.

Der Kläger nimmt die Beklagte auf Leistungen aus einer Berufsunfähigkeits-Versicherung in Anspruch.

Im zweiten, dritten und vierten Quartal 2004 befand sich der Kläger in ärztlicher Behandlung bei der Hals-, Nasen- und Ohrenärztin wegen Ohrenschmerzen, Hörminderung, Ohrgeräuschen, Nasenlaufen und Gesichtsschmerz.

Die Ärztin diagnostizierte Otitis externa, Hörsturz, Tinnitus, Infekt, chronische Sinusitis und Gesichtsschmerz (Arztbericht vom 3. Juli 2012, Bl. 37 f. d. A.).

verordnete eine antibiotikahaltige Salbe. Im Januar 2005 war der Kläger wegen Sinusitis und Otitis und im März 2005 wegen Sinubronchitis und Reizhusten in ärztlicher Behandlung und erhielt Medikamente.

Mit schriftlichem Antrag vom 10. Mai 2005 (Bl. 12 d. A.) beantragte der Kläger den Abschluss einer Berufsunfähigkeits-Versicherung, wobei er die Frage Nr. 3:

„Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten zehn Jahren Störungen, Krankheiten oder Beschwerden (z. B. des Herzens, der Kreislauf-, Atmungs-, Verdauungs-, Sinnes-, Harn- oder Geschlechtsorgane, der Haut, des Gehirns, der Nerven, der Psyche, des Stoffwechsels, des Bewegungsapparates, Geschwülste, Allergien) ...?“

verneint hat.

Die Beklagte nahm den Antrag an. Dem Vertrag lagen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung mit erweiterten Leistungen ( Bl. 14 - 18 d. A.) zugrunde.

Wegen Polyarthrits, beidseitiger Lungenembolie und Beinvenenthrombose war der Kläger seit Oktober 2011 nicht in der Lage, seinen zuletzt ausgeübten Beruf als Technischer Telefonberater (Bl. 22, 23 d. A.) auszuüben. I

führte in einem Schreiben vom 8. März 2012 (Bl. 74 f. d. A.) an, dass auffällige „Rheumawerte“ im Jahr 2003 beim Kläger nachgewiesen worden seien. In einem weiteren Schreiben vom 10. Mai 2012 (Bl. 33 d. A.) erklärte er, dass es sich hierbei um eine Fehldokumentation bzw. eine Fehlinterpretation gehandelt habe.

Mit Schreiben vom 24. April 2012 (Bl. K 5, Bl. 31 d. A.) erklärte die Beklagte die Anfechtung des Versicherungsvertrages zunächst unter Bezugnahme auf die Angabe des

Mit Schreiben vom 11. Juli 2012 (Anlage K 7, Bl. 34 d. A.) erklärte sie erneut die Anfechtung unter Bezugnahme auf den ärztlichen Bericht von Frau Dr. vom 3. Juli 2012.

Im Termin zur mündlichen Verhandlung vor dem Landgericht am 18. Dezember 2012 hat der Kläger erklärt, dass entgegen dem Bericht der Frau

ein Tinnitus im Jahr 2004 nicht vorgelegen habe (Bl. 97 d. A.).

Der Kläger ist der Auffassung, er habe die Beklagte mit der Verneinung der Gesundheitsfragen nicht arglistig getäuscht, weil durch die Benennung von Beispielen in den Erläuterungen zu den Risikofragen für den durchschnittlichen Versicherungsnehmer erkennbar gewesen sei, dass nur dauerhafte Erkrankungen mit laufenden Einschränkungen hätten angegeben werden müssen. Zudem hätten die Entzündungen im Mai 2005 keine Aus- oder Nachwirkungen gehabt.

Der Kläger hat beantragt,

1. die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger 24.503,66 € nebst 5 % Zinsen über dem Basiszinssatz ab Rechtshängigkeit zu zahlen,
2. festzustellen, dass der Versicherungsvertrag zur Berufsunfähigkeits-Versicherung zwischen den Parteien zur Versicherungsnummer fortbesteht und insbesondere nicht durch die Anfechtungserklärungen der Beklagten vom April 2012 oder vom Juli 2012 beseitigt worden ist,
3. festzustellen, dass der Kläger im Rahmen der Berufsunfähigkeits-Versicherung bis zum Ende der Berufsunfähigkeit Beitragsfreiheit zu erhalten hat,
4. die Beklagte zu verurteilen, bis zum Ende der im Oktober 2011 begonnenen Berufsunfähigkeit des Klägers monatlich im Voraus 2.161,57 € an den Kläger zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Dezem-

Sie hat behauptet, den Antrag des Klägers zum Abschluss einer Berufsunfähigkeits-Versicherung nicht angenommen zu haben, wenn sie von den von Frau [redacted] mitgeteilten Erkrankungen Kenntnis gehabt hätte. Diese habe auch zutreffend die Diagnose eines Tinnitus gestellt. Im Jahr 2003 seien bei dem Kläger zudem erhöhte Rheumawerte festgestellt und er wegen Schmerzen in den Gelenken mit Rheumatabletten behandelt worden, was er ebenfalls verschwiegen habe.

Mit dem angefochtenen Urteil, auf welches wegen der weiteren Darstellung zum Sach- und Streitstand Bezug genommen wird (Bl. 103 ff. d. A.), hat das Landgericht die Klage abgewiesen und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt, dass der Kläger die Beklagte bei Abschluss des Versicherungsvertrages arglistig getäuscht habe, weil er über Vorerkrankungen entgegen seiner vorvertraglichen Anzeigepflicht gemäß § 16 VVG a. F. seine gefahrerheblichen Beschwerden und Erkrankungen aus dem Jahr 2004 und 2005 nicht angegeben hat.

Hiergegen richtet sich die Berufung des Klägers, mit welcher er sein erstinstanzliches Klageziel mit der Maßgabe weiterverfolgt, dass er infolge gesundheitlicher Besserung am 1. März 2013 seine Berufstätigkeit wieder aufgenommen habe. Zu Unrecht sei das Landgericht jedoch davon ausgegangen, dass der Kläger bei Antragstellung arglistig über Vorerkrankungen getäuscht habe. Zunächst sei nicht § 16 VVG a. F. maßgeblich, sondern § 19 in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung des VVG, weil der Versicherungsfall erst im Jahr 2011 eingetreten sei. Das Landgericht habe ohne nachvollziehbaren Maßstab die Beschwerden des Klägers als solche gewertet, die keine Bagatelbeschwerden darstellen würden, obwohl diese unterschiedliche Ursachen haben könnten, genauso wie ihre Auswirkungen unterschiedlich seien. So hätten Hörstürze eine Selbstheilungsquote von 40 bis 80 %. Die seinerzeit vom Kläger beklagten Beschwerden hätten auch nach dem Arztbericht der Frau [redacted] keine Arbeitsunfähigkeit des Klägers zu begründen vermocht. Durch die Aufzählung von Beispielen im Fragebogen habe die Beklagte selbst (Regel-) Beispiele für die Beantwortung der entsprechenden Fragen genannt und diese damit auf schwerwiegende, operative Eingriffe oder dauerhafte Beeinträchtigungen reduziert.

Den erstinstanzlichen Klageantrag zu Ziff. 4 auf Verurteilung zur Zahlung einer künftigen Berufsunfähigkeitsrente von monatlich 2.161,57 € hat der Kläger mit Kostenantrag in der Hauptsache für erledigt erklärt (Bl. 145 d. A.) und beantragt im Übrigen:

1. Das Urteil des Landgerichts Hildesheim vom 15. Januar 2013, zugestellt am 22. Januar 2013, zu Geschäfts-Nr. 3 O 301/12, wird aufgehoben.
2. Die Beklagte und Berufungsbeklagte wird verurteilt, an den Kläger 36.746,69 € nebst 5 % Zinsen über dem Basiszinssatz ab Rechtshängigkeit zu zahlen.
3. Es wird festgestellt, dass der Versicherungsvertrag zur Berufsunfähigkeits-Versicherung zwischen den Parteien zur Versicherungsschein-Nr. fortbesteht und insbesondere nicht durch die Anfechtungserklärungen der Beklagten und Berufungsbeklagten vom April 2012 oder vom Juli 2012 beseitigt worden ist.
4. Es wird festgestellt, dass der Kläger im Rahmen der Berufsunfähigkeits-Versicherung bis einschließlich des 28.02.2013 Beitragsfreiheit zu erhalten hat.
5. Die Beklagte wird verurteilt, bis zum Ende der im Oktober 2011 begonnenen Berufsunfähigkeit des Klägers monatlich im Voraus 2.161,57 € an den Kläger zu zahlen.

Die Beklagte beantragt, ...

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt das angefochtene Urteil.

II.

Die zulässige Berufung des Klägers hat in der Sache keinen Erfolg. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Versicherung nach § 172 Abs. 1 VVG i. V. mit den dem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung mit erweiterten Leistungen ( ), weil die Beklagte ihre Vertragserklärung wirksam wegen arglistiger Täuschung (§ 123 Abs. 1 BGB) angefochten hat, mit der Wirkung, dass der geschlossene Versicherungsvertrag als von Anfang an nichtig anzusehen ist (§ 142 Abs. 1 BGB).

A)

Voraussetzung für eine wirksame Anfechtung des Vertrages durch die Beklagte wegen arglistiger Täuschung ist, dass der Kläger bei Abschluss des Vertrages vorsätzlich falsche Angaben über seinen Gesundheitszustand vor Vertragsabschluss gemacht hat in der Absicht, auf die Entscheidung der Beklagten zum Vertragsschluss zu seinen Gunsten Einfluss zu nehmen.

1. Nach § 16 Abs. 1 VVG a. F., der für den vorliegenden, im Jahr 2005 geschlossenen Vertrag noch galt, hat der Versicherungsnehmer bei Schließung des Vertrages alle ihm bekannten Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, dem Versicherer anzuzeigen.

a) Entgegen der Berufung richtet sich die Beurteilung der Anzeigepflichtverletzung nach § 16 Abs. 1 VVG in der bis zum 31. Dezember 2007 geltenden Fassung und nicht nach § 19 VVG n. F. Dem steht nicht Art. 1 Abs. 2 EGVVG entgegen, denn das neue Recht gilt nur für solche Sachverhalte, die nicht unter dem VVG a. F. bereits vollständig abgeschlossen waren, also insbesondere der Vertragsschluss und das ihm vorangehende Stadium, wie z. B. die Beurteilung, ob eine vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung vorliegt (vgl. Armbrüster in: Prölss/Martin, VVG, 28. Aufl. 2010, Art. 1 EGVVG Rdnr. 9, m. w. N.). Die Beurteilung, ob eine Anzeigepflicht verletzt wurde, also welche Fragestellungen der Versicherer formuliert hat und formulieren durfte, sowie in welcher Weise diese zu

beantwortet waren, kann nicht einer Rechtslage unterworfen werden, welche beiden Parteien zum Zeitpunkt ihrer jeweiligen Handlung nicht bekannt war, weil es sie nicht gab. Dies würde eine echte, gegen das Grundgesetz verstoßende Rückwirkung der neuen gesetzlichen Regelung bewirken (vgl. auch Prölss in: Prölss/Martin, VVG, 28. Aufl. 2010, § 19 Rdnr. 4 m. w. N.).

b) Nach § 16 Abs. 1 VVG a. F. hatte der Versicherungsnehmer bei Schließung des Vertrages alle ihm bekannten Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, dem Versicherer anzuzeigen. Nach § 16 Abs. 1 Satz 2 VVG a. F. waren gefahrerheblich solche Umstände, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu dem vereinbarten Inhalt abzuschließen, einen Einfluss auszuüben. Dabei galt ein Umstand, nach dem der Versicherer ausdrücklich oder schriftlich fragt, im Zweifel als gefahrerheblich (§ 16 Abs. 1 Satz 3 VVG a. F.). Dass diese Vermutung für die Gefahrerheblichkeit nach der Neuregelung nicht mehr besteht, ist bereits aus den vorgenannten Gründen zur Geltung des § 16 VVG a. F. unbeachtlich, aber auch in der Sache unerheblich, weil dies seinen Grund darin hat, dass nach § 19 Abs. 1 VVG n. F. der Versicherungsnehmer dem Versicherer ohnehin nur noch ihm bekannte Gefahrumstände anzuzeigen hat, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat. Hier hatte die Beklagte im Antragsformular zu Frage Nr. 3 aber ausdrücklich gefragt:

„Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten zehn Jahren Störungen, Krankheiten oder Beschwerden (z. B. des Herzens, der Kreislauf-, Atmungs-, Verdauungs-, Sinnes-, Harn- oder Geschlechtsorgane, der Haut, des Gehirns, der Nerven, der Psyche, des Stoffwechsels, des Bewegungsapparates, Geschwülste, Allergien) ...?“

Diese Fragestellungen hat der Kläger objektiv falsch beantwortet, indem er seine medizinischen Behandlungen und Beschwerden im Jahr 2004 und Anfang 2005 nicht angezeigt hat. Ausweislich des Arztberichtes der Dr. vom 3. Juli 2012 (Bl. 37 f. d. A.) litt der Kläger in der Zeit vom zweiten bis zum vierten Quartal 2004 an Otitis externa, er litt im Quartal II 2004 an einem Hörsturz mit Tinnitus und einem Infekt, in III und IV 2004 einer chronischen Sinusitis und in IV 2004 zusätzlich mit Gesichtsschmerz. Davon ist allein der Tinnitus vom Kläger bestritten worden und dies auch erstmals in der mündlichen Verhandlung vor dem

Landgericht. Hierauf kommt es indes im Hinblick auf die weiteren Erkrankungen nicht an. Als eigene Beschwerden hatte er seinerzeit mitgeteilt (Bl. 38 d. A.):

„Ohrenschmerzen, Hörminderung, Ohrgeräusche, Nasenlaufen, Gesichtsschmerz“.

c) Mitnichten hat die Beklagte diese Fragestellungen in den Erläuterungen zu den Risikofragen (Bl. 12 d. A.) durch „(Regel-) Beispiele für die Beantwortung der entsprechenden Fragen“ dahingehend eingeschränkt, dass diese entweder eines schwerwiegenden operativen Eingriffes oder einer dauerhaften technischen Hilfe wie z. B. einer Brille oder eines Hörgerätes bedurften (Seite 6 der Berufungsbeurteilung). Weder lässt sich der Fragestellung und den Erläuterungen eine solche Beschränkung entnehmen, noch war der Kläger als Antragsteller befugt, die Fragen entsprechend nach seinem eigenen Dafürhalten zu interpretieren. Insoweit hat bereits das Landgericht ausgeführt, dass bei Fragen nach dem Vorhandensein von Beschwerden, Krankheiten oder Störungen der Versicherungsnehmer grundsätzlich jede Gesundheitsbeeinträchtigung anzugeben hat, die nicht offenkundig belanglos ist oder alsbald vergeht (Seite 5 LGU m. Nachw.). Er ist nicht berechtigt, die Gefahrerheblichkeit bestimmter Umstände aus seiner Sicht zu beurteilen, sondern gehalten, die ihm gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten sowie deren Prüfung und Bewertung dem Versicherer zu überlassen. Soweit umfassend nach z. B. Behandlungen, Beratungen oder Untersuchungen gefragt wird, hat der Versicherungsnehmer grundsätzlich alle Untersuchungen anzugeben, denen er sich im fraglichen Zeitraum unterzogen hatte.

Die Fragestellung war auch klar, verständlich und eindeutig. Ausdrücklich waren die aufgezählten Krankheitsbeispiele nicht abschließend. Bei der Bewertung dieser Fragestellungen ist das Landgericht weder von einer gesetzlichen Regelung abgewichen (S. 6 Berufungsbeurteilung), noch ist erkennbar, dass es sich um einen Gesichtspunkt handelte, den eine Partei erkennbar übersehen hat oder von beiden Parteien anders beurteilt wurde (§ 139 Abs. 2 ZPO) und welche Konsequenzen ein entsprechender Hinweis gehabt hätte.

„welche bei-  
war, weil es  
rück-

d) Dass diese Beschwerden nicht offenkundig belanglos waren, folgt bereits aus deren Dauer über insgesamt drei Quartale im Jahr 2004. Der Kläger befand sich in ärztlicher Behandlung, hat als Beschwerden u. a. Ohrenscherzen, Hörminderung, Ohrgeräusche und Gesichtsschmerz angegeben, also die Beeinträchtigung von Sinneswahrnehmungen, und hat antibiotikahaltige Salbe bzw. Tropfen verordnet erhalten. Darauf, ob diese Darstellung von Frau laut Arztbericht geeignet gewesen war, eine Arbeitsunfähigkeit des Klägers zu begründen (Seite 5 Berufungsbegründung), kommt es nicht an. Danach war jedenfalls in Ziff. 3 nicht gefragt.

2. Zu Recht hat das Landgericht die verschwiegenen Umstände auch als gefahrerheblich angesehen. Insoweit können dem Versicherungsnehmer Erleichterungen in der Darlegungslast zuzubilligen sein, sodass bereits die pauschale Behauptung, der betreffende Umstand sei nicht gefahrerheblich, genügt. Dann ist es Sache des Versicherers, substantiiert vorzutragen, von welchen Grundsätzen er sich bei der dem Vertragsschluss vorangehenden Risikoprüfung leiten lässt (BGH, VersR 2000, 1486; 1984, 629). Diese Vortragslast trifft den Versicherer aber nur dann, wenn die Gefahrerheblichkeit des verschwiegenen Umstandes nicht ohnehin auf der Hand liegt. Dies ist bei einer Hörminderung mit Infekt, Gesichtsschmerz und chronischer Sinusitis über einen Zeitraum von drei Quartalen, welche dann mit antibiotikahaltiger Salbe behandelt wurden, ohne weiteres der Fall, denn gerade die Beeinträchtigungen von Nerven und Sinnesorganen über einen längeren Zeitraum sind bei der Beurteilung des Risikos für eine Berufsunfähigkeitsversicherung von evidenter Bedeutung. Auch im Januar 2005 war der Kläger noch einmal wegen Sinusitis und Otitis und im März 2005 wegen Sinubronchitis und Reizhusten in ärztlicher Behandlung und erhielt Medikamente.

3. Der Kläger hat nicht nur vorsätzlich gehandelt, sondern auch arglistig. Ihm waren die Umstände der Erkrankungen bekannt. Zuletzt im März 2005 war er wegen Sinubronchitis und Reizhusten in ärztlicher Behandlung. Am 10. Mai 2005 unterschrieb er den Antrag bei der Beklagten. Aus dieser Abfolge - insbesondere der zeitlichen Nähe - folgt hier das arglistige Verhalten des Klägers. Eine Gedankenlosigkeit, bloßes Vergessen oder versehentlich für unbedeutend halten, kommen aufgrund des engen zeitlichen Zusammenhanges nicht in Betracht. Bezüglich

der diesbezüglichen Ausführungen, auch im Hinblick auf die Voraussetzungen, wird zur Vermeidung von Wiederholungen auf die landgerichtlichen Ausführungen Bezug genommen.

Mit dem Landgericht hat der Kläger auch im Rahmen seiner sekundären Darlegungslast nicht nachvollziehbar und plausibel erläutert, wie es zu den objektiv falschen Angaben kam, nachdem er sich mindestens sechs Monate u. a. wegen eines Hörsturzes und der Entzündung des äußeren Gehrganges (Otitis externa) in ärztlicher Behandlung befand und nicht einmal sechs Monate vor Antragstellung wieder beschwerdefrei war. Insoweit sind Fehler der landgerichtlichen Würdigung auch nach der eigenen Anhörung des Klägers durch den Senat im Termin am 9. August 2013 (Protokoll Bl. 180 ff.), die bereits das Landgericht hätte vornehmen sollen - nicht erkennbar. Die Anhörung hat vielmehr bestätigt, dass sich der Kläger entgegen der nachvollziehbaren und zutreffenden Belehrung eindeutig über seine Rechtsverpflichtungen hinweggesetzt hat und die Krankheiten, Beschwerden, deren Dauer und insbesondere die nachhaltigen medizinischen Eingriffe auch nach seiner eigenen Wahrnehmung und Schilderung außerhalb des Bagatellbereiches angesiedelt waren. So hat er auf Nachfrage des Senats angegeben:

„Auf die Frage, warum ich diese Behandlungen nicht angegeben habe: das würde ich als Ermessensfrage bezeichnen, für mich war das keine Krankheit. Die Fragen des Antrages würde ich übertrieben dahin bewerten, „Kopf verloren“, während es hier um eine Kleinigkeit ging. Es trifft zu, dass ich regelmäßig und wiederholt bei einem Facharzt war. Die Ursache der Beschwerden kannte ich zunächst nicht und habe dann hinterher gehört, dass es wohl vom Schwimmen kam. Verschriebene oder mitgegebene Medikamente gab es nicht, aber Salbengabe vor Ort. Die Ärztin hat mich immer wieder bestellt, weil sie sagte, es sei noch was zu machen. Irgendwann hatte ich dann die Nase voll und einen Arztwechsel vorgenommen. Da war es dann in kurzer Zeit erledigt.“

liegt bereits  
befand

Dabei hat der Kläger selbst bestätigt, dass sich die ärztliche Behandlung über drei Quartale erstreckt hat und er sich eine zweite Meinung bei einem weiteren Facharzt HNO eingeholt hat. Den Namen dieser Fachärzte habe er dennoch nicht angegeben, weil er die „ganze Geschichte“ nicht als angabewürdig betrachtet habe.

Insgesamt ergaben die Angaben des Klägers deutliche Bagatellisierungstendenzen in Bezug auf die fehlenden Angaben im Antrag, aber keine nachvollziehbare Erklärung.

4. Schließlich bestand für die Beklagte auch im Hinblick auf den Namen und die Anschrift des Hausarztes in dem Antrag keine Nachfrageobliegenheit, obwohl der Kläger die zuvor gestellten Fragen mit „nein“ beantwortet hatte. Auch wenn insoweit zu Ziff 5. nach dem Heilbehandler gefragt worden war, wenn eine der Gesundheitsfragen mit „ja“ beantwortet wurde, ist das Vorhandensein eines Hausarztes noch kein Widerspruch und bedeutet nicht, dass eine der erfragten Erkrankungen oder Beschwerden vorgelegen hätte, dies umso mehr, als die hier behandelnde Hals-, Nasen-, Ohrenärztin Dr. gerade nicht angegeben war.

Demgemäß hat der Kläger weder Anspruch auf Leistungen aus der zugrunde liegenden Berufsunfähigkeits-Versicherung, noch kann deren Fortbestand festgestellt werden.

B)

Die prozessualen Nebenentscheidungen beruhen auf § 97 Abs. 1, § 708 Nr. 10, § 711 ZPO.

Die Revision wird nicht zugelassen, weil die Voraussetzungen des § 543 Abs. 2 ZPO nicht vorliegen.

Der Streitwert für die Berufungsinstanz reduziert sich durch die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit zum 01. März 2013 und - daraus folgend - die zeitliche Beschränkung des Leistungszeitraumes.

Die Differenz des nunmehr mit 36.746,69 € bezifferten Zahlungsbegehrens war in erster Instanz Gegenstand des Antrages auf zukünftige Leistung, für welche im Hinblick auf die Erledigungserklärung des Klägers nur noch das Kosteninteresse aus der Gebührendifferenz aus einem Streitwert von ursprünglich 141.208,90 € in erster Instanz (Beschluss des Landgerichts vom 12. Oktober 2012, Bl. 81 d. A.) besteht. Auch der Wert des Antrags zu 4. (Beitragsfreiheit für die Dauer der BU) reduziert sich dadurch. Für den Zeitraum vom 01.10.2011 - 28.02.2013 wären dies 1.764,09 € (103,77 € X 17 Monate). Abziehen sind jedoch noch 726,39 € Beitragsrückforderung für die Monate Oktober 2011 bis April 2012, die bereits in erster Instanz im Leistungsantrag eingerechnet waren (Bl. 9 d. A.).

In der Berufungsinstanz beträgt der Hauptsachewert noch 56.856,84 € (36.746,69 € + 19.072,45 € + 1.037,70 €). Für den Wert der Berufung kommt eine Kostendifferenz als Erledigungsinteresse in Höhe von 5.148,90 € hinzu. Dies meint der Kläger mit dem Berufungsantrag zu 5. (Bl. 152 d. A.), der letztlich überflüssig ist, weil der BU-Zeitraum abgeschlossen ist und er den Rechtsstreit im Übrigen für erledigt erklärt (Bl. 153 d. A.).

Glimm

Kaufert

Voß

Ausgefertigt  
*Glimm*  
Justizangestellte als  
Urkundsbeamtin der  
Geschäftsstelle

