

schleichung oder einer versuchten Leistungserschleichung gegeben.

Die Klage ist auch hinsichtlich der Hilfsanträge unbegründet.

Der Senat teilt die Auffassung des LG, dass es trotz des in § 315 Abs. 1 SGB V auch für die privaten Krankenversicherer eingeführten Kontrahierungszwangs eine Verpflichtung des Bekl., den Kl. in einem anderen Tarif weiterhin zu versichern, nicht besteht. Der Bekl. war aufgrund eines erheblich treuwidrigen Verhaltens des Kl. zu einer außerordentlichen Kündigung des Versicherungsvertrags über die Krankenversicherung berechtigt. Bei dieser Sachlage ist er auch berechtigt, einen erneuten Vertragsschluss mit ihm im gleichen Versicherungszweig, jedoch in einem anderen Tarif abzulehnen.

Zutreffend hat das LG auch den Anspruch auf Übertragung der bislang entstandenen Altersrückstellungen sowie den diesbezüglich geltend gemachten Auskunftsanspruch abgelehnt, da es hierfür eine gesetzliche oder vertragliche Anspruchsgrundlage nicht gibt. Einwendungen hiergegen hat der Kl. in seiner Berufungsbegründung nicht erhoben. ...

Unfallversicherung

Der Risikoausschluss für krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen greift auch ein bei ausschließlich psychisch bedingter Reaktion

AUB 99 § 6 Nr. 2.4

1. Der Risikoausschluss wegen psychischer Reaktion greift auch ein, wenn die krankhafte Störung des Körpers nur mit ihrer psychogenen Natur erklärt werden kann.

2. Nach der Rechtsprechung des BGH sind die Voraussetzungen für den Leistungsausschluss erfüllt, wenn es sich bei den fortdauernden Beschwerden des Versicherten um eine ausschließlich psychisch bedingte Reaktion in Form einer psychischen Fehlverarbeitung der Verletzungsfolgen handelt.

(4) BGH, Beschluss vom 15. 7. 2009 (IV ZR 229/06, Frankfurt/M.)

Anmerkung der Redaktion: Vgl. zur Invaliditätsleistung bei krankhaften Störungen infolge psychischer Reaktionen LG Nürnberg-Fürth VersR 2009, 922.

Aus den Gründen:

Die Beschwerde des Kl. gegen die Nichtzulassung der Revision in dem Urteil des 7. Zivilsenats des OLG Frankfurt/M. vom 26. 7. 2006 wird zurückgewiesen, weil sie nicht aufzeigt, dass die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat oder die Fortbildung des Rechts oder die Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung eine Entscheidung des Revisionsgerichts erfordert (§ 543 Abs. 2 S. 1 ZPO).

Die geltend gemachte Divergenz zur Senatsrechtsprechung besteht nicht. Der Risikoausschluss greift auch ein, wenn die krankhafte Störung des Körpers nur mit ihrer psychogenen Natur erklärt werden kann (Senat vom 29. 9. 2004 – IV ZR 233/03 – VersR 2004, 1449 unter 2 a [1] und BGHZ 159, 360 [363] = VersR 2004, 1039). Das Berufungsgericht hat festgestellt, dass es sich bei den behaupteten fortdauernden Beschwerden der Mitversicherten um eine ausschließlich psychisch bedingte Reaktion in Form einer psychischen Fehlverarbeitung der Verletzungsfolgen handelt. Damit sind nach der Rechtsprechung des Senats die Voraussetzungen für den Leistungsausschluss erfüllt.

Die tatsächlichen Feststellungen des Berufungsgerichts sind revisionsrechtlich nicht zu beanstanden. Die gegen die Feststellungen des Berufungsgerichts erhobenen Gehörsrügen hat der Senat geprüft, sie greifen nicht durch.

Anmerkung

Der Beschluss über die Nichtzulassung der Revision gegen eine Entscheidung des OLG Frankfurt/M.¹ erscheint auf den ersten Blick wenig bemerkenswert.

I. Er bestätigt die aktuelle BGH-Rechtsprechung² zu § 2 Abs. 4 AUB 88/94 (Ausschluss wegen krankhafter Störungen infolge psychischer Reaktionen). Nach dieser greift der Ausschluss vom Versicherungsschutz ein, wenn es an einem zugrunde liegenden organischen Korrelat fehlt; krankhafte Störungen, die eine organische Ursache haben, sollen dagegen nicht vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sein.

II. Gleichwohl ist der Beschluss eine Anmerkung wert.

Abgesehen davon, dass ein Abstellen auf eine Art psychische Verarbeitung wenig praktikabel ist³, hatte der BGH⁴ zwar schon eine den Ausschluss bejahende Entscheidung des OLG Köln⁵ nicht beanstandet, in der dauerhafte organische Schädigungen des Versicherten zumindest auf einem medizinischen Teilgebiet nicht bestätigt werden konnten.

Nunmehr hat der BGH jedoch auch die offenbar vom Berufungsgericht OLG Frankfurt/M.⁶ vertretene Auffassung

Aufgrund der Tatsache, dass durch das behauptete Unfallgeschehen keinerlei knöchernen Verletzungen oder Zerreißungen von Bandstrukturen erfolgt sind und die Mitversicherte sowohl nach dem Sturz als auch noch am darauffolgenden Vormittag in der Lage war, Ski zu laufen, ist mit dem Sachverständigen Dr. S. von einem leichten bis mittleren Beschleunigungstrauma auszugehen, das Beschwerden der Art, wie sie die Mitversicherte klagt, verursacht, die aber in 98 % aller Fälle nach etlichen Wochen, längstens aber nach sechs Monaten folgenlos abklingen.

Soweit die Mitversicherte das unveränderte Fortdauern der unfallbedingt aufgetretenen Beschwerden klagt, rechnet der Sachverständige Dr. S. dies dem geringen Prozentsatz der Geschädigten zu, die aufgrund der unfallbedingt aufgetretenen Beschwerden und Beeinträchtigungen depressive Krankheitsbilder entwickeln, wie er dies auch bei der Mitversicherten in Form einer depressiven Grundstimmung feststellen konnte. Für krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese – wie hier – durch einen Unfall hervorgerufen werden, setzt die Leistungspflicht der Bekl. gem. § 6 Nr. 2.4 der vereinbarten AUB 99 ... voraus, dass die Störungen und Beschwerden auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems zurückzuführen sind. Gegen die Wirksamkeit des darin enthaltenen Leistungsausschlusses für krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen bestehen keine durchgreifenden Bedenken. Der verständige VN wird dieser Bestimmung entnehmen, dass die umfassende Leistungszusage der Bekl. nicht uneingeschränkt gelten soll, sondern Gesundheitsstörungen infolge psychischer Reaktion davon ausgenommen sein sollen, es sei denn, dass sie auf einer unfallbedingten organischen Schädigung beruhen (vgl. BGH VersR 2004, 1449 und 2004, 1039).

Dies ist vorliegend nicht der Fall, denn die auf das behauptete Unfallgeschehen zurückzuführende Beschleunigungsverletzung Grad 1 bis 2 ist – wie bereits dargelegt – nach längstens sechs Monaten folgenlos ausgeheilt, sodass die von der Mitversicherten weiterhin geklagten Beschwerden und Störungen keine organische Ursache haben. Dies steht nach den einleuchtenden Feststellungen des Sachverständigen Dr. S. zur Überzeugung des Senats fest, ohne dass es hierzu einer weiter gehenden Aufklärung bedarf (§ 412 ZPO).

Nach den auch insoweit sachkundigen und überzeugenden Darstellungen des Sachverständigen handelt es sich bei den fortdauernden Beschwerden der Mitversicherten um eine ausschließlich psychisch bedingte Reaktion in Form einer psychischen Fehlverarbeitung der Verletzungsfolgen, für die der wirksam vereinbarte Leistungsausschluss des § 6 Nr. 2.4 AUB 99 ... eingreift (vgl. Grimm, Unfallversicherung 4. Aufl. Nr. 5 AUB 99 Rn. 102 m. v. N.)

unbeanstandet gelassen, dass der Ausschluss wegen psychischer Reaktion eingreift, wenn es an einem zugrunde liegenden dauerhaften Organschaden fehlt.

Mit anderen Worten sollen erst krankhafte Störungen, die eine dauerhafte organische Ursache haben, nicht vom Versiche-

1 OLG Frankfurt/M. vom 26. 7. 2006 – 7 U 222/05 – juris.

2 BGH VersR 2009, 1213; 2004, 1449 = r+s 2004, 516; 2004, 1039 = r+s 2004, 385.

3 Abel/Winkens VersR 2009, 30 (34).

4 BGH vom 14. 2. 2007 – IV ZR 222/05.

5 OLG Köln VersR 2007, 976 = r+s 2008, 31.

6 OLG Frankfurt/M. vom 26. 7. 2006 – 7 U 222/05 – juris.

schungsschutz ausgeschlossen sein; bei lediglich vorübergehender organischer Ursache kann der Ausschluss dagegen eingreifen.

Keine unmittelbare dauerhafte organische Ursache setzt z. B. ein Bruch des LWK 3 für weiter gehende Folgen psychogener Ursprungs aufgrund einer vorhandenen Somatisierungsstörung⁷. Ferner sind – wie hier auch – regelmäßig reaktive Depressionen bzw. (depressive) Anpassungsstörungen⁸ sowie posttraumatische Belastungsstörungen⁹ vom Versicherungsschutz ausgeschlossen¹⁰.

III. Dieser Frage muss man jedoch erst nachgehen, wenn Art und Ausmaß unfallbedingter Invalidität feststehen¹¹.

IV. Das wiederum hat freilich zur Voraussetzung, dass überhaupt eine hierfür ausreichende – fristgerechte – ärztliche Invaliditätsbescheinigung vorliegt. Erforderlich sind die Angabe jedes konkreten, die Leistungsfähigkeit beeinflussenden Gesundheitsschadens und die Aussage, dies sei Unfallfolge auf Dauer¹². Nur einem Dauerschaden, zu dessen Ursache und Auswirkungen sich die Bescheinigung bereits verhält, kann der Versicherer nachgehen. Deshalb können nur die in der ärztlichen Invaliditätsfeststellung beschriebenen unfallbedingten Dauerschäden Grundlage des Anspruchs auf Invaliditätsschädigung sein¹³. Natürlich müssen diese Voraussetzungen auch bei psychischen Erkrankungen erfüllt sein¹⁴.

Dr. Udo Abel, Rechtsanwalt, Köln*

7 OLG Hamm VersR 2006, 1394 = r+s 2006, 428.

8 OLG Düsseldorf vom 28. 11. 2005 – I-4 U 100/05 – juris; VersR 2006, 1487 = r+s 2007, 256; LG Darmstadt vom 15. 4. 2009 – 23 O 231/07.

9 OLG Brandenburg VersR 2006, 1251; OLG Celle r+s 2008, 389; OLG Nürnberg vom 7. 7. 2006 – 8 U 756/06 –; LG Nürnberg-Fürth VersR 2009, 922; LG Dortmund vom 26. 3. 2009 – 2 O 130/08 – juris.

10 S. dazu insgesamt *Abel/Winkens* VersR 2009, 30 (33 f.).

11 Vgl. BGH VersR 2009, 492 = r+s 2009, 161.

12 Vgl. *Grimm*, Unfallversicherung 4. Aufl. Nr. 2 AUB 99 Rn. 11 m. w. N.

13 BGH VersR 2007, 1114 = r+s 2007, 255; OLG Saarbrücken VersR 2008, 199; OLG Karlsruhe VersR 2009, 538.

14 *Abel/Winkens* VersR 2009, 30 (34).

* Der Autor ist Rechtsanwalt und Fachanwalt für Versicherungsrecht im Kölner Büro der Sozietät Bach, Langheid & Dallmayr.

Eine Borrelioseerkrankung macht eine fristgerechte ärztliche Feststellung nicht entbehrlich

AUB 94 § 2 II Nr. 3 S. 2

1. An der Unfalleigenschaft eines Zeckenbisses bestehen keine Zweifel.

2. Ein Arztbrief, der bei der Vorgeschichte einen Zeckenbiss im Bereich des linken Arms erwähnt und ausführt, „dass insgesamt von einer aktiven Borreliose auszugehen ist“, beinhaltet keine auf dem Zeckenbiss beruhende ärztliche Feststellung einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit.

3. Ein Ausnahmefall, in dem ein ärztlicher Befund auch ohne ausdrückliche Erwähnung der Dauerfolgen so eindeutig für eine Invalidität spricht, liegt bei einer Borrelioseerkrankung nicht vor. Diese Erkrankung führt nicht notwendig zu Dauerfolgen, die deshalb nicht ausdrücklich gesondert erwähnt zu werden bräuchten, weil sie mit der gestellten Diagnose stets einhergehen.

4. Auch wenn der Vortrag zutreffen sollte, wonach die Dauerfolgen einer durch Zeckenbiss übertragenen Borrelioseinfektion meist erst später als ein Jahr nach dem Biss eintreten und erkennbar werden, führt dies zu keinem anderen Ergebnis.

5. Es kann offenbleiben, wie genau eine Zecke die entsprechenden Keime in die Blutbahn überträgt und

ob diese dann festzustellende Übertragungsart der entspricht, die ein durchschnittlicher VN unter dem Wortlaut der Wiederausschlussregelung in § 2 II Nr. 3 S. 2 AUB 94 versteht. Das könnte dann zweifelhaft sein, wenn die Erreger durch die als solche geringfügige Hautverletzung in die Blutbahn gelangen, indem die Zecke sie hineindrückt, ähnlich wie bei einer Injektion.

(5) OLG Düsseldorf, Urteil vom 7. 4. 2009 (I-4 U 39/08)

Die Kl. begehrte von der Bekl. Leistungen aus einer privaten Unfallversicherung. Die Kl. hatte mit der Bekl. seit Dezember 1999 einen Vertrag über eine private Unfallversicherung geschlossen, dem die allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen der Bekl. zugrunde lagen, die den AUB 94 entsprechen.

Die Kl. wurde bei einer Veranstaltung am 19. 6. 2004 in X. von einer Zecke gebissen; sofort nach Erkennen wurde die Zecke von einem anwesenden Arzt begutachtet und sodann von einem anwesenden Pfleger entfernt. Wenige Tage später wurde von einem Arzt der Verdacht auf das Vorliegen einer Borreliose geäußert. Zwischenzeitlich leidet die Kl. u. a. an dem sogenannten Sjögren-Syndrom.

Mit Schreiben vom 17. 9. 2004 teilte die Kl. der Bekl. mit, sie leide aufgrund des Zeckenbisses an einer Borrelioseinfektion. Ausweislich eines Briefes des Chefarztes Dr. E. einer Klinik für Neurologie und zugleich akademisches Lehrkrankenhaus vom 22. 9. 2004 wurde die Kl. am 26. 7. 2004 mit Kopfschmerzen und Abgeschlagenheit dort stationär aufgenommen. Wegen des Verdachts auf eine Neuroborreliose führte die Klinik eine erneute, diesmal intravenöse Antibiose durch, um deren Fortführung bis zum 8. 8. 2004 sie bat, diagnostisch hätten sich keine Zellzahlenerhöhung und kein Nachweis von Borrelien-Antikörpern gezeigt. Als Diagnose wurde neben dem Verdacht auf Neuroborreliose (A 69.2) – zurzeit austherapiert – ein postinfektiöses Erschöpfungssyndrom (F 32.0) sowie eine somatoforme Störung (F 45.0) angegeben. Unter dem 6. 1. 2005 schrieb der Arzt für innere Medizin Prof. Dr. I. unter der Diagnose „aktive Borreliose“, die von ihm durchgeführten Untersuchungen hätten einen unauffälligen serologischen Befund bezüglich der Borreliose ergeben, der Lymphozytentransformationstest gegen Borrelien-Antigene sei jedoch deutlich positiv gewesen, sodass von einer aktiven Borreliose auszugehen sei. Er hielt die erneute Gabe des Medikaments „R.“ für dringend erforderlich. Nach seinen Erfahrungen habe sich in solchen Situationen eine 28-Tage-Kur bewährt. Die Therapie wurde durchgeführt. Mit Arztbrief des Chefarztes der Abteilung für innere Medizin des Städtischen Krankenhauses H. vom 21. 2. 2005 Dr. M. mit der aktuellen Behandlungsdiagnose Verdacht auf Sjögren-Syndrom, Post-Lyme-Disease, Neuroborreliose nach Zeckenbiss hieß es, die vierwöchige Therapie mit dem Medikament „R.“ sei dort wegen der ausgeprägten Symptomatik durchgeführt worden, obwohl schulmedizinisch keine Therapieindikation bestanden habe. Eine klinische Besserung habe dies nicht gebracht. Er stellte einer Rheumaklinik in A. die Kl. nun zur Überprüfung der Diagnose „Rheumafaktor-negatives Sjögren-Syndrom“ vor, falls auch diese Diagnose sich nicht bestätige, sehe er als einzige Differenzialdiagnose nur noch ein Konversionssyndrom. Unter dem 8. 3. 2005 antwortete der Dermatologe Prof. Dr. G. dieser Rheumaklinik dem Chefarzt Dr. M. unter den angegebenen Diagnosen „Sicca-Syndrom (Augen und Mund), rethropatellärer Knorpelschaden links, Zustand nach Borreliose mit Erythema Migrans (7/2004), Großzehengrundgelenksarthrose beidseits“, labormedizinisch hätten sich keine Entzündungszeichen gezeigt, Immunglobuline seien normal, antinukleäre Antikörper, SS-A- und SS-B-Antikörper seien nicht nachweisbar, ebenso wenig Rheumafaktoren, sodass der vordiagnostisch gefundene SS-B-Antikörper nicht plausibel sei. Anhaltspunkte für eine entzündliche Genese hätten sich nicht ergeben. Unter dem 21. 4. 2005 schrieb wiederum der Chefarzt Dr. M. des Städtischen Krankenhauses H. an den Arzt Dr. W. unter Angabe einer aktuellen Behandlungsdiagnose „Verdacht auf Konversionssymptomatik, Zustand nach Neuroborreliose 7/2004, Sicca-Syndrom“, die Möglichkeit einer Konversionssymptomatik werde von der Kl. nach wie vor nicht für möglich gehalten, sie fühle sich auf die „Psychoschiene“ abgeschoben. Er bat um eine fachärztliche Prüfung, ob eine Konversionssymptomatik vorliege.

Das LG hat die Klage abgewiesen.