



# ANWALTGRAF

MICHAEL GRAF PATIENTENANWÄLTE | HEINRICH-VON-STEPHAN-STR. 20 | 79100 FREIBURG

per beA

Landgericht Musterstadt  
Hauptstraße 01

00000 Musterstadt

## MICHAEL GRAF PATIENTENANWÄLTE

MICHAEL GRAF  
Fachanwalt für Medizin-/ Versicherungsrecht

GABRIELA JOHANNES  
Rechtsanwältin, Patientenanwältin

KATHRIN SCHMIDT-TROJE  
Rechtsanwältin, Patientenanwältin

MAUDE LAFORGE  
Rechtsanwältin, Patientenanwältin

HEINRICH-VON-STEPHAN-STR. 20  
79100 FREIBURG (KANZLEISITZ)

LUDWIG-ERHARD-ALLEE 10  
76131 KARLSRUHE (BERATUNGSBÜRO)

SCHUTTERWÄLDERSTR. 4  
77656 MUSTERSTADT (BERATUNGSBÜRO)

TELEFON  
+49 (0) 761 - 897 88 610

TELEFAX  
+49 (0) 761 - 897 88 619

EMAIL  
patienten@anwaltgraf.de

HOMEPAGE  
www.anwaltgraf.de

DATUM  
06.06.2020

ZEICHEN  
Muster-2020

## Antrag auf Durchführung des selbständigen Beweisverfahrens

In Sachen

des Herrn M., Hauptstraße 02, 00000 Musterstadt

- Antragstellerpartei („Antragsteller“) -

VB: Michael Graf Patientenanwälte, Heinrich-von-Stephan-Str. 20, 79100 Freiburg

gegen

Versicherung XY, gesetzlich vertreten durch den Vorstand, Versicherung XY Hauptstraße 03, 00000 Musterstadt (Versicherungsschein-Nr. 123456789)

- Antragsgegnerpartei („Antragsgegnerin“) -

wegen Unfallversicherung

Streitwert: mindestens 142.500,00 EUR

beantragen wir die Durchführung eines selbständigen Beweisverfahrens wie folgt:

UST-ID:  
DEXYXYXX

<b>GESCHÄFTSKONTO</b>	<b>KONTO</b>	<b>BLZ</b>	<b>IBAN</b>	<b>SWIFT (BIC)</b>
Deutsche Bank	0000000	700 700 24	DE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	DEUTDEDBMUC

<b>ANDERKONTO</b>	<b>KONTO</b>	<b>BLZ</b>	<b>IBAN</b>	<b>SWIFT (BIC)</b>
Deutsche Bank	0000000	700 700 24	DE YYYYYYYYYYYYYYYYYYYY	DEUTDEDBMUC



QUALITÄT DURCH  
FORTBILDUNG  
Fortbildungszertifikat der  
Bundesrechtsanwaltskammer

**A.**

In oben bezeichneter Angelegenheit wird namens und in Vollmacht der Antragstellerpartei nach § 485 Abs. 2 ZPO **b e a n t r a g t**,

im Wege der Beweissicherung ein schriftliches Gutachten aus den medizinischen Fachgebieten (1) Unfallchirurgie/Orthopädie und (2) Neurologie einzuholen.

**B.**

Es wird gebeten, dass das Gericht

- jeweils einen ortsfernen Sachverständigen auswählt, welcher nicht im Gebiet der Antragsgegnerin tätig ist, um so die Wahrscheinlichkeit einer privatgutachterlichen Kooperation o.ä. mit der Antragsgegnerin von vornherein zu minimieren;
- jeweils einen Sachverständigen mit Facharzttitel aus den hier in Frage stehenden medizinischen Gebieten der Unfallchirurgie/Orthopädie und Neurologie auswählt.

**C.**

Weiterhin wird **b e a n t r a g t**,

der Antragsgegnerin nach § 142 ZPO aufzugeben, ihre vollständige versicherungsrechtliche Dokumentation, d.h.

- den für den hier in Rede stehenden Zeitpunkt des Versicherungsfalls maßgeblichen Versicherungsschein samt AVB und
- die sonstigen vorliegenden medizinischen Unterlagen über die Antragstellerin (Behandlungsunterlagen, Gutachten etc.)

in Kopie zwecks Begutachtung vorzulegen.

Im selbständigen Beweisverfahren ist eine richterliche Vorlegungsanordnung (§§ 142, 144 ZPO) möglich. In Betracht kommt außerdem die Anordnung einer Vorlage von Urkunden oder sonstigen Unterlagen gegenüber Beteiligten oder Dritten, wenn diese Beweismittel für die Begutachtung durch den Sachverständigen erforderlich sind,

vgl. KG NJW 2014, 85 m.w.N.;  
Musielak, ZPO-Kommentar, 12. Aufl., § 492 ZPO, Rn. 1.

**D.**

Der Antragsteller war/ist im Zusammenhang mit dem streitgegenständlichen Unfallereignis vom 03.07.2015 bei folgenden Ärzten/Kliniken/Einrichtungen in Behandlung:

1. Klinikum 1, Musterstraße 04, 00000 Musterstadt

2. ehemaliges Klinikum 1 Musterstadt, Hauptstraße 06, 00000 Musterstadt
3. Ortsübergreifende Orthopädische Gemeinschaftspraxis, Dr. T., Dr. Z., Prof. Dr. U., Dr. I., Musterstraße 07, 00000 Musterstadt
4. Radiologie XY, Musterstraße 08, 00000 Musterstadt
5. Gesundheitszentrum XY, Musterstraße 09, 00000 Musterstadt
6. Radiologie XY, Musterstraße 10, 00000 Musterstadt
7. Berufsausübungsgemeinschaft Dr. med. S. und O., Musterstraße 11, 00000 Musterstadt
8. Orthopädie, Berufsausübungsgemeinschaft Dres. L., Musterstraße 12, 00000 Musterstadt
9. Kreiskrankenhaus 2, Musterstraße 13, 00000 Musterstadt
10. Praxiszentrum Z., Musterstraße 14, 00000 Musterstadt
11. Dr. med. E., Facharzt für Allgemeinmedizin, Musterstraße 15, 00000 Musterstadt

Wir sind der Auffassung, dass für eine gerichtliche Begutachtung die Einholung aller Behandlungsunterlagen bzgl. dem streitgegenständlichen Unfallereignis vom 03.07.2015 veranlasst werden sollte.

Es wird daher **b e a n t r a g t**,

den o.g. Behandlern nach § 142 ZPO und nach § 428 ZPO aufzugeben,

- die vollständige Behandlungs- und Pflegedokumentation (!) im Original
- inklusive dem gesamten Bildmaterial im Original

zwecks Begutachtung vorzulegen.

Gemäß § 142 Abs. 1 S. 1 ZPO kann das Gericht anordnen, dass eine Partei oder ein Dritter die in ihrem oder seinem Besitz befindlichen Urkunden und sonstigen Unterlagen, auf die sich eine Partei bezogen hat, vorlegt.

Die Anordnung ergeht nach dem eindeutigen Wortlaut der Vorschrift von Amts wegen und steht im Ermessen des Gerichts. Dieses Ermessen ist laut der obergerichtlichen Rechtsprechung des OLG Nürnberg „regelmäßig dahingehend auszuüben, dass die Vorlage angeordnet wird“, da „.... die Anordnung der Vorlage der Behandlungsunterlagen zur Vorbereitung durch einen medizinischen Sachverständigen (...) zulässig und geboten“ ist (OLG Nürnberg, Beschl. v. 14.03.2017 - Az. 5 W 1043/16).

Dementsprechend ist gerade dann, wenn -wie hier- im Antrag auf Durchführung eines selbständigen Beweisverfahrens eine schlüssige und konkrete Darlegung des Behandlungsgeschehens aufgeführt wird und dem Gericht damit eine Prüfung nach § 142 ZPO und eine Anwendung des § 142 ZPO möglich ist, mit Huber die Anwendung von § 142 ZPO zu bejahen (Huber, Musielak, ZPO, 12. Aufl., § 492 Rn. 1).

Sollten die Sachverständigen der Meinung sein, dass sie für die Begutachtung weitere Krankenunterlagen, Bildbefunde etc. benötigen, so beantragen wir, dass die Sachverständigen diese Unterlagen selbständig bei den jeweiligen ärztlichen Behandlern anfordern (§ 404a Abs. 4 ZPO), vgl. hierzu:

„Die Ermittlung und Aufklärung darf dem Sachverständigen (...) überlassen werden, wenn (...) Beispiele: Beziehung von und Einsicht in (...) Krankenhausunterlagen oder Arztberichten.“

vgl. Musielak, Kommentar ZPO, 12. Aufl., § 404a ZPO, Rn. 5.

#### **E. Im Einzelnen soll Beweis über die folgenden Fragen erhoben werden:**

1. Invalidität? Liegen bei dem versicherten Antragsteller folgende unfallchirurgisch/orthopädisch und/oder neurologisch zu bewertenden körperlichen Beeinträchtigungen unfallbedingt, d.h. durch den Unfall vom 03.07.2015 verursacht, vor?:
  - bzgl. des rechten Armes:
    - massive belastungsunabhängige, sich bei Belastung intensivierende Schmerzen im rechten Schultergelenk mit Schmerzausstrahlung in den gesamten rechten Arm?
    - massiv schmerzhafteste Bewegungseinschränkungen des rechten Armes in allen Ebenen mit Betroffenheit des Ellenbogengelenks bei der Beugung und Umwendbewegung, insbesondere massiv eingeschränkte Beweglichkeit des rechten Schultergelenks bzw. Funktionslosigkeit des rechten Armes im Schultergelenks? Rotationsbewegungen oder Über-Kopf-Arbeiten sind nicht durchführbar? Nacken- und Schürzengriff rechtsseitig nicht durchführbar?
    - spürbares Springen im ventralen Schultergelenksbereich bei Anteversionsbewegungen?
    - erheblich verminderte Beweglichkeit im rechten Ellenbogengelenk mit verminderter Unterarmauswärtsdrehung?
    - Schultergelenksprothese rechts?
    - Kraftlosigkeit des gesamten rechten Armes?
    - deutliche Verschmächtigung der Schulterkappen-, Ober- und Unterarmmuskulatur rechts?
    - massive Muskelminderung insbesondere am rechten Oberarm sowie der rechten Schulterklappenmuskulatur?
    - ca. 11 cm lange leicht bogenförmige äußerst berührungsempfindliche Narbe nahe des rechten Schultergelenkes?
    - ca. 13 cm lange äußerst berührungsempfindliche Narbe über dem rechten Schultergelenk?

- das Schlafen auf der rechten Körperseite ist nicht mehr möglich?
- Einnahme einer Schon- bzw. Fehlhaltung?
- bzgl. der rechten Hand sowie sämtlicher Finger der rechten Hand:
  - massive belastungsunabhängige, sich bei Belastung intensivierende Schmerzen in der rechten Hand?
  - massive schmerzbedingte Bewegungseinschränkungen der rechten Hand?
  - Kraftlosigkeit der rechten Hand?
  - regelmäßiges Kribbelgefühl in der rechten Hand?
  - Faustschluss und Fingerstreckung nur erheblich erschwert möglich?

— Vorgaben an den Sachverständigen für die Beantwortung der obigen Beweisfrage 1:

a)

Der Versicherer schuldet die für den Fall der Invalidität versprochenen Leistungen, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt beeinträchtigt ist. Es müssen lediglich die unfallbedingten Gesundheitsschäden festgestellt und nach medizinischen Gesichtspunkten gewertet werden, in welchem Umfang sie Fähigkeiten und Leistungen des Verletzten beeinträchtigen. Maßgebend sind die jeweiligen Funktionsausfälle (Prölss/Martin/Knappmann, 30. Aufl. 2018, VVG § 180 Rn. 3).

b)

Das Unfallereignis muss lediglich mitursächlich für die Gesundheitsschädigung sein (sogenannte haftungsbegründende Kausalität), vgl. Kloth, Private Unfallversicherung, 2. Aufl., E. Der Unfall Rn. 76.

c)

— § 286 ZPO erfordert keinen Nachweis mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit. Erforderlich ist lediglich "ein für das praktische Leben brauchbarer Grad von Gewissheit, der Zweifeln Schweigen gebietet, ohne sie vollständig auszuschließen" (vgl. Kloth, Private Unfallversicherung, V. Übersicht über die Beweislast in der Unfallversicherung Rn. 2). Da insbesondere in medizinischen Fragestellungen aufgrund der individuellen körperlichen Eigenschaften und Gegebenheiten der Patienten eine „an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit“ (wie sie in anderen naturwissenschaftlichen Bereichen zu erreichen ist), nicht gefordert werden kann, muss eine Wahrscheinlichkeit von 80-90 % als für den Kausalitätsnachweis nach § 286 ZPO als ausreichend betrachtet werden, vgl. OLG Hamm, Urteil vom 21.06.1996, Az. 20 U 351/94; LG München I, Urteil vom 28.05.2003, Az. 9 O 14993/99.

2. Liegen darüber hinaus bei dem Antragsteller sonstige unfallbedingte (möglicherweise aus einem anderen medizinischen Fachgebiet zu beurteilende) Beeinträchtigungen vor? Welche?

Vorgaben an den Sachverständigen für die Beantwortung der obigen Beweisfrage 2:

a)

Der Versicherer schuldet die für den Fall der Invalidität versprochenen Leistungen, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt beeinträchtigt ist. Es müssen lediglich die unfallbedingten Gesundheitsschäden festgestellt und nach medizinischen Gesichtspunkten gewertet werden, in welchem Umfang sie Fähigkeiten und Leistungen des Verletzten beeinträchtigen. Maßgebend sind die jeweiligen Funktionsausfälle (Prölss/Martin/Knappmann, 30. Aufl. 2018, VVG § 180 Rn. 3).

b)

Das Unfallereignis muss lediglich mitursächlich für die Gesundheitsschädigung sein (sogenannte haftungsbegründende Kausalität), vgl. Kloth, Private Unfallversicherung, 2. Aufl., E. Der Unfall Rn. 76.

c)

§ 286 ZPO erfordert keinen Nachweis mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit. Erforderlich ist lediglich "ein für das praktische Leben brauchbarer Grad von Gewissheit, der Zweifeln Schweigen gebietet, ohne sie vollständig auszuschließen" (vgl. Kloth, Private Unfallversicherung, V. Übersicht über die Beweislast in der Unfallversicherung Rn. 2). Da insbesondere in medizinischen Fragestellungen aufgrund der individuellen körperlichen Eigenschaften und Gegebenheiten der Patienten eine „an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit“ (wie sie in anderen naturwissenschaftlichen Bereichen zu erreichen ist), nicht gefordert werden kann, muss eine Wahrscheinlichkeit von 80-90 % als für den Kausalitätsnachweis nach § 286 ZPO als ausreichend betrachtet werden, vgl. OLG Hamm, Urteil vom 21.06.1996, Az. 20 U 351/94; LG München I, Urteil vom 28.05.2003, Az. 9 O 14993/99.

3. Auf Dauer? Bestehen diese Beeinträchtigungen auf nicht absehbare Zeit oder bestanden bzw. bestehen diese länger als drei Jahre ab dem Unfall vom 03.07.2015? (Anmerkung: Die Beurteilung des Dauerzustandes kann der Sache nach lediglich eine von dem ärztlichen Wissensstand zur Zeit der Beurteilung und der Erfahrung des Arztes getragene Prognose sein. An die

Prognose sind keine hohen Anforderungen zu stellen, denn eine ärztliche Prognose beinhaltet stets eine gewisse Unsicherheit und Vermutung.)

Vorgaben an den Sachverständigen für die Beantwortung der obigen Beweisfrage 3:

Eine dauernde Beeinträchtigung ist nach § 180 VVG bereits gegeben, wenn nach ärztlicher Prognose eine Beeinträchtigung, deren Ausmaß nicht feststehen muss, voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird (vgl. Prölss/Martin/Knappmann, 30. Aufl. 2018, VVG § 180 Rn. 5). Die Drei-Jahresfrist beginnt mit dem Unfall. Prognostiziert werden muss der Zustand zum Ende dieser Zeitspanne und die anschließende Entwicklung (vgl. Prölss/Martin/Knappmann, 30. Aufl. 2018, VVG § 180 Rn. 5). Bleibt die Entwicklung für die Zeit nach drei Jahren unsicher, geht dies zu Lasten der Unfallversicherung (vgl. Prölss/Martin/Knappmann, 30. Aufl. 2018, VVG § 180 Rn. 5). Erweist sich die ärztliche Prognose nachträglich als falsch, liegt das in der Natur einer jeden Prognose. Der VN braucht erbrachte Leistungen nicht zurückzuerstatten (vgl. Prölss/Martin/Knappmann, 30. Aufl. 2018, VVG § 180 Rn. 7).

4. Invalidität nach Gliedertaxe?: Besteht bei dem Antragsteller jeweils eine vollständige oder teilweise Funktionsbeeinträchtigung der in der Gliedertaxe der vorliegenden Unfallversicherung (§ 9 I. Abs. 3 a) AURB 98) genannten Körperteile oder Sinnesorgane? Wenn ja, zu wie viel Prozent sind die jeweiligen Körperteile oder Sinnesorgane in ihrer Funktionsfähigkeit beeinträchtigt?

Vorgaben an den Sachverständigen für die Beantwortung der obigen Beweisfrage 4:

Im Rahmen des § 287 ZPO reicht für die Überzeugungsbildung eine bloss überwiegende auf gesicherter Grundlage beruhende Wahrscheinlichkeit aus (vgl. als Anlage AS8 Kloth, Private Unfallversicherung, V. Übersicht über die Beweislast in der Unfallversicherung Rn. 3). Die Erleichterungen des § 287 ZPO gelten für die Kausalität zwischen erster Gesundheitsbeschädigung und der späteren Beeinträchtigung sowie für den Invaliditätsgrad. Auf das geringere Beweismaß bei dem Kausalitätsbeweis ist der Sachverständige hinzuweisen (vgl. Prölss/Martin/Knappmann, 30. Aufl. 2018, VVG § 180 Rn. 6).

5. Invalidität für nicht in der Gliedertaxe genannte Körperfunktionen (§ 9 I. Abs. 3 b) AURB 98)? Besteht bei dem Antragsteller daneben oder gesondert jeweils eine teilweise Funktionsbeeinträchtigung von nicht in der Gliedertaxe der Versicherung genannten Körperfunktionen? Wenn ja,

zu wie viel Prozent führt dies zu einer Beeinträchtigung der normalen körperlichen und/oder geistigen Gesamtleistungsfähigkeit?

Vorgaben an den Sachverständigen für die Beantwortung der obigen Beweisfrage 5:

Im Rahmen des § 287 ZPO reicht für die Überzeugungsbildung eine bloss überwiegende auf gesicherter Grundlage beruhende Wahrscheinlichkeit aus (vgl. Kloth, Private Unfallversicherung, V. Übersicht über die Beweislast in der Unfallversicherung Rn. 3). Die Erleichterungen des § 287 ZPO gelten für die Kausalität zwischen erster Gesundheitsbeschädigung und der späteren Beeinträchtigung sowie für den Invaliditätsgrad. Auf das geringere Beweismaß bei dem Kausalitätsbeweis ist der Sachverständige hinzuweisen (vgl. Prölss/Martin/Knappmann, 30. Aufl. 2018, VVG § 180 Rn. 6).

Die obigen Beweisfragen inklusive den Vorgaben an den Sachverständigen sind zulässig. Vor Einholung eines Sachverständigengutachtens sind dem Sachverständigen verständliche Vorgaben machen. Hierzu zählt insbesondere die Erläuterungen von Rechtsbegriffen und Sachverhalten, von denen der Sachverständige als gegeben ausgehen soll. Folgende Punkte sollten gegenüber dem Sachverständigen hierbei erläutert werden:

- Erläuterung des Rechtsbegriffs der Invalidität
- Erläuterung, ob und wie die Invalidität nach oder außerhalb der Gliedertaxe zu ermitteln ist
- Mitteilung, welcher Zeitpunkt für die Invaliditätsbemessung maßgebend ist
- Belehrung über das erforderliche Beweismaß.

(vgl. Kloth, Private Unfallversicherung, 2. Aufl., U. Der Unfallversicherungsprozess Rn. 96 f.)

**Begründung:**

**F. Sachverhalt / Leistungsfall**

I)

Aufgrund des streitgegenständlichen Unfallereignisses vom 03.07.2015 besteht bei dem Antragsteller eine unfallbedingte Gesamtinvalidität in Höhe von 100 %. Hieraus folgt aus dem Versicherungsschein vom 13.08.2004 (Versicherungsschein-Nr. 123456789) iVm den maßgeblichen Versicherungsbedingungen „Allgemeine Bedingungen für die Unfallrentenversicherung (AURB 98)“ ein Anspruch des Antragstellers gegenüber der Antragsgegnerin auf Zahlung einer monatlichen Invaliditätsrente in Höhe von 1.500,00 EUR seit Juli 2015.



Die Vertragsunterlagen werden vorgelegt als **Anlagenkonvolut AS1**.

II)

Es soll durch die **Einholung eines unfallchirurgischen/orthopädischen Sachverständigengutachtens** darüber Beweis erhoben werden, dass und inwieweit der Antragsteller durch den streitgegenständlichen Unfall am 03.07.2015 zu Schaden gekommen ist.

III)

1)

Unstreitig unterhält der Antragsteller laut Versicherungsschein vom 13.08.2004 seit dem 01.09.2004 bei der Antragsgegnerin eine private Unfallversicherung. Im Rahmen dieser ist u.a. eine monatliche Invaliditätsrente bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % in Höhe von 1.500,00 EUR versichert.

Es gelten die Versicherungsbedingungen „Allgemeine Bedingungen für die Unfallrentenversicherung (AURB 98)“,

vgl. Vertragsunterlagen in **Anlagenkonvolut AS1**.

2)

Der Antragsteller war am 03.07.2015 zu Hause in seinem Garten auf seine rechte Körperseite gestürzt, als sich beim Übersteigen eines Stück Holz seine Unterschenkelprothese, welche neu angepasst worden war, löste. Unmittelbar nach dem Sturz verspürte der Antragsteller starke Schmerzen in der rechten Schulter sowie in der rechten Hüfte.

Sodann wurde im Klinikum 1 folgende Diagnose gestellt:

„perthrochantäre Femurfraktur rechts  
Subluxation rechte Schulter  
(...)“,

vgl. Arztbericht des Klinikums 1 vom 10.08.2015  
in **Anlagenkonvolut AS2**.

Die Subluxation im rechten Schulterbereich wurde noch in der Notaufnahme des Klinikums reponiert (= eingerenkt) und ein Gilchristverband angelegt.

Am 04.07.2015 wurde die Oberschenkelfraktur durch Einlage einer dynamischen Hüftschraube operativ versorgt,

vgl. OP-Bericht des Klinikums 1 vom 10.07.2015.

Am 13.07.2015 wurde der Antragsteller, welcher noch immer an „höllischen“ Schmerzen in der rechten Schulter litt, wieder aus der Klinik entlassen,

vgl. Arztbericht des Klinikums 1 vom 10.08.2015  
in Anlagenkonvolut AS2.

3)

Während der anschließenden ambulanten teilstationären Rehabilitationsbehandlung in Musterstadt ab dem 21.07.2015 ist dem unfallgeschädigten Antragsteller mehrfach die rechte Schulter ausgekugelt. Aufgrund der persistierenden starken Schmerzen in der rechten Schulter wurde am 24.07.2015 in der Radiologie XY eine MRT-Untersuchung der rechten Schulter durchgeführt. Diese ergab eine Impressionsfraktur nach Hill-Sachs am Oberarmkopf sowie eine klassische Bankart-Läsion mit Abriss der Schultergelenkpfannenlippe. Zudem zeigte die MRT-Diagnostik ein Knochenmarködem am vorderen Schultergelenkrand sowie einen deutlichen Gelenkerguss,

vgl. Arztbericht der Radiologie XY vom 24.07.2015  
in Anlagenkonvolut AS2.

Daraufhin musste am 27.07.2015 die Rehabilitationsbehandlung vorzeitig abgebrochen werden.

Im Ärztlichen Abschlussbericht der Reha-Einrichtung in Musterstadt vom 28.07.2015 heißt es:

„Am Mo. 27.07.2015 beim Durchsehen der MRT-Bilder re. Schulter vom 24.07.2015 hier im Hause zeigte sich eine subkapitale Humerusfraktur re., nicht disloziert. Da die Fraktur noch frisch ist (Sturz 03.07.2015) haben wir die AHB aus diesem Grund beendet.“

vgl. Ärztlicher Abschlussbericht der Gesundheitszentrum XY vom  
28.07.2015 in Anlagenkonvolut AS2.

4)

Sodann erfolgte am 29.07.2015 in der Radiologie XY in Musterstadt eine CT-Untersuchung des rechten Schulgelenkes, welche die große knöcherne Bankart-Läsion bestätigte:

„Im Vergleich zum vorangegangenen Kernspintomogramm zeigt sich unverändert die Hill Sachs-Delle. Die vordere untere knöcherne Gelenkklippe zeigt

sich abgerissen und disloziert. Im Querschnitt das Fragment 15 x 7 mm durchmessend. Dislokation nach medial und gering nach ventral.“

vgl. Arztbericht der Radiologie XY vom 29.07.2015  
in Anlagenkonvolut AS2.

5)

Am 04.08.2015 wurde beim unfallgeschädigten Antragsteller eine offene Reposition und Schraubenosteosynthese des Bankart-Fragmentes sowie eine Kapselplastik nach Neer durchgeführt. Der operative Eingriff, bei welchem dem Antragsteller unfallbedingt drei Scarf-Schrauben in das rechte Schultergelenk eingesetzt werden mussten, erfolgte im Klinikum 1.

Initial wurde die Ruhigstellung im Gilchristverband sowie Physiotherapie angeordnet. Zudem wurde eine „Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung über eine fremdkraftbetriebene (passive) Schulterbewegungsschiene“ ausgestellt. Am 11.08.2015 wurde der unfallbedingt geschädigte Antragsteller aus der Klinik entlassen,

vgl. OP-Bericht des Klinikums 1 vom 04.08.2015;  
Arztbericht des Klinikums 1 vom 04.08.2015  
in Anlagenkonvolut AS2.

6)

In der Folgezeit wurde der unfallgeschädigte Antragsteller mehrfach in der ortsübergreifenden orthopädischen Gemeinschaftspraxis in Musterstadt vorstellig und klagte über persistierende Bewegungseinschränkungen der rechten Schulter sowie über massive Schmerzen.

In der Patientenakte wurde am 28.09.2015 sowie am 04.11.2015 vermerkt:

„noch Schmerzen, (...). Nackengriff bedingt möglich. Schürzengriff nicht möglich.“

„(...) noch aktive Bewegungseinschränkung“,

vgl. Karteieinträge der ortsübergreifenden orthopädischen Gemeinschaftspraxis XY.  
in Anlagenkonvolut AS2.

7)

Am 22.12.2015 wurde aufgrund persistierender Schmerzsymptomatik in der RADIOLOGIE Musterstadt eine CT-Untersuchung des rechten Schultergelenkes durchgeführt. Hierbei zeigte sich eine muldenförmige Defektzone am Oberarmkopf ventralseitig. Zudem ergab die CT-Diagnostik, dass die eingebrachten Schrauben bis in den Gelenkspalt hineinragten, bis an die muldenförmige Zone im

Bereich des Oberarmkopfes heran. Die knöchernen Bankart-Läsion stellte sich nur partiell knöchern konsolidiert dar, zudem war eine angedeutete Stufenbildung ersichtlich. Ferner zeigte die CT-Untersuchung eine Arthrose am Schulterergelenk sowie Arthrosen im Schultergelenk,

vgl. Arztbericht der RADIOLOGIE Musterstadt vom 22.12.2015  
in Anlagenkonvolut AS2.

8)

Bei persistierenden Ruhe- und Belastungsschmerzen in der rechten Schulter wurde am 08.01.2016 in der Praxis Dr. med. S. und O. In Musterstadt folgender Befund erhoben:

„08.01.2016 Klinisch Schulter schmerzhaft fast komplett eingesteift. (...) Die 2 superioren Schrauben in i.a. Fehlstellung mit korrespondierendem großem knöchernen Defekt des Humeruskopfes, zusätzlich dtl. Hill-Sachs-Läsion.“

„Klinisch und MR-tomographisch Zeichen der Dislokation 2 er Schrauben nach Glenoidosteosynthese, jetzt Kontakt zum Humeruskopf und Zeichen der osteochondralen Läsion, Schulteresteifung schmerzhaft, beginnende Omarthrose. Persistierende Ruhe- und Belastungsschmerzen.“

Sodann wurde die Indikation für einen operativen Revisionseingriff gestellt,

vgl. Arztbericht der Berufsausübungsgemeinschaft Dr. med. S. und  
O. vom 08.01.2016 und 27.01.2016  
in Anlagenkonvolut AS2.

9)

Im Arztbericht der sportorthopädischen Praxis XY vom 14.01.2016 wird ausgeführt:

„Beschwerden und Bewegungseinschränkung rechtes Schultergelenk bei Zustand nach offener Pfannendachrekonstruktion rechte Schulter bei großem knöchernem Bankart-Fragment sowie 4 Wochen alter Schulterluxation rechts.“

vgl. Arztbericht der Sportorthopädie, Berufsausübungsgemeinschaft  
Dres. L. in Musterstadt vom 14.01.2016  
in Anlagenkonvolut AS2.

Während des stationären Aufenthaltes im Kreiskrankenhaus Musterstadt vom 25.01. bis zum 27.01.2016 wurde im Rahmen einer Schulterarthroskopie eine ausgiebige Arthrolyse (= chirurgisch-orthopädisches Verfahren, um die Beweglichkeit eines Gelenks wiederherzustellen) und Adhäsiolyse (= operatives Lösen von Verwachsungen) durchgeführt. Die einliegenden Schrauben wurden entfernt. Zudem erfolgte eine Knochenbohrung, eine Lyse der Unterschulterblattmuskelsehne sowie

eine teilweise Entfernung der Gelenkinnenhaut. Postoperativ wurde erneut Physiotherapie verordnet,

vgl. OP-Bericht der Berufsausübungsgemeinschaft Dr. med. S. und O. vom 25.01.2016;  
Arztbericht des Kreiskrankenhauses Musterstadt vom 25.01.2016;  
Arztbericht der Berufsausübungsgemeinschaft Dr. med. S. und O. vom 27.01.2016  
in Anlagenkonvolut AS2.

10)

Im Arztbericht der Praxis Dr. med. S. und O. in Musterstadt vom 23.02.2016 heißt es:

„Therapievorschlag:  
23.02.2016 Weiterhin Physiotherapie, selbständiges Beüben der Rotation. Von einer bleibenden Invalidität ist auszugehen. (...).“

vgl. Arztbericht der Berufsausübungsgemeinschaft Dr. med. S. und O. vom 24.02.2016  
in Anlagenkonvolut AS2.

11)

Die am 22.04.2016 in der Praxis Dr. med. S. und O. in Musterstadt durchgeführte Röntgenuntersuchung zeigte u.a. beginnende Osteophyten sowie einen Defekt bzw. eine Entrundung der humeralen Gelenkfläche. Zudem wird eine noch deutliche Rotationseinschränkung nach Entfernung der dislozierten Schrauben beschrieben. Der durch die Schraubenköpfe entstandene Knorpel-/Knochendefekt hat zu einer deutlichen Arthrose geführt. In Anbetracht der Infektsituation des Beines wurde dem Antragsteller empfohlen, mit einem endoprothetischen Schultergelenkersatz noch mindestens ein halbes Jahr zu warten,

vgl. Arztbericht der Berufsausübungsgemeinschaft Dr. med. S. und O. vom 26.04.2016  
in Anlagenkonvolut AS2.

12)

Bei weiterhin zunehmender Schmerzsymptomatik im rechten Schultergelenk mit Ausstrahlung in den gesamten rechten Arm erfolgte am 04.11.2016 eine erneute Vorstellung in der Praxis Dr. med. S. und O. in Musterstadt. Ferner verspürte der Antragsteller unfallbedingt nunmehr auch in der rechten Hand starke Schmerzen verbunden mit einem Kribbelgefühl. Es bestand der Verdacht eines Karpaltunnelsyndroms,

vgl. Arztbericht der Berufsausübungsgemeinschaft Dr. med. S. und O. vom 04.11.2016

in Anlagenkonvolut AS2.

13)

Die am 17.11.2016 in der RADIOLOGIE Musterstadt erfolgte MRT-Untersuchung zeigte eine Schultergelenkarthrose mit Verformung des Oberarmkopfes und teilweise auch der Schultergelenkpfanne, ein Reizzustand der Obergrätenmuskelsehne, ein gelenkseitiger Einriss der Sehne sowie eine Arthrose des Schultergelenkes.

Wir verweisen insoweit auf den Arztbericht der RADIOLOGIE Musterstadt vom 22.11.2016:

„Hochgradige Omarthrose, die Knorpeldeckung ist nahezu vollständig abgerieben. Deformierung des Humeruskopfes, sowie auch der glenoidalen Pfanne. Die Supraspinatussehne ist intakt, lediglich leichter gelenkseitiger Einriss (...) im mittleren bis ventralen Drittel. Leichte AC-Gelenkarthrose.“

vgl. Arztbericht der RADIOLOGIE Musterstadt vom 22.11.2016  
in Anlagenkonvolut AS2.

Im Karteieintrag der Praxis Dr. med. S. und O. in Musterstadt vom 05.12.2016 heißt es:

„Fortgeschrittene Omarthrose, praktisch kein Knorpel mehr vorhanden, dtl. Osteophyten, (...). Klinisch: Weiter massive schmerzhafte Bew.einschr.“

vgl. Karteieintrag der Berufsausübungsgemeinschaft Dr. med. S. und O. vom 05.12.2016 (Ausdruck vom 09.10.2018)  
in Anlagenkonvolut AS2.

14)

Die unfallbedingten Beeinträchtigungen des Antragstellers an seiner rechten Schulter nahmen weiter zu. Daher wurde der Antragsteller 27.01.2017 im ehemaligen Klinikum 1 Musterstadt-Musterstadt vorstellig.

Dort wurde Folgendes festgestellt:

„In Anbetracht des klinischen, radiologischen und kernspintomographischen Befundes, besteht die Indikation zum gelenkendoprothetischen Ersatz des rechten Schultergelenkes. Wir empfehlen die Implantation einer Schulter-Hemiprothese Typ Global unite. (...)“,

vgl. Arztbericht des ehemaligen Klinikums 1 Musterstadt-Musterstadt vom 30.01.2017  
in Anlagenkonvolut AS2.

15)

Während des stationären Aufenthaltes im ehemaligen Klinikum 1 Musterstadt-Musterstadt vom 28.03. bis zum 05.04.2017 erfolgte bei Oberarmkopf- nekrose mit schmerzhafter Bewegungseinschränkung („Der Patient klagt über unerträgliche Schmerzen des rechten Schultergelenkes.“) am 29.03.2017 die Implantation einer Hemiprothese am rechten Schultergelenk. Postoperativ erfolgte eine physiotherapeutische Beübung,

vgl. OP-Bericht des des ehemaligen Klinikums 1 Musterstadt-Musterstadt vom 05.04.2017;  
Arztbericht des ehemaligen Klinikums 1 Musterstadt-Musterstadt vom 30.03.2017  
in Anlagenkonvolut AS2.

16)

Vom 15.05. bis zum 13.06.2017 fand eine weitere Rehabilitationsbehandlung in der Gesundheitszentrum XY in Musterstadt statt. Im Ärztlichen Abschlussbericht vom 14.06.2017 wird ausgeführt.:

„Medikation bei Entlassung:

Aktuelle Schmerzindikation mit Tilidin 50/4 mg 0-0-1, Ibuprofen 800 bei Bedarf bis 3 (...).“,

vgl. Ärztlicher Abschlussbericht der Gesundheitszentrum XY vom  
14.06.2017 in Anlagenkonvolut AS2.

17)

Am 30.06.2017 wurde der unfallgeschädigte Antragsteller aufgrund persistierender Bewegungseinschränkungen des rechten Schultergelenkes sowie unerträglicher Schmerzen mit Ausstrahlung in den gesamten rechten Arm erneut im ehemaligen Klinikum 1 Musterstadt-Musterstadt vorstellig. Im Arztbericht des ehemaligen Klinikums 1 Musterstadt-Musterstadt vom 03.07.2017 heißt es:

„Befund:

(...) Druckschmerz über dem ventralen Schultergelenk. Die Schultergelenksbeweglichkeit ist aktiv eingeschränkt (...). (...) der Patient bemerkt ein Springen im ventralen Schultergelenksbereich bei Anteversionsbewegungen.

(...)

Therapie/Procedere:

(...)

Sollte sich mittelfristig keine Verbesserung des Beschwerdebildes ergeben, so bestünde noch die Möglichkeit eines Revisionseingriffes mit Implantaten einer Glenoidkomponente, da das vom Patienten angegebene Schnappphänomen durchaus einem Subluxationsphänomen nach Bankartläsion entsprechen könnte.“,

vgl. Arztbericht des ehemaligen Klinikums 1 Musterstadt-Musterstadt vom 03.07.2017  
in Anlagenkonvolut AS2.

18)

Am 28.07.2017 erfolgte aufgrund persistierender Schultergelenksschmerzen sowie persistierender eingeschränkter Schultergelenksbeweglichkeit - trotz intensiver konservativer Therapie - eine erneute Vorstellung im ehemaligen Klinikum 1 Musterstadt-Musterstadt,

vgl. Arztbericht des ehemaligen Klinikums 1 Musterstadt-Musterstadt vom 31.07.2017  
in Anlagenkonvolut AS2.

19)

Am 10.08.2017 fand bzgl. der unfallbedingt geschädigten rechten Schulter des Antragstellers eine Untersuchung im Praxiszentrum Z. in Musterstadt statt. Im Arztbericht vom 02.09.2017 heißt es:

„Einschränkung rechts, passiv zwar beweglich, aktiv nicht, (...) Kraftgrade um 4/5, DD Plexusverletzung, (...). (...) Taubheitsgefühl im Handballen ohne höhergradiges Karpaltunnelsyndrom rechts. (...) Möglicherweise im Rahmen der P doch Plexusdehnung und deshalb leichte Paresen. (...).“

vgl. Arztbericht des Praxiszentrums Z. vom 02.09.2017  
in Anlagenkonvolut AS2.

20)

Am 18.08.2017 stellte sich der unfallgeschädigte Antragsteller erneut im ehemaligen Klinikum 1 Musterstadt-Musterstadt vor. Im Arztbericht vom 05.10.2017 wird daraufhin folgende Diagnose gestellt:

„Persistierende Bewegungseinschränkung nach Implantaten einer Schulterhemiprothese rechts bei Humeruskopfnekrose nach traumatischer Schulterluxation und Rezitation eines Bankartfragmentes 2015  
Verdacht auf Subluxationsstellung der Schulterhemiprothese“

Sodann wurde die Indikation zur offenen Revision des rechten Schultergelenkes mit Implantation eines Glenoidersatzes gestellt,

vgl. Arztbericht des ehemaligen Klinikums 1 Musterstadt-Musterstadt vom  
05.10.2017  
in Anlagenkonvolut AS2.

21)

Vom 15.10. bis zum 20.10.2017 befand sich der Antragsteller unfallbedingt erneut im ehemaligen Klinikum 1 Musterstadt-Musterstadt in stationärer Behandlung. Aufgrund persistierender Bewegungseinschränkungen der rechten Schulter war sodann am 16.10.2017 der Wechsel der Schulterhemienendoprothese auf eine inverse Schulter-TEP erforderlich,



vgl. Arztbericht des ehemaligen Klinikums 1 Musterstadt-Musterstadt  
vom 17.10.2017 und 14.12.2017;  
OP-Bericht des Klinikums Musterstadt-Musterstadt vom 20.10.2017  
in Anlagenkonvolut AS2.

22)

Am 15.11.2017 stellte sich der Antragsteller aufgrund unerträglicher Schmerzen in der Schulter mit Ausstrahlung in den gesamten rechten Arm erneut im ehemaligen Klinikum 1 Musterstadt-Musterstadt vor:

„Die aktuelle Beschwerdesymptomatik des Patienten ist am ehesten im Sinne eines muskulären Hypertonus der Schulternackermuskulatur zu verstehen, (...).“

vgl. Arztbericht des ehemaligen Klinikums 1 Musterstadt-Musterstadt vom 21.11.2017  
in Anlagenkonvolut AS2.

23)

Postoperativ schloss sich vom 27.11. bis zum 06.12.2017 erneut eine ambulante Rehabilitationsbehandlung in Musterstadt an.

Im Ärztlichen Abschlussbericht vom 15.12.2017 heißt es:

„Obere Extremität:  
(...). Schürzen-/Nackengriff li. uneingeschränkt, re. wird beim Nackengriff so gerade der Nacken erreicht, Schürzengriff ist nicht möglich, hier wird die Trochanterregion erreicht. Ein Druckschmerz besteht re. deutlich subacromial. (...).“

vgl. Ärztlicher Abschlussbericht des Gesundheitszentrum XY vom 15.12.2017  
in Anlagenkonvolut AS2.

Ferner kam es während des Reha-Aufenthaltes zu einer massiven Rötung und Schwellung im Bereich des mittleren Narbendrittels mit Überwärmung, so dass im Rahmen des stationären Aufenthaltes im ehemaligen Klinikum 1 Musterstadt-Musterstadt vom 06.12. bis zum 15.12.2017 bei periprothetischem Frühinfekt am 07.12.2017 die offene Revision sowie der Wechsel mehrerer Komponenten der Schulterprothese erfolgte und eine entsprechende antiobiogrammgerichte antibiotische Therapie durchgeführt werden musste. Diese wurde bis März 2018 fortgeführt,

vgl. Arztbericht des ehemaligen Klinikums 1 Musterstadt-Musterstadt  
vom 07.12.2017 und 14.12.2017;  
OP-Bericht des des ehemaligen Klinikums 1 Musterstadt-Musterstadt vom 13.12.2017  
in Anlagenkonvolut AS2.

24)

Bis heute leidet der schwerst unfallgeschädigte Antragsteller an unerträglichen Schmerzen im rechten Schultergelenk mit Ausstrahlung in den gesamten rechten Arm. Weiterhin leidet der Antragsteller unfallbedingt an starken Schmerzen in der rechten Hand verbunden mit einem regelmäßigen Kribbelgefühl. Es handelt sich hierbei um belastungsunabhängige, sich bei Belastung intensivierende Schmerzen. Er ist auf die ständige Einnahme schmerzlindernder Medikamente mit all deren verheerenden Nebenwirkungen angewiesen. Aufgrund der unfallbedingten Schmerzen leidet der Antragsteller zudem an Ein- und Durchschlafstörungen.

Die Gebrauchsfähigkeit seines rechten Armes im Schultergelenk ist unfallbedingt vollständig aufgehoben. Die Gebrauchsfähigkeit seines rechten Ober- und Unterarmes sowie seiner rechten Hand ist unfallbedingt massiv eingeschränkt. Unfallbedingt sind dem Antragsteller als Rechtshänder nahezu sämtliche Tätigkeiten mit dem rechten Arm bzw. der rechten Hand nicht mehr möglich. So ist der Antragsteller unfallbedingt etwa nicht mehr in der Lage, mit der rechten Hand eine Wasserflasche anzuheben, um sich etwas zu Trinken einzuschenken oder mit der rechten Hand die Gabel zum Mund zu führen.

Zudem zieht sich beim Antragsteller unfallbedingt nahe des rechten Schultergelenkes eine knapp 11 cm lange, leicht bogenförmige äußerst berührungsempfindliche Narbe. Über dem rechten Schultergelenk befindet sich eine weitere unfallbedingte ca. 13 cm lange äußerst berührungsempfindliche Narbe.

Fakt ist, unfallbedingt ist der rechte Arm des Antragstellers im Schultergelenk nicht mehr gebrauchsfähig; der rechte Ober- und Unterarm sowie die rechte Hand des Antragstellers sind in ihrer Gebrauchsfähigkeit unfallbedingt massiv eingeschränkt.

Mithin leidet der Antragsteller bis heute insbesondere an folgenden unfallbedingten Beeinträchtigungen:

- bzgl. des rechten Armes:
  - massive belastungsunabhängige, sich bei Belastung intensivierende Schmerzen im rechten Schultergelenk mit Schmerzausstrahlung in den gesamten rechten Arm
  - massiv schmerzhaft eingeschränkte Bewegungen des rechten Armes in allen Ebenen mit Betroffenheit des Ellenbogengelenks bei der Beugung und Umwendbewegung, insbesondere massiv eingeschränkte Beweglichkeit des rechten Schultergelenks bzw. Funktionslosigkeit des rechten Armes im Schultergelenks; Rotationsbewegungen oder Über-Kopf-Arbeiten sind nicht durchführbar; Nacken- und Schürzengriff rechtsseitig nicht durchführbar
  - spürbares Springen im ventralen Schultergelenksbereich bei Anteversionsbewegungen
  - erheblich verminderte Beweglichkeit im rechten Ellenbogengelenk mit verminderter Unterarmauswärtsdrehung

- Schultergelenksprothese rechts
- Kraftlosigkeit des gesamten rechten Armes
- deutliche Verschmächtigung der Schulterkappen-, Ober- und Unterarmmuskulatur rechts
- massive Muskelminderung insbesondere am rechten Oberarm sowie der rechten Schulterklappenmuskulatur
- ca. 11 cm lange leicht bogenförmige äußerst berührungsempfindliche Narbe nahe des rechten Schultergelenkes
- ca. 13 cm lange äußerst berührungsempfindliche Narbe über dem rechten Schultergelenk
- das Schlafen auf der rechten Körperseite ist nicht mehr möglich
- Einnahme einer Schon- bzw. Fehlhaltung
- bzgl. der rechten Hand sowie sämtlicher Finger der rechten Hand:
  - massive belastungsunabhängige, sich bei Belastung intensivierende Schmerzen in der rechten Hand
  - massive schmerzbedingte Bewegungseinschränkungen der rechten Hand
  - Kraftlosigkeit der rechten Hand
  - regelmäßiges Kribbelgefühl in der rechten Hand
  - Faustschluss und Fingerstreckung nur erheblich erschwert möglich

Es besteht - gemäß ärztlicher Feststellungen - ein schwerer unfallbedingter Dauerschaden.

#### IV)

##### 1)

Mit Schreiben vom 17.05.2018 (vgl. Anlage AS3) teilte die Antragsgegnerin dem schwerst unfallgeschädigten Antragsteller mit, dass sie dessen Invalidität - entsprechend dem von ihr beauftragten (unzureichenden) unfallchirurgischen Privatgutachten der Frau Dr. med. K. sowie des Herrn Dr. med. R. vom 03.05.2018 - mit lediglich 1/2 Armwert (6/20 Armwert für die einliegende Schultergelenkprothese + 4/20 Armwert für erhebliche Bewegungseinschränkung in allen Ebenen mit Betroffenheit des Ellenbogengelenks bei der Beugung und Umwendbewegung sowie Muskelminderung am rechten Oberarm) bemesse, d.h. angeblich ein Invaliditätsgrad in Höhe von lediglich 35 % (= 70 % Arm-Wert nach Gliedertaxe, hiervon 10/20 Arm = 35 %) vorliege und somit die vertraglich vereinbarte Invaliditätsleistung - mangels Vorliegens einer Invalidität von mindestens 50 % - angeblich nicht fällig sei.

Mithin fiel das von der Antragsgegnerin beauftragte Privatgutachten für die Antragsgegnerin erwartungsgemäß „positiv“ aus; insoweit gilt „*Wes Brot ich ess, des Lied ich sing*“.

##### 2)

Die von den Privatgutachtern Dr. med. K. und Dr. med. R. der Antragsgegnerin fehlerhaft vorgenommene Invaliditätsbemessung von lediglich 1/2 Armwert ist in

keinster Weise nachvollziehbar und steht in eklatantem Widerspruch sowohl zu ihren eigenen als auch zu den anderweitig getroffenen ärztlichen Feststellungen:

a)

So führen die Privatgutachter Dr. med. K. und Dr. med. R. in ihrem im Auftrag der Antragsgegnerin erstatteten unfallchirurgischen Privatgutachten vom 03.05.2018 etwa aus:

„Das Entkleiden der oberen Körperhälfte geschieht im Wesentlichen durch die mit anwesende Ehefrau.“

„Bei Betrachtung des teilentkleideten Versicherten zeigt sich eine deutliche Verschmächtigung der Schulterkappen-, Ober- und Unterarmmuskulatur rechts.“

„Bei der Unterarmmessung bestätigt sich die Muskelminderung am rechten Oberarm, (...)“

„Bei der Funktionsprüfung zeigt sich eine freie Beweglichkeit des linken Schultergelenkes in allen Ebenen, auf der rechten Seite besteht eine erhebliche Einschränkung der Beweglichkeit in allen Funktionsrichtungen.“

„Die Beweglichkeit im rechten Ellenbogengelenk ist bei der Beugung eingeschränkt, (...), die Unterarmauswärtsdrehung ist endgradig rechtsseitig vermindert. Die Beweglichkeit in beiden Handgelenken ist nahezu seitengleich, der Faustschluss und die Fingerstreckung vollständig, rechts jedoch mit Mühe. (...) Mit dem Daumen können die Langfingerkuppen der jeweiligen Hand erreicht werden, rechts jedoch mit Mühe (...)“

„Bei Überprüfung der Komplexbewegungen können der Nacken- und Schürzengriff linksseitig demonstriert werden, rechtsseitig nur angedeutet.“

„Auch das Entkleiden der unteren Körperhälfte geschieht durch die mit anwesende Ehefrau.“

b)

Ferner stellt die von der Antragsgegnerin beauftragten Privatgutachter Dr. med. K. und Dr. med. R. im Rahmen der am 12.04.2018 erfolgten klinischen Untersuchung bzgl. des rechten Armes des Antragstellers folgende unfallbedingten Beeinträchtigungen fest:

- Muskelminderung am rechten Oberarm und der Schulterklappenmuskulatur
- Narbenbildung über dem rechten Schultergelenk
- erheblich eingeschränkte Beweglichkeit im rechten Schultergelenk
- verminderte Beweglichkeit im rechten Ellenbogengelenk mit verminderter Unterarmauswärtsdrehung
- radiologisch dokumentierte regelrecht einliegende inverse Schulterprothese rechts

c)

An dieser Stelle weisen wir darauf hin, dass entsprechend der obergerichtlichen Rechtsprechung auch eine allein verbleibende Schmerzsymptomatik eine Invalidität darstellen kann, vgl. hierzu das überzeugende Urteil des OLG Koblenz vom 07.06.2013, Az. 10 U 1035/12 (VersR 2014, 1497):

„Auch wenn drei Jahre nach dem Unfall „objektive“ Befunde für eine fort-dauernde Beeinträchtigung, wie Muskelminus oder Minderbeschwiellung, fehlen, kann eine verbleibende Invalidität auch dann bewiesen sein, wenn nach sachverständiger Beurteilung glaubhaft und nach den erlittenen Verletzungen nachvollziehbar weiter erhebliche Schmerzen mit bestimmten Bewegungen verbunden bleiben, sodass insoweit eine - keine „objektiven“ Spuren hinterlassende - „Schonhaltung“ eingenommen wird.

(...)

Diese Schmerzen der Kl. stellen eine dauerhafte Beeinträchtigung ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit dar. Die Kl. kann bestimmte, im Alltag übliche Bewegungsabläufe nicht mehr schmerzfrei durchführen und ist somit in ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. Der Senat vermag sich insoweit nicht der Auffassung des gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. F. anzuschließen, wonach eine schmerzhafte Bewegungsstörung nur dann als Invalidität anzusehen sei, wenn sich die Schmerzhaftigkeit in objektiven Befunden niederschlägt, also entweder einem schonbedingten Muskelminus oder auffälliger Minderbeschwiellung. Das Abstellen auf derartige objektive (nicht allein auf „subjektiven“ Angaben beruhende) Befunde berücksichtigt nämlich nicht den Umstand, dass das Unterlassen der schmerzhaften Bewegung nicht notwendigerweise zu einem Muskelminus oder einer Minderbeschwiellung führen muss. Dies mag zutreffend sein, wenn zum Beispiel nur der gesunde Arm für das Heben von Lasten benutzt wird und sich folglich die fehlende oder geringere Belastung des verletzten Armes dann auch in einem Muskelminus oder einer Minderbeschwiellung der Hand objektiv verifizieren lässt. Ebenso mag dies bei der Schonung eines verletzten Beins zutreffen.

Das Erfordernis solch objektiver Befunde kann jedoch nicht pauschal für die Beurteilung einer Invalidität aufgestellt werden. Gerade der vorliegende Fall zeigt, dass es durchaus vorkommt, dass aufgrund von Schmerzen bestimmte Bewegungsabläufe vollständig unterlassen werden. Da somit beide Beine und Füße stets nur einer gleichmäßigen Belastung ausgesetzt sind bzw. gleichermaßen geschont werden, finden sich an dem geschädigten Bein oder Fuß auch weder ein schonbedingtes Muskelminus noch eine auffällige Minderbeschwiellung. Es ist kein Grund dafür ersichtlich, bei einer dauerhaften Beeinträchtigung eines Fußgelenks eine Invalidität anzunehmen, wenn die versicherte Person eine Schonhaltung einnimmt und sich dadurch objektive Befunde ergeben, eine Invalidität hingegen abzulehnen, wenn die versicherte Person insgesamt eine Schonhaltung einnimmt und die schmerzhaften Bewegungsabläufe vollständig unterlässt, somit sich keine objektiven Befunde ergeben.“

V)

Mit Anwaltsschreiben vom 30.04.2019 (vgl. Anlage AS4) forderte der Antragsteller die Antragsgegnerin zur Erbringung der versicherungsvertraglich geschuldeten Invaliditätsleistung auf.

Mit Schreiben vom 13.06.2019 (vgl. Anlage AS5) lehnte die Antragsgegnerin eine Leistungserbringung vertragswidrig (vgl. Punkt G. II.) ab. Mithin ist nunmehr die gerichtliche Verfolgung der versicherungsvertraglichen Ansprüche des Antragstellers geboten.

VI)

Wir verweisen bzgl. der gravierenden unfallbedingten Beeinträchtigungen des Antragstellers auf die als Anlagenkonvolut AS2 vorgelegten Behandlungsunterlagen:

- OP-Bericht des Klinikums 1 vom 10.07.2015
- Arztbericht der Radiologie XY vom 24.07.2015
- Ärztlicher Abschlussbericht des Gesundheitszentrums XY vom 28.07.2015
- Arztbericht der Radiologie XY vom 29.07.2015
- Arztbericht des Klinikums 1 vom 04.08.2015
- OP-Bericht des Klinikums 1 vom 04.08.2015
- Arztbericht des Klinikums 1 vom 10.08.2015
- Arztbericht der RADIOLOGIE Musterstadt vom 22.12.2015
- Arztbericht der Berufsausübungsgemeinschaft Dr. med. S. und O. vom 08.01.2016
- Arztbericht der Sportorthopädie, Berufsausübungsgemeinschaft Dres. L. in Musterstadt vom 14.01.2016
- OP-Bericht der Berufsausübungsgemeinschaft Dr. med. S. und O. vom 25.01.2016
- Arztbericht des Kreiskrankenhauses Musterstadt vom 25.01.2016
- Arztbericht der Berufsausübungsgemeinschaft Dr. med. S. und O. vom 27.01.2016
- Arztbericht der Berufsausübungsgemeinschaft Dr. med. S. und O. vom 24.02.2016
- Arztbericht der Berufsausübungsgemeinschaft Dr. med. S. und O. vom 26.04.2016
- Arztbericht der Berufsausübungsgemeinschaft Dr. med. S. und O. vom 04.11.2016
- Arztbericht der RADIOLOGIE Musterstadt vom 22.11.2016
- Arztbericht der RADIOLOGIE Musterstadt vom 22.12.2016
- Arztbericht des ehemaligen Klinikums 1 Musterstadt-Musterstadt vom 30.01.2017
- Arztbericht des ehemaligen Klinikums 1 Musterstadt-Musterstadt vom 30.03.2017
- OP-Bericht des ehemaligen Klinikums 1 Musterstadt-Musterstadt vom 05.04.2017
- Ärztlicher Abschlussbericht des Gesundheitszentrums XY vom 14.06.2017
- Arztbericht des ehemaligen Klinikums 1 Musterstadt-Musterstadt vom 03.07.2017

- Arztbericht des ehemaligen Klinikums 1 Musterstadt-Musterstadt vom 31.07.2017
- Arztbericht des Praxiszentrums Z. vom 02.09.2017
- Arztbericht des ehemaligen Klinikums 1 Musterstadt-Musterstadt vom 17.10.2017
- OP-Bericht des ehemaligen Klinikums 1 Musterstadt-Musterstadt vom 20.10.2017
- Arztbericht des ehemaligen Klinikums 1 Musterstadt-Musterstadt vom 21.11.2017
- Arztbericht des ehemaligen Klinikums 1 Musterstadt-Musterstadt vom 07.12.2017
- OP-Bericht des ehemaligen Klinikums 1 Musterstadt-Musterstadt vom 13.12.2017
- Arztbericht des ehemaligen Klinikums 1 Musterstadt-Musterstadt vom 14.12.2017
- Ärztlicher Abschlussbericht des Gesundheitszentrums XY vom 15.12.2017
- Karteieinträge der Berufsausübungsgemeinschaft Dr. med. S. und O. (Ausdruck vom 09.10.2018)
- Karteieinträge der ortsübergreifenden orthopädischen Gemeinschaftspraxis (Ausdruck vom 09.10.2018)

## **G. Rechtliche Würdigung**

### **I) Maßstab**

Hinsichtlich der Auslegung der Versicherungsbedingungen ist im Folgenden stets als Maßstab anzusetzen, wie sich die jeweilige Bedingung dem durchschnittlichen, verständigen Versicherungsnehmer darstellt. Dabei ist von keinerlei versicherungsrechtlichen Spezialkenntnissen auszugehen, hauptsächlich auf den Wortlaut abzustellen und es sind die Interessen des Versicherungsnehmers zu berücksichtigen,

std. Rspr., vgl. nur BGHZ 123, 83, 85.

### **II) Anspruch auf Invaliditätsleistung / Leistungsfall**

Aufgrund des streitgegenständlichen Unfallereignisses vom 03.07.2015 besteht bei dem Antragsteller eine unfallbedingte Gesamtinvalidität in Höhe von 100 %. Hieraus folgt aus dem Versicherungsschein vom 13.08.2004 (Versicherungsschein-Nr. 123456789) iVm den maßgeblichen Versicherungsbedingungen „Allgemeine Bedingungen für die Unfallrentenversicherung (AURB 98)“ ein Anspruch des Antragstellers gegenüber der Antragsgegnerin auf Zahlung einer monatlichen Invaliditätsrente in Höhe von 1.500,00 EUR seit Juli 2015.

#### **1) Unfall**

Unstreitig stellt das Ereignis am 03.07.2015 einen Unfall i.S.d. § 1 III. AURB 98 dar.

## 2) Fristgerechte Geltendmachung der Invalidität / Fristgerechte ärztliche Feststellung

Gemäß § 9 I. Abs. 1 AURB 98 wurde die unfallbedingte Invalidität unstrittig fristgerecht ärztlich festgestellt und innerhalb von 24 Monaten nach dem streitgegenständlichen Unfallereignis am 03.07.2015 gegenüber der Antragsgegnerin fristgerecht geltend gemacht,

vgl. „Ärztliche Bescheinigung Invalidität zur Vorlage beim privaten Unfallrentenversicherer“  
der Berufsausübungsgemeinschaft Dr. med. S. und O.  
vom 01.03.2016 (Anlage AS6).

## 3) Invaliditätsgrad

Die unfallbedingte Gesamtinvalidität des Antragstellers ist mit

**116% bzw. gemäß § 9 I. Abs. 3 lit. c) AURB 98 mit 100 %**

zu bemessen. Wir verweisen insoweit auf unsere obigen Ausführungen unter Punkt F).

### a) Unfallbedingte teilweise Gebrauchsunfähigkeit des rechten Armes

Es liegt beim Antragsteller eine unfallbedingte Invalidität seines rechten Armes in Höhe von mindestens 4/5 (Gliedertaxenwert für „Arm“ = 70 %) auszugehen, mithin eine Invalidität in Höhe von

**mindestens 56 %**

(= 70 % x 0,8).

### b) Unfallbedingte teilweise Gebrauchsunfähigkeit der rechten Hand

Zudem liegt eine unfallbedingte Invalidität der rechten Hand der rechten Hand des Antragstellers in Höhe von mindestens 3/5 (Gliedertaxenwert für „Hand“ = 55 %) vor, mithin eine Invalidität in Höhe von

**mindestens 33 %**

(= 55 % x 0,6).

### c) Unfallbedingte teilweise Gebrauchsunfähigkeit sämtlicher Finger der rechten Hand



Weiterhin besteht eine unfallbedingte Invalidität sämtlicher Finger der rechten Hand des Antragstellers in Höhe von mindestens 3/5 (Gliedertaxenwert für „Daumen“ = 20 %; „Zeigefinger“ = 10 %; „anderer Finger“ = 5 %) vor, mithin eine Invalidität in Höhe von

**mindestens 27 %**

(= 45 % x 0,6).

#### 4) Causa und Gesamtinvalidität

a)

Aufgrund der konkret vorliegenden AUB kann und darf der VN diese hier so verstehen, dass eine Addition von Teilinvaliditäten statthaft ist.

Wir verweisen auch auf § 9 I. Abs. 3 lit. c) AURB 98, wonach die ermittelten Invaliditätsgrade bis zu einem Grenzwert von 100 % addiert werden, sofern (wie hier) mehrere Körperteile durch den Unfall beeinträchtigt sind.

b)

Folglich besteht hier eine unfallbedingte Gesamtinvalidität in Höhe von 100 %.

c)

Für die Kausalität, also die Behauptung, dass der Gesundheitsschaden durch das Unfallereignis herbeigeführt worden ist, genügt das Beweismaß des § 287 ZPO; der Beweis dafür, dass die Gesundheitsschädigung auf das Unfallereignis zurückzuführen ist, kann auch in der Weise geführt werden, dass nicht unfallbedingte Ursachen ausscheiden (vgl. Rüffer/Halbach/Schimikowski, Versicherungsvertragsgesetz, VVG § 178 Rn. 19; m.w.N. zur BGH-Rechtsprechung). Für die richterliche Überzeugungsbildung genügt nach § 287 ZPO eine überwiegende, auf gesicherter Grundlage beruhende Wahrscheinlichkeit gegenüber anderen Geschehensabläufen, dass der vom VN vorgetragene Dauerschaden in kausalem Zusammenhang mit dem Unfallereignis steht (vgl. Kloth, Private Unfallversicherung, 2. Aufl., G. Die Invaliditätsleistung Rn. 120 - 136; m.w.N. zur BGH- und OLG-Rechtsprechung).

Der Antragsteller ist mithin entsprechend § 9 Ziffer I. Abs. 1 AURB 98 durch den Unfall auf Dauer in seiner körperlichen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt (Invalidität).

d)

Bei einem solchen Unfall des Antragstellers ist die Antragsgegnerin verpflichtet, die vereinbarte „Invaliditätsentschädigung“ zu erbringen, §§ 178, 187 VVG. Ein Unfall

liegt hier vor, da die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erlitt.

Die Antragsgegnerin schuldet die für den Fall der Invalidität die versprochene Leistung im vereinbarten Umfang, da die körperliche Leistungsfähigkeit des Antragstellers unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt ist.

### 5) Anspruchshöhe

a)

Gemäß § 9 I. Abs. 1 AURB 98 iVm dem Versicherungsschein vom 13.08.2004 (Versicherungsschein-Nr. 123456789) setzt der Anspruch auf eine monatliche Unfallrente einen Invaliditätsgrad von mindestens 50 % voraus.

b)

Da beim Antragsteller - wie bereits dargelegt - aufgrund des streitgegenständlichen Unfallereignisses am 03.07.2015 eine Gesamtinvalidität in Höhe von 100 % besteht, hat dieser gegenüber der Antragsgegnerin seit Juli 2015 einen Anspruch auf eine lebenslange monatliche Invaliditätsrente in Höhe von **1.500,00 EUR**.

c)

Mithin schuldet die Antragsgegnerin für den Zeitraum Juli 2015 bis November 2019 eine monatliche Unfallrente in Höhe von 1.500,00 EUR.

Hieraus folgt für den Zeitraum Juli 2015 bis November 2019 (53 Monate) eine Versicherungsleistung in Höhe von

**79.500,00 EUR.**

Auch künftig hat der Antragsteller ab Dezember 2019 einen Anspruch auf eine monatliche Unfallrente in Höhe von

**1.500,00 EUR.**

III)

### Glaubhaftmachung zu obigem Sachverhalt auf den Seiten 6 bis 20:

- Vertragsunterlagen, vgl. Anlagenkonvolut AS1
- Behandlungsunterlagen (aufgelistet auf S. 22 f.), vgl. Anlagenkonvolut AS2
- Schreiben der Antragsgegnerin vom 17.05.2018, vgl. Anlage AS3

- Anspruchsschreiben der Antragstellervertreter vom 30.04.2019, vgl. **Anlage AS4**
- Ablehnungsschreiben der Antragsgegnerin vom 13.06.2019, vgl. **Anlage AS5**
- „Ärztliche Bescheinigung Invalidität zur Vorlage beim privaten Unfallrentenversicherer“ der Berufsausübungsgemeinschaft Dr. med. S. und O. vom 01.03.2016, vgl. **Anlage AS6**

Die Vorlage des dem Antragsteller vorliegenden Teils der Versicherungs- und Behandlungsunterlagen reicht hier aus, um das Interesse an der Tatsachenfeststellung glaubhaft zu machen (§ 487 Nr. 4 ZPO). Nicht glaubhaft zu machen sind die festzustellenden Tatsachen selbst, vgl. Vorwerk, Prozessformularbuch, 9. Aufl., S. 77 Rn. 33.

### **G. Zulässigkeit des Antrags / Streitwert**

Trotz intensiver außergerichtlicher Regulierungsbemühungen unserer Partei weigert sich die Antragsgegnerseite bis heute, zuletzt mit Schreiben vom 13.06.2019 (vgl. **Anlage AS5**) den Versicherungsfall zu regulieren; insoweit ist die gerichtliche Verfolgung der Ansprüche nunmehr geboten.

#### **I) Der Antrag des Antragstellers ist zulässig.**

1)

Das hiesige Landgericht ist als Gericht der Hauptsache örtlich und sachlich zuständig (§ 486 Abs. 1 ZPO). Der Streitwert beträgt über 5.000,00 EUR (§§ 71, 23 GVG), der Gerichtsstand ergibt sich aus § 215 VVG.

2)

Die grundsätzliche Zulässigkeit eines selbständigen Beweisverfahrens in der privaten Unfallversicherung ist aufgrund der hierzu ergangenen und herrschenden obergerichtlichen Rechtsprechung mittlerweile zu bejahen.

Wir verweisen zur Zulässigkeit des Verfahrens und der gestellten Beweisfragen vollinhaltlich auf:

Zur Zulässigkeit des selbständigen Beweisverfahrens im Personenversicherungsrecht  
VersR 2018, 393 (vgl. **Anlage AS7**).

3)

Die Tatsachen, welche die Zulässigkeit des Beweisverfahrens und die Zuständigkeit des Gerichtes begründen, sind durch Vorlage der Behandlungsunterlagen glaubhaft gemacht worden (§ 487 Nr. 4 ZPO). Da der Sachvortrag der Patientenseite zu den dem Sachverständigen unterbreiteten Fragen, zu deren Klärung die Begutachtung dienen soll, grundsätzlich nicht auf seine Schlüssigkeit oder Erheblichkeit zu prüfen ist, unterliegt er auch nicht der Glaubhaftmachung nach § 487 Nr. 4 ZPO,

vgl. OLG Oldenburg, Beschluss v. 14.05.2008, Az. 5 W 31/08 in GesR 2008, 421ff..

## II) Zum Streitwert

Der Streitwert des selbständigen Beweisverfahrens entspricht dem eines **gleichartigen Hauptsacheverfahrens**. Für die Bewertung des Interesses sind entscheidend die Darlegung in der Antragschrift, sowie der sich daraus ergebende Wert der Vorwurfstatsachen,

vgl. OLG Düsseldorf v. 17.2.2009 Az. I-10 W 132/08, OLGR 2009, 364.

Ein prozentualer Abschlag wird **nicht** gemacht,

vgl. Musielak/Voit, Kommentar ZPO, 12. Aufl., § 485, Rn. 17;  
OLG Köln, Urteil v. 07.07.1992, (19 W 26/92).

Hierzu auch das OLG Köln: Das selbständige Beweisverfahren ist mit dem Hauptsachewert anzusetzen. Für die Bemessung des Hauptsachewerts kommt es auf die **Tatsachenbehauptungen bei Verfahrenseinleitung** an,

vgl. OLG Köln, Urteil v. 16.12.1991, Az. 2 W 210/91.

Der Streitwert beträgt hier daher mindestens **142.500,00 EUR**.

## H. Hinweise

Höchst vorsorglich bitten wir höflich um rechtzeitige und konkrete richterliche Hinweise, sollte das Gericht bzgl. dem Antrag oder bzgl. der Formulierung bzw. Zulässigkeit einzelner Beweisfragen noch Bedenken haben. § 139 ZPO gilt in allen Instanzen und Verfahrensarten, vgl. Prütting / Gehrlein: ZPO Kommentar, 8. Auflage 2016, § 139 ZPO, Rn. 4. Die in § 139 ZPO normierte richterliche Hinweispflicht gilt mithin im selbständigen Beweisverfahren, denn § 139 ZPO gilt nicht nur bzgl. Hinweisen zur Unzulässigkeit des Antrags und bei Durchführung einer mündlichen Verhandlung, sondern umfassend (OLG Stuttgart NJW 01, 1145 [OLG Stuttgart 06.12.2000 - 19 W 69/00]; Saarbrücken OLGR 08, 26), vgl. Prütting / Gehrlein: ZPO Kommentar, 8. Aufl. 2016, § 492 ZPO Rn. 2.

Wir verweisen zudem auf BGH, Beschluss vom 13.12.2016, Az. VI ZR 116/16 (r+s 9/2017, S. 504) und OLG Bamberg, Urt. v. 18.08.2016, Az. 1 U 24/16 (r+s 9/2017, S. 504).

*- elektronisch signiert -*

Michael Graf  
Fachanwalt für Versicherungsrecht  
Fachanwalt für Medizinrecht

Gabriela Johannes  
Rechtsanwältin