
Datum: 11.12.2009
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 9. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 9 U 105/09
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2009:1211.9U105.09.00

Vorinstanz: Landgericht Dortmund, 1 O 154/08

Tenor:

Die Berufung des Klägers gegen das am 17. Februar 2009 verkündete Urteil der

1. Zivilkammer des Landgerichts Dortmund wird zurückgewiesen.

Die Kosten des Berufungsverfahrens werden dem Kläger auferlegt.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Gründe

1

A.

2

Der Kläger verlangt von der Beklagten – einer privaten Krankenversicherung – die Aufhebung eines Leistungsausschlusses. Dieser Leistungsausschluss führt dazu, dass bei der Beklagten versicherte Patienten des Klägers gegen die Beklagten keinen Anspruch auf Erstattung der vom Kläger in Rechnung gestellten Arztkosten haben.

3

Der Kläger führt seit 1989 in einer Privatklinik – einer Tagesklinik mit 14 Betten – im Wesentlichen Behandlungen von multimorbiden Patienten durch. In der Vergangenheit gab es zwischen mehreren privaten Krankenversicherungen - u.a. auch der Beklagten - und dem Kläger Meinungsverschiedenheiten über die Erstattungsfähigkeit von Behandlungskosten. Mit

4

Schreiben vom 26.01.2004 teilte der Prozessbevollmächtigte des Klägers der Beklagten mit, dass im Falle von Auseinandersetzungen über die Abrechnungsfähigkeit von Leistungen die Gutachter zwischen 60 % und 80 % der Leistungen anerkennen würden. In einer Patienteninformation teilte der Kläger mit, dass ihn 5 von 42 privaten Krankenversicherungen von der Leistungserstattung ausgeschlossen haben.

Im September 2007 schloss die Beklagte aus wichtigem Grund, gestützt auf eine Vertragsklausel, die § 5 Abs. 1 lit. c MB/KK entspricht, die Erstattungsfähigkeit der Kosten von Behandlungen des Klägers für die Zukunft aus. Die Beklagte teilte dem Kläger mit Schreiben vom 19.09.2007 diesen Leistungsausschluss mit. Von dem Leistungsausschluss waren zwei Patienten des Klägers betroffen, die bei der Beklagten versichert waren.

Der Kläger ist der Ansicht, bei diesem Leistungsausschluss handele es sich um einen unzulässigen Eingriff in seinen Gewerbebetrieb. Ein wichtiger Grund dafür liege nicht vor. Ferner sei die Vorschrift des § 5 Abs. 1 lit. c MB/KK 94, auf die die Beklagte den Leistungsausschluss stützt, unwirksam, da sie zu unbestimmt sei.

Erstinstanzlich hat der Kläger beantragt,

1. die Beklagte zu verurteilen, den gegen ihn, Kläger, erklärten Leistungsausschluss der Beklagten vom 19.09.2007 aufzuheben;
2. die Beklagte zu verurteilen, die Mitteilung über seinen Ausschluss von der Leistungserstattung an ihre Versicherten zu unterlassen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Das Landgericht hat die Klage – gestützt auf das Urteil des Senates vom 05.12.2008, Az. I-9 U 89/08 – abgewiesen. Dem Kläger stehe kein Anspruch gem. §§ 823 Abs. 1 i.V. mit 1004 BGB zu. Der ausgesprochene Leistungsausschluss sei kein unmittelbar betriebsbezogener Eingriff, da der Leistungsausschluss im Verhältnis der Beklagten zu ihren Versicherten wirke. Ferner sei – ein Eingriff unterstellt – dieser wegen der Wahrnehmung von berechtigten Interessen durch die Beklagte nicht rechtswidrig. Die Beklagte habe gestützt auf § 5 Abs. 1 lit. c MB/KK den Leistungsausschluss erklären dürfen. Gegen die Wirksamkeit dieser Vorschrift bestünden keine Bedenken.

Dagegen wendet sich der Kläger mit seiner Berufung, mit der er nur seinen Klageantrag zu 1. weiter verfolgt. Zur Begründung vertieft er seinen erstinstanzlichen Vortrag. Die Beklagte verteidigt die angefochtene Entscheidung.

B.

Die zulässige Berufung hat keinen Erfolg. Das Landgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Senat hat bereits im Urteil vom 05.12.2008 (Az I-9 U 89/08), der eine rechtlich vergleichbare Fallgestaltung betraf, einen Anspruch des Klägers abgelehnt.

I.

Der Senat (a.a.O.) hat ausgeführt, dass die Arztpraxis des Klägers zwar durch das Recht des eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetriebes geschützt sei, einen Eingriff in dieses Recht durch einen Leistungsausschluss einer Krankenkasse aber verneint und daher Folgendes

ausgeführt:

"Es ist jedoch nur dann verletzt, wenn ein unmittelbar betriebsbezogener Eingriff gegeben ist. Das Landgericht hat dies zutreffend unter Hinweis auf die einschlägige obergerichtliche Rechtsprechung, der sich auch der Senat anschließt, verneint (vgl. OLG Hamm, VersR 1988, 687; OLG Köln, VersR 1996, 234; OLG München, VersR 1999, 960; VersR 1977, 43; OLG Düsseldorf, VersR 2004, 984; ebenso Bach/Moser, Private Krankenversicherung, § 5 MB/KK Rn. 96). Für einen unmittelbar betriebsbezogenen Eingriff wäre erforderlich, dass die Beklagte gezielt zum Zwecke der Einengung, Behinderung oder Verhinderung der beruflichen Tätigkeit des Klägers gehandelt hat. Denn geschützt ist nur der spezifische betriebliche Organismus oder die unternehmerische Entscheidungsfreiheit (OLG München, VersR 1999, 960). Ein zielgerichtetes Handeln der Beklagten zum Nachteil des Klägers ist auch mit der Berufung nicht schlüssig dargelegt worden. Vielmehr ging es der Beklagten bei der Mitteilung in erster Linie um die Wahrnehmung ihrer Rechte und Verpflichtungen aus dem Versicherungsverhältnis mit den Patienten des Klägers. Es beruht auf einer eigenen Entscheidung der Versicherungsnehmer, entweder keine Leistungen mehr bei dem Kläger in Anspruch zu nehmen, oder die Behandlung künftig auf eigene Kosten fortzusetzen. Darin ist aber lediglich eine mittelbare Folge der Information über den Ausschluss zu sehen. Allein der Umstand, dass der Verdienst des Klägers dadurch geringer ausfällt, reicht für eine Verletzung des Rechts am eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb nicht hin (OLG Düsseldorf, VersR 2003, 984). Die vom Kläger angeführte Entscheidung des OLG Rostock (Urt. v. 25.6.2007, 3 U 70/07) betraf ersichtlich einen nicht vergleichbaren Sachverhalt, in dem der Störer mit dem Ziel handelte, den Betrieb der Klägerin zu beeinträchtigen und zu unterbinden."

Ferner hat der Senat in einem obiter dictum ausgeführt, dass selbst wenn ein unmittelbarer Eingriff angenommen werden könnte, es an der erforderlichen Rechtswidrigkeit fehle. Die Rechtswidrigkeit eines Eingriffs in den eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb setze eine umfassende Interessenabwägung voraus, bei der sowohl die berechtigten Interessen des Klägers als auch diejenigen der Beklagten berücksichtigt und gegeneinander abgewogen werden müssten. Zu der Interessenabwägung hat der Senat Folgendes ausgeführt:

"Die Beklagte kann sich auf die berechnete Wahrnehmung ihrer Interessen und Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag mit den Patienten des Klägers berufen."

Die Regelung des § 5 Abs. 1 lit. c AVB ist wirksam. Sie hält der Inhaltskontrolle nach § 307 BGB stand (vgl. OLG München, VersR 1999, 960; NVersZ 2000, 23; Bach/Moser, a.a.O., § 5 MB/KK Rn. 29 m.w.N.; Prölss/Martin, VVG, § 5 MB/KK Rn. 7). Es besteht insbesondere ein berechtigtes Interesse der Beklagten daran, einen generellen Ausschluss, der nicht für jede einzelne Abrechnung überprüft werden muss, herbeizuführen. Denn der Beklagten kann schon aufgrund ihrer Verpflichtung zur sparsamen Mittelverwendung nicht zugemutet werden, jede einzelne Rechnung mit aufwändigen und kostenträchtigen Gutachten überprüfen zu lassen.

...

Es ist anerkannt, dass die Berechnung zum Ausschluss im Verhältnis zu allen Versicherten der Beklagten so lange feststeht und nicht in jedem Einzelfall erneut geprüft werden muss, bis entweder der Versicherer den Ausschluss aufgrund einer geänderten Sachlage aufhebt oder sich anderweitig mit dem Arzt verständigt (OLG Köln, VersR 2000, 23; OLG Koblenz, Urt. v. 26.5.2000, 10 U 847/99; Bach/Moser, a.a.O., § 5 MB/KK Rn. 35). Auf den festgestellten wichtigen Ausschlussgrund kann sich die Beklagte sogar dann berufen, wenn

ein durch andere Versicherungsunternehmen erklärter Ausschluss gerichtlich überprüft und für wirksam gehalten wurde (OLG Koblenz, Urt. v. 26.5.2000, 10 U 847/99). Denn es kommt nicht auf eine förmliche Rechtskrafterstreckung der ergangenen Entscheidungen an. Die Beklagte handelte jedenfalls dann in berechtigter Wahrnehmung ihrer Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis mit den Patienten, wenn sie auf Grund der bestehenden gerichtlichen Entscheidungen von der Rechtmäßigkeit der Ausschlussentscheidung ausgehen durfte. Das war ersichtlich der Fall.

...

Der Kläger hat keine Umstände dargelegt, aus denen sich ergeben könnte, dass die Beklagte von geänderten Umständen ausgehen und nach erneuter Überprüfung der Voraussetzungen des Ausschlusses zu einer anderen Entscheidung hätte gelangen müssen.

...

Die Beklagte war auch nicht verpflichtet, nach Ablauf einer bestimmten Zeit nach Erklärung des Ausschlusses in die erneute Überprüfung der Rechtmäßigkeit einzutreten. Der Ausschluss wirkt vielmehr zeitlich unbegrenzt (Prölss/Martin, VVG, § 5 MB/KK Rn. 8). Der Kläger macht auch nicht geltend, dass er an seiner beanstandeten Behandlungs- und Abrechnungspraxis irgendwelche Änderungen vorgenommen habe.

...

Die vom Kläger angeführte Entscheidung des BGH vom 13.10.1998 (VI ZR 357/97; NJW 1999, 2534) zu geschäftsschädigenden Äußerungen eines Haftpflichtversicherers gegenüber Unfallgeschädigten, die bei dem klagenden Autovermieter einen Ersatzwagen angemietet hatten, ist mit dem hier zu entscheidenden Sachverhalt nicht vergleichbar. Denn der BGH hat die Rechtswidrigkeit des Eingriffs gerade darin gesehen, dass die dortige Beklagte sich auf eine unzutreffende Rechtsauffassung gestützt hatte und durch deren Verbreitung die Kunden des Autovermieters gezielt verunsichert hat. Demgegenüber beruft sich die Beklagte dieses Rechtsstreits auf eine Rechtsauffassung, die durch eine Vielzahl rechtskräftiger Entscheidungen als zutreffend bestätigt worden ist.

...

Darüber hinaus kann der Kläger auch nicht auf eine gegebenenfalls im Rahmen der Abwägung zu seinen Gunsten zu berücksichtigende besonders einschneidende Wirkung der Mitteilung durch die Beklagte auf den Betrieb seiner Praxis bzw. Tagesklinik verweisen. ... Eine erdrosselnde Wirkung für den Betrieb seiner Praxis ergibt sich daraus nicht. Der Vermutung des Klägers, die Beklagte handle auf Grundlage eines abgestimmten Verhaltens sämtlicher bzw. der großen Krankenversicherungsunternehmen, ist bereits dadurch der Boden entzogen, weil der Kläger selbst ausgeführt hat, dass lediglich fünf von 40 Unternehmen einen Ausschluss erklärt hätten."

II.

Der Senat sieht auch nach erneuter Prüfung keinen Anlass, von diesen auch die Entscheidung dieses Falles tragenden Erwägungen abzuweichen. Die leichten Abweichungen bei den Klageanträgen, über die mit dem Urteil vom 05.12.2008 zu entscheiden war, im Verhältnis zu der vorliegenden Klage, gebieten keine andere Bewertung. In dem Urteil vom 05.12.2008 begehrte der Kläger, dass eine andere private

Krankenversicherung verurteilt werden sollte, es zu unterlassen, im Rechtsverkehr Dritten gegenüber zu behaupten, der Kläger sei von der Leistungserstattung ausgeschlossen worden. Ferner wurde die Feststellung begehrt, dass die Krankenversicherung nicht berechtigt sei, mit der Begründung, der Kläger sei von der Leistungserstattung ausgeschlossen, die Auszahlung der Versicherungsleistung zu verweigern. Auch bei diesen – leicht anderen Anträgen – konnte sich der Kläger ausschließlich auf §§ 823, 1004 BGB unter dem Gesichtspunkt eines Eingriffs in den eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb stützen. Warum nach Auffassung des Klägers die Erwägungen des Senates in der angegebenen Entscheidung vorliegend nicht greifen sollen, wird seitens des Klägers nicht begründet.

1. 33

Soweit der Kläger sich darauf beruft, dass ein zielgerichteter Eingriff vorliege, weil die Ausschlussmitteilung ihm unmittelbar und persönlich zugestellt wurde, hilft ihm dies nicht weiter. Zutreffend ist nur, dass der Leistungsausschluss nur mit Benachrichtigung an den Versicherungsnehmer wirksam wird (Bach/Moser, Private Krankenversicherung, § 5 Rn. 16). Das Schreiben vom 19.09.2007 ist aber kein zielgerichteter Eingriff, sondern erschöpft sich in einer Information des Klägers aufgrund einer vorangegangenen Korrespondenz mit der Beklagten. Die Parteien haben vor dem Schreiben unstreitig über die Abrechnungen des Klägers korrespondiert. Die Beklagte hat dem Kläger den Leistungsausschluss angedroht. Die Information über die Durchführung des Leistungsausschlusses, der primär im Verhältnis Versicherungsnehmer und Versicherer wirkt, führt nicht zu einer Zielgerichtetheit des Leistungsausschlusses in Bezug auf den Kläger. 34

2. 35

Soweit der Kläger versucht eine Parallele zur Frage der Bestimmtheit von gemeindlichen Satzungen zu ziehen (z.B. über die Entscheidung BVerwG, NVwZ 1990, 867) verkennt er, dass es vorliegend um eine zivilrechtliche Problematik geht. Eine Unwirksamkeit von § 5 Abs. 1 lit. c MB/KK könnte sich nur aus § 305 c BGB ergeben, wenn diese Klausel – im Verhältnis zum Versicherungsnehmer – überraschend oder mehrdeutig ist. Dies ist aber nicht der Fall, da aus Sicht des Versicherungsnehmers hinreichend klar ist, was ein wichtiger Grund ist. Ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer muss damit rechnen, dass der Versicherer die Versichertengemeinschaft vor unrichtigen Abrechnungen von Ärzten oder vor Übermaßbehandlungen schützen muss. Auch die freie Arztwahl des Versicherten wird nicht überraschend eingeschränkt. Ein Versicherungsnehmer kann nicht erwarten, dass seine Versicherung die Kosten eines Arztes bezahlt, der regelmäßig unrichtige oder überhöhte Leistungen abrechnet. 36

3. 37

Im Hinblick auf das Vorliegen eines wichtigen Grundes ist zusätzlich zu berücksichtigen, dass der Kläger mit Schreiben vom 26.01.2004 selbst eingeräumt hat, dass er in beachtlichem Umfang nicht abrechenbare Leistungen abgerechnet hat. Er hat gegenüber der Beklagten angegeben, dass Gutachter seine Leistungen zu 60 % bis 80 % anerkennen würden. Wenn aber teilweise 20 bis 40 % der Leistungen nicht anerkannt werden können, sind durchgreifende Zweifel an der Verlässlichkeit seiner Abrechnungen begründet. Dann aber liegt auch ein wichtiger Grund für einen Leistungsausschluss vor, weil das quantitative Maß der Beanstandungen den Krankenversicherer überfordert. Der Kontrollaufwand belastet das Versicherungsverhältnis mehr als notwendig und muss deshalb auf Dauer nicht hingenommen werden. 38

Die Kostenentscheidung beruht auf § 97 Abs. 1 ZPO. Die Entscheidung zur vorläufigen Vollstreckbarkeit hat ihre Grundlage in § 708 Nr. 10 ZPO. Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht ersichtlich.