
Datum: 11.09.2015
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 20. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 20 U 211/14
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2015:0911.20U211.14.00

Vorinstanz: Landgericht Detmold, 12 O 8/14

Tenor:

Auf die Berufung des Klägers wird das am 02.10.2014 verkündete Urteil der Zivilkammer II des Landgerichts Detmold unter Zurückweisung des Rechtsmittels im Übrigen teilweise abgeändert.

Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger 1.589,41 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 13.09.2013 zu zahlen.

Die Klage bleibt im Übrigen abgewiesen.

Von den Kosten der ersten Instanz tragen der Kläger 70 % und die Beklagte 30 %. Die Kosten der Berufungsinstanz trägt die Beklagte.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Gründe:

I.

Der Kläger nimmt den beklagten Krankenversicherer mit seiner Klage auf Zahlung zahnärztlicher Behandlungskosten aus einer Zahnersatz-Zusatzversicherung in Anspruch.

Der Kläger beantragte am 04.09.2009 bei der Beklagten für sich, seine Ehefrau Y sowie seinen Sohn X den Abschluss einer privaten Krankenzusatzversicherung nach dem

1

2

3

4

Tarif ZE50. Die im Antragsformular der Beklagten (GA 40 ff.) gestellte (einzige) Gesundheitsfrage

„Ist die zu versichernde Person in zahnärztlicher Behandlung (einschließlich Kieferorthopädie) bzw. wurde zu einer Behandlung geraten oder ein Kostenvoranschlag/Behandlungsplan erstellt?“ 5

verneinten der Kläger bzw. die zu versichernden Personen. 6

Die Beklagte polizierte am 15.09.2009 mit Versicherungsbeginn 01.10.2009 (GA 47 ff.). Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Beklagten für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, bestehend aus den MB/KK 2009 und den Tarifbedingungen für den Tarif ZE50 (GA 55 ff.). 7

Nachdem der Kläger der Beklagten zwei Rechnungen Dr. med. K vom 03.07.2012 über 8.384,37 € (GA 7 f.) bzw. 894,54 € (GA 9), denen zahnärztliche Behandlungen der Ehefrau des Klägers im Zeitraum 16.04. bis 22.06.2012 zu Grunde lagen, zur Erstattung einreichte, trat die Beklagte in die Leistungsprüfung ein. Sie erhielt auf einem von ihr übermittelten Formscheiben den „letzten Befund“ des die Ehefrau des Klägers früher behandelnden Zahnarztes, des Zeugen Dr. med. S, vom 23.09.2009. Ferner erhielt die Beklagte drei Heil- und Kostenpläne Dr. med. S vom 12.10.2004, 04.02.2005 und 08.08.2005 (GA 81 ff.). Unterhalb der Unterschriftszeile heißt es in dem Schreiben Dr. med. S, wegen dessen Einzelheiten auf GA 64 f. verwiesen wird: 8

„Der Pat. wurden über die ganzen Jahre hinweg ZE-Vorschläge gemacht, für den OK eine Kombivers. 1.ne Variante mit Impl. Pat. war auch schon 2x beim Gutachter. 9

Eine Teilversorgung des UK wurde 2005 angefertigt. Begründet wurde die Ablehnung des ZE mit, kein Geld, möchten erst Zusatzversicherung abschließen.“ 10

Die Beklagte lehnte nach Erhalt dieser Unterlagen mit Schreiben vom 13.09.2012 die Erbringung von Leistungen mit der Begründung ab, der Versicherungsfall habe sich vor Vertragsabschluss ereignet, nachdem bereits „vor Antragstellung (...) Behandlungsbedürftigkeit des kompletten Oberkiefers“ bestanden habe (GA 10 f.). 11

Mit anwaltlichem Schreiben vom 23.08.2013 (GA 13 f.) forderte der Kläger die Beklagte unter Fristsetzung bis zum 12.09.2013 fruchtlos zur Zahlung auf. 12

Mit seiner Klage hat der Kläger zunächst die Verurteilung der Beklagten zur Zahlung von 6.210,14 € sowie vorgerichtlicher Rechtsverfolgungskosten in Höhe von 603,93 €, jeweils nebst Zinsen begehrt. Mit Schriftsatz vom 30.07.2014 (GA 93) hat der Kläger die Klage hinsichtlich eines Teilbetrages in Höhe von 1.570,96 € zurückgenommen und erstinstanzlich zuletzt in der Hauptsache die Verurteilung der Beklagten zur Zahlung von 4.639,45 € begehrt. Bei diesem Betrag handelt es sich um 50 % der Beträge der Rechnungen Dr. med. K vom 03.07.2012. 13

Der Kläger hat behauptet, zum Zeitpunkt der Beantragung von Versicherungsschutz bei der Beklagten habe eine intakte Zahnversorgung seiner Ehefrau vorgelegen und gerade keine Behandlungsbedürftigkeit (mehr) bestanden. 14

Demgegenüber hat die Beklagte behauptet, die Ehefrau des Klägers habe sich seit 1998 bei Dr. med. S in fortlaufender zahnärztlicher Behandlung befunden; die zahnärztliche Versorgung der Ehefrau des Klägers sei auch bei Antragstellung im Jahre 2009 nicht 15

abgeschlossen gewesen. Bei der Versorgung des Unterkiefers habe es sich lediglich um eine „Teilversorgung“ gehandelt, während die weitere Behandlung des Oberkiefers aus wirtschaftlichen Gründen nicht durchgeführt worden sei. Die Beklagte hat ferner gemeint, dass die Klageforderung nicht fällig sei. Insoweit hat sie die Fälligkeit und Ausgleichung der Rechnungen Dr. med. K durch den Kläger mit Nichtwissen bestritten. Sie hat ferner bestritten, dass vorgerichtliche Rechtsverfolgungskosten bereits abgerechnet und vom Kläger bezahlt worden seien.

Wegen der weiteren Einzelheiten des erstinstanzlichen Parteivorbringens und wegen der erstinstanzlich gestellten Anträge wird auf den Tatbestand des angefochtenen Urteils vom 02.10.2014 (GA 105 ff.) verwiesen. 16

Das Landgericht hat Beweis erhoben durch Vernehmung des Zeugen Dr. med. S und alsdann mit dem angefochtenen Urteil die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat das Landgericht ausgeführt: Die Beklagte sei in Ansehung der zahnärztlichen Behandlungen, deren Erstattung der Kläger begehre, gem. § 2 Abs. 1 Satz 2 MB/KK 2009 leistungsfrei. Nach dieser Bestimmung bestehe die Leistungspflicht nicht für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten seien. Versicherungsfall wiederum sei gem. § 1 Abs. 2 Satz 1 MB/KK 2009 die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, wobei der Versicherungsfall nach Satz 2 erst ende, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestehe. Eine Heilbehandlung beginne hierbei mit der ersten Inanspruchnahme einer ärztlichen Tätigkeit, wobei zur Behandlung einer Krankheit auch schon die erste ärztliche Untersuchung gehöre, die auf das Erkennen des Leidens abziele. Gemessen hieran habe der Versicherungsfall schon mit der Untersuchung und Behandlung der Ehefrau des Klägers durch Dr. med. S begonnen und sei auch nicht zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses beendet gewesen. Zwar habe es sich beim Zahnersatz im Oberkiefer der Ehefrau des Klägers um einen fertigen Zahnersatz gehandelt. Dieser sei aber nur provisorisch befestigt gewesen, weshalb auch nach Behandlung der Ehefrau der Klägerin durch den Zeugen Dr. med. S ein behandlungsbedürftiger Zustand bestanden habe. 17

Gegen die vollständige Abweisung der Klage wendet sich der Kläger mit seiner Berufung, mit der er die Verletzung materiellen Rechts durch das Landgericht rügt und sein erstinstanzliches Klagebegehren in Höhe eines Teilbetrages von 1.589,41 € sowie in Höhe anteiliger vorgerichtlicher Rechtsverfolgungskosten, jeweils nebst Zinsen, weiterverfolgt. Er macht geltend, dass das Landgericht rechtsfehlerhaft nicht zwischen der zahnärztlichen Behandlung des Ober- und des Unterkiefers differenziert habe. Auch der Zeuge Dr. med. S sei hinsichtlich des Unterkiefers nicht mehr von einem behandlungsbedürftigen Zustand ausgegangen. Erst anlässlich der Untersuchung seiner Ehefrau durch Dr. med. K im Jahre 2011 habe sich dann herausgestellt, dass der Unterkiefer trotz der Versorgung im Jahre 2005 erneut behandlungsbedürftig sei, da sich unter den Kronen Sekundärkaries gebildet habe. Die Kosten, die auf die Versorgung des Unterkiefers entfielen, beliefen sich auf 3.178,82 €, wovon die Beklagte 50 % zu erstatten habe. 18

Der Kläger beantragt, 19

unter (teilweiser) Abänderung des angefochtenen Urteils 20

1. die Beklagte zu verurteilen, an ihn 1.589,41 € nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 13.09.2013 zu zahlen; 21

22

2. die Beklagte ferner zu verurteilen, an ihn außergerichtliche Kosten in Höhe von 255,85 € nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

Die Beklagte beantragt, 23

die Berufung zurückzuweisen. 24

Sie verteidigt die angefochtene Entscheidung, auch soweit diese sich auf die Abweisung der Klage hinsichtlich der Behandlung des Unterkiefers bezieht. Sie vertritt die Auffassung, dass der Kläger sich in der Berufungsinstanz schon novenrechtlich nicht mehr auf eine Differenzierung zwischen Ober- und Unterkiefer berufen könne, nachdem er erstinstanzlich selbst nicht zwischen Ober- und Unterkiefer differenziert habe. Sie behauptet, der Zeuge Dr. med. S sei auch hinsichtlich des Unterkiefers noch von einem behandlungsbedürftigen Befund ausgegangen, nachdem er selbst von einer „Teilversorgung“ des Unterkiefers gesprochen habe. Die Beklagte beruft sich ferner darauf, dass der Kläger bzw. seine Ehefrau die im Antragsformular enthaltene Gesundheitsfrage arglistig falsch beantwortet habe und deshalb nicht schutzbedürftig sei. 25

Der Senat hat Beweis erhoben durch erneute Vernehmung des Zeugen Dr. med. S. 26

Wegen der weiteren Einzelheiten des Vorbringens der Parteien in der Berufungsinstanz wird auf die zwischen ihnen gewechselten Schriftsätze verwiesen. 27

II. 28

Die Berufung des Klägers ist zulässig und hat auch in der Sache überwiegend Erfolg. Insoweit führt das Rechtsmittel zur Abänderung der angefochtenen Entscheidung und zur Klageabweisung; im Übrigen unterliegt es der Zurückweisung. 29

1.) 30

Dem Kläger steht gegen die Beklagte aus der bei ihr genommenen Zahnersatz-Zusatzversicherung ein bedingungsgemäßer Anspruch auf Kostenerstattung aus Anlass der zahnärztlichen Behandlung des Unterkiefers seiner Ehefrau durch Dr. med. K im Jahre 2012 zu. 31

Allerdings ist das Landgericht im rechtlichen Ansatz zutreffend davon ausgegangen, dass der beklagte Versicherer gem. § 2 Abs. 1 Satz 2 MB/KK 2009 nicht für Versicherungsfälle leistet, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind. Gemäß § 1 Abs. 2 Satz 2 MB/KK 2009 beginnt der Versicherungsfall dabei mit der Heilbehandlung, d.h. der ärztlichen Tätigkeit, die durch die betroffene Krankheit verursacht worden ist, sofern die Leistung des Arztes von ihrer Art her in den Rahmen der medizinisch notwendigen Krankenpflege fällt und auf die Heilung oder Linderung der Krankheit abzielt, mag dieses Endziel auch erst nach Unterbrechungen oder mit Hilfe weiterer Ärzte erreicht werden. Nach gefestigter Rechtsprechung beginnt die Heilbehandlung mit der ersten Inanspruchnahme einer solchen ärztlichen Tätigkeit (vgl. nur Senat, Beschl. v. 11.06.2014, 20 U 82/14, n.v.; Beschl. v. 12.08.1988, 20 W 42/88, VersR 1989, 614; BGH, VersR 1978, 271, 272; VersR 1996, 1224; LG Dortmund, Urt. v. 27.09.2007, 2 S 12/07, juris, Rn. 30, NJW-RR 2008, 118; Kalis, in: Bach/Moser, Private Krankenversicherung, 4. Aufl. 2009, § 1 MB/KK Rn. 45), wobei zur Behandlung nicht nur die unmittelbare Heiltätigkeit, sondern auch schon die erste ärztliche Untersuchung, die auf ein Erkennen des Leidens abzielt, gehört, ohne Rücksicht darauf, ob 32

sofort oder erst nach weiteren Untersuchungen eine endgültige und richtige Diagnose gestellt und mit den eigentlichen Heilmaßnahmen begonnen worden ist (Kalis, a.a.O. mit weiteren Nachweisen). Diese Auslegung trägt dem Umstand Rechnung, dass es andernfalls dem Versicherungsnehmer möglich wäre, zunächst eine ärztliche Diagnose und Beratung über mögliche Behandlungsformen einzuholen, sodann eine Krankenversicherung abzuschließen bzw. eine bestehende Krankenversicherung zu erhöhen und dann erst nach Ablauf der vertraglich bedungenen Wartezeit die Heilbehandlung in Anspruch nehmen zu können (Senat, a.a.O.). Der Versicherungsfall endet erst, wenn nach objektivem medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr vorliegt, die Behandlung also abgeschlossen und nicht nur als unterbrochen anzusehen ist (Senat, Beschl. v. 11.06.2014, 20 U 82/14, n.v.; Urt. v. 16.11.1990, 20 U 70/90, VersR 1991, 915; BGH, VersR 1978, 271; LG Dortmund, a.a.O.; Kalis, a.a.O.).

Gemessen daran hat das Landgericht die Frage der Vorvertraglichkeit im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 2 MB/KK 2009, soweit die Behandlung des Oberkiefers der Ehefrau des Klägers betroffen war, zu Recht bejaht, was auch von der Berufung nicht in Zweifel gezogen wird. 33

Demgegenüber kann eine fortbestehende Behandlungsbedürftigkeit auch des Unterkiefers der Ehefrau des Klägers bei Beginn des Versicherungsschutzes nicht festgestellt werden. 34

Die Beklagte kann hierbei nicht damit gehört werden, dass die Beschränkung der Berufung des Klägers auf die Behandlungskosten des Unterkiefers gem. § 531 Abs. 2 ZPO nicht zuzulassen sei. Denn die Behauptung des Klägers, ein behandlungsbedürftiger Zustand des Unterkiefers seiner Ehefrau habe bei Versicherungsbeginn nicht bestanden, stellt gegenüber der erstinstanzlichen Behauptung, es habe an einem solchen behandlungsbedürftigen Zustand sowohl hinsichtlich des Ober- als auch des Unterkiefers gefehlt, schon kein neues Vorbringen dar. 35

Beweisbelastet für eine fortbestehende Behandlungsbedürftigkeit und damit einen im Zeitpunkt der Antragstellung „schwebenden“ Versicherungsfall ist die Beklagte. Denn § 2 Abs. 1 MB/KK 2009 trifft die Regelung, dass solche „Versicherungsfälle“, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, vom Deckungsschutz ausgenommen werden. Hierdurch erlegt sich der Versicherer selbst die Beweislast dafür auf, dass der Versicherungsfall schon vor Eintritt des Versicherungsschutzes begonnen hat (vgl. Senat, VersR 1977, 953; OLG Karlsruhe, VersR 2013, 1252; Hütt, in: Bach/Moser, Private Krankenversicherung, 4. Aufl. 2009, § 2 MB/KK Rn. 39). 36

Diesen Beweis hat die Beklagte hinsichtlich des Unterkiefers der Ehefrau des Klägers nicht erbracht. Der Zeuge Dr. med. S hat vielmehr im Gegenteil bekundet, dass eine letzte zahnärztliche Versorgung des Unterkiefers der Ehefrau des Klägers durch ihn am 15.04.2005 durch Eingliederung einer Brücke erfolgt sei und danach aus seiner Sicht bis zum Ende seiner zahnärztlichen Tätigkeit im September 2009 kein Bedarf für eine weitere Versorgung des Unterkiefers bestanden habe. Soweit er dies gegenüber der Beklagten als „Teilversorgung“ bezeichnet habe, habe sich dieser Begriff ausschließlich auf die Brücke als „Teil“ bezogen; es sei nur eine „Teilversorgung“ erforderlich gewesen. 37

Soweit die Beklagte die Auffassung vertritt, dass ein schwebender Versicherungsfall in der Zahnersatz-Zusatzversicherung bereits wegen der Behandlungsbedürftigkeit des Oberkiefers bei Versicherungsbeginn bestanden habe, da das menschliche Gebiss insoweit als funktionale Einheit zu bewerten sei, findet dies in den Versicherungsbedingungen keine Grundlage. 38

Der Kläger kann daher die von ihm zutreffend berechneten Kosten der zahnärztlichen Versorgung des Unterkiefers seiner Ehefrau in bedingungsgemäßigem Umfang ersetzt verlangen.

Hierbei kann die Beklagte nicht damit gehört werden können, dass die Hauptforderung nicht fällig ist, nachdem sie die Zahlung durch den Kläger mit Nichtwissen bestritten hat. Auf die Ausgleichung der Rechnung kommt es nämlich für die Fälligkeit nicht an. Denn der auf Erstattung von Aufwendungen gerichtete Anspruch aus § 192 Abs. 1 VVG ist gem. § 6 Abs. 1, Abs. 2 MB/KK 2009 fällig, wenn der Versicherungsnehmer die von ihm geforderten Nachweise erbracht, d.h. Belege über die entstandenen Kosten beigebracht hat. Demgegenüber muss die Zahlung der Rechnung gerade nicht nachgewiesen werden (vgl. Voit, in: Prölss/Martin, a.a.O., § 6 MB/KK 2009 Rn. 4).

Ohne Erfolg bleibt der Einwand der Beklagten, der Kläger bzw. seine Ehefrau hätten ihre vorvertragliche Anzeigepflicht arglistig verletzt. Denn die Beklagte hat weder ihre Rechte gem. § 19 Abs. 2 bis 4 VVG ausgeübt noch den Vertrag wegen arglistiger Täuschung angefochten.

Die von der Beklagten beantragte Stellungnahmefrist zum Ergebnis der Beweisaufnahme ist nicht geboten. Die Beklagte hatte hinreichend Gelegenheit, im Senatstermin selbst zu dem Ergebnis der – wie den Parteien bereits aus der Ladung bekannt war – auf einen einzelnen Punkt beschränkten Beweisaufnahme durch den Senat Stellung zu nehmen.

2.)

Die zuerkannten Zinsen rechtfertigen sich unter Verzugsgesichtspunkten aus den §§ 280 Abs. 1, Abs. 2, 286 Abs. 1, 288 Abs. 1, 247 BGB.

3.)

Demgegenüber unterliegt das Rechtsmittel der Zurückweisung, soweit der Kläger seinen erstinstanzlich geltend gemachten Anspruch auf Erstattung vorgerichtlicher Rechtsverfolgungskosten teilweise weiter verfolgt. Denn die Beklagte hat bereits erstinstanzlich bestritten, dass dem Kläger vorgerichtliche Anwaltskosten in Rechnung gestellt und diese von ihm gezahlt worden seien. Hierauf hat der Kläger nicht reagiert. Ist der Kläger rechtsschutzversichert und hat der Rechtsschutzversicherer die Kostennote ausgeglichen, ist der Kläger ohnehin wegen des Anspruchsübergangs gem. § 86 Abs. 1 VVG nicht aktivlegitimiert.

Die prozessualen Nebenentscheidungen beruhen auf den §§ 92 Abs. 1, Abs. 2 Nr. 1, 708 Nr. 10, 713 ZPO.

Eine Zulassung der Revision ist in Ermangelung der Voraussetzungen des § 543 Abs. 2 Satz 1 ZPO nicht veranlasst. Die Rechtssache weist weder grundsätzliche Bedeutung auf noch erfordert die Fortbildung des Rechts oder die Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung eine Entscheidung des Bundesgerichtshofs.