
Datum: 17.07.2008
Gericht: Amtsgericht Köln
Spruchkörper: Abt. 129
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 129 C 250/07
ECLI: ECLI:DE:AGK:2008:0717.129C250.07.01

Tenor:

Die Klage wird abgewiesen.

Die Kosten des Rechtsstreits trägt der Kläger zu 1.) zu 67 % und die Klägerin zu 1.) zu 33%.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar. Die Kläger dürfen die Vollstreckung der Beklagten durch Leistung einer Sicherheit in Höhe von 110% des aufgrund des Urteils vollstreckbaren Betrags abwenden, wenn nicht die Beklagte vor der Vollstreckung Sicherheit in gleicher Höhe leistet.

Tatbestand

1

Der Kläger zu 1.) unterhielt während des streitgegenständlichen Zeitraums bei der Beklagten für sich und die Klägerin zu 2.) eine private Krankenhaustagegeldversicherung nach dem Tarif PM17,90 und KM12,78 für ihn selbst und PM12,78 und KM7,67 für die Klägerin zu 2.). Dem Versicherungsvertrag liegen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Beklagten (AVB) (Anlage B 1, Bl. 38 ff. d.A.) und die entsprechenden Tarifbedingungen (Anlage B 2, B 3, Bl. 43 f. d.A.) zugrunde.

2

Der Kläger zu 1.) verbrachte in der Zeit vom 06.03.2007 bis zum 13.04.2007, die Klägerin zu 2.) in der Zeit vom 06.03.2007 bis zum 03.04.2007 einen stationären Aufenthalt in der Klinik T. in H. Wegen des Status der Klinik T. wird auf Bl. 9 d.A., wegen der Entlassungsberichte

3

vom 26.04.2007 und 13.06.2007 wird auf die Anlagen B 4 und B 5 (Bl. 45 ff., 48 ff. d.A.) Bezug genommen.

Die B. Private Krankenversicherungs AG, bei denen die Kläger krankenversichert sind, hatten zuvor aufgrund des Attests des Dr. Q. vom 16.11.2006 (Bl. 8 d.A.) mit Schreiben vom 04.01.2007 (Bl. 10 d.A.) eine schriftliche Zusage über die Kostenübernahme für den geplanten stationären Aufenthalt des Klägers zu 1.) in der Klinik T. erteilt. 4

Mit Schreiben vom 15.04.2007 (Bl. 11 d.A.) begehrten die Kläger von der Beklagten für ihre vorbezeichneten Aufenthalte in der Klinik T. in H. Krankenhaustagegeld, was die Beklagte mit Schreiben vom 11.05.2007 (Bl. 12 f. d.A.), vom 06.07.2007 (Bl. 13 d.A.) und vom 16.08.2007 (Bl. 16 f. d.A.) ablehnte. 5

Mit der Klage macht der Kläger zu 1.) für 39 Tage ein Krankenhaustagegeld von 30,68 Euro pro Tag geltend, die Klägerin zu 2.) für 29 Tage ein Krankenhaustagegeld von 20,45 Euro pro Tag. 6

Die Kläger sind der Ansicht, die Klinik T. sei keine gemischte Anstalt im Sinne des § 4 Abs. 5 AVB. Die ablehnende Entscheidung der Beklagten sei im Hinblick auf die Zusage der B. Private Krankenversicherungs-AG ermessensfehlerhaft. Sie behaupten, ihr Aufenthalt in der Klinik sei eine medizinisch notwendige stationäre Krankenhausversorgung gewesen. 7

Der Kläger zu 1.) beantragt, 8

die Beklagte zu verurteilen, an ihn 1.196,52 Euro nebst 4 Prozentpunkte über dem Diskontsatz seit dem 14.04.2007 zu zahlen. 9

Die Klägerin zu 2.) beantragt, 10

die Beklagte zu verurteilen, an sie 593,05 Euro nebst 4 Prozentpunkte über dem Diskontsatz seit dem 04.04.2007 zu zahlen. 11

Die Beklagte beantragt, 12

die Klage abzuweisen. 13

Die Beklagte ist der Ansicht, ihre Leistungspflicht sei mangels schriftlicher Zusage der Leistungsgewährung bereits gemäß § 4 Abs. 5 AVB ausgeschlossen. Sie behauptet ferner, die streitgegenständliche stationäre Behandlung sei nicht medizinisch notwendig gewesen. Auch habe es sich um eine Kur- und Sanatoriumsbehandlung bzw. Rehabilitationsmaßnahme im Sinne des § 5 Abs. 1 d) AVB gehandelt. 14

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die zwischen den Parteien gewechselten Schriftsätze und die zu den Akten gereichten Unterlagen Bezug genommen. 15

Entscheidungsgründe 16

Die Klage ist unbegründet. 17

Den Klägern steht gegen die Beklagte kein Anspruch auf Zahlung von 1.196,52 Euro bzw. 593,05 Euro zu gemäß § 1 Abs. 1 VVG in Verbindung mit § 1 Abs. 1, 2 AVB. 18

Eine Leistungspflicht der Beklagten ist gemäß § 4 Abs. 5 AVB ausgeschlossen. 19

Nach § 4 Abs. 5 AVB werden die tariflichen Leistungen für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.	20
Bei der Klinik T. handelt es sich um eine gemischte Anstalt in diesem Sinne. Dies ergibt sich unzweifelhaft aus dem von den Klägern selbst vorgelegten Informationsblatt der Klinik. So bezeichnet sich die Klinik T. selbst als gemischte Krankenanstalt im Sinne von § 5 Abs. 5 MB/KK. Sie gibt selbst an, dass bei ihr auch Kuren durchgeführt werden. Auf die Einschränkung, bei ihr würden Kuren nur im Rahmen von F.X. Mayr-Kuren durchgeführt, kommt es insoweit nicht an. Denn auch bei den F.X. Mayr-Kuren handelt es sich um Kuren.	21
Eine schriftliche Zusage der Gewährung tariflicher Leistungen seitens der Beklagten vor Beginn der Behandlung lag unstreitig nicht vor. Entsprechend hat die Beklagte den Klägern auch keine tariflichen Leistungen zu gewähren.	22
Auf die Frage, ob der Aufenthalt im Einzelfall medizinisch notwendig war und ob es sich um einen stationären Krankenhausaufenthalt oder eine Kur-, Sanatoriums- oder eine Rehabilitationsmaßnahme gehandelt hat, kommt es für den Leistungsausschluss nicht an. Dem Versicherer soll aus Gründen der Risikobegrenzung die im Nachhinein oft schwierige Überprüfung erspart werden, um was für eine Maßnahme es sich konkret gehandelt hat (vgl. <i>Prölss/Martin</i> , 27. Aufl. 2004, § 4 MB/KK 94 Rz. 23 ff.).	23
Gleichwohl ist darauf hinzuweisen, dass im vorliegenden Fall – ausweislich der Entlassungsberichte vom 26.04.2007 und 13.06.2007 – bei den Klägern tatsächlich – zumindest auch - typische Rehabilitationsmaßnahmen in Form von physiotherapeutischen Behandlungen durchgeführt wurden.	24
Die Beklagte ist auch nicht ausnahmsweise zu einer Leistung für einen Aufenthalt in einer gemischten Anstalt verpflichtet. Es ist nichts dafür ersichtlich, dass die Kläger etwa als Notfall in diese medizinische Einrichtung als das nächstgelegene Krankenhaus eingeliefert worden wären oder der Behandlungserfolg nur in dieser Einrichtung erfolgreich hätte erreicht werden können. Hierzu fehlt auch jeglicher Sachvortrag. Der Umstand, dass die private Krankenversicherung der Kläger diesen eine Leistungszusage erteilt hat, bindet die Beklagte in keiner Hinsicht. Jeder Versicherer hat das Recht, die eigene Leistungspflicht selbst und unabhängig von den Zusagen anderer Versicherer zu prüfen.	25
Nach alledem war die Klage abzuweisen.	26
Die prozessualen Nebenentscheidungen beruhen auf den §§ 91 Abs. 1, 100 Abs. 1, 2, 708 Nr. 11, 711 ZPO.	27
Streitwert: 1.789,57 Euro	28