
Datum: 20.06.2018
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 20. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 20 U 37/17
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2018:0620.20U37.17.00

Vorinstanz: Landgericht Essen, 18 O 294/15

Tenor:

Auf die Berufung der Klägerin wird das am 18. Januar 2017 verkündete Urteil der 18. Zivilkammer des Landgerichts Essen teilweise abgeändert.

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 3.043,43 € nebst Zinsen i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 16.11.2015 zu zahlen.

Die Beklagte wird weiter verurteilt, an die Klägerin 130,00 € nebst Zinsen i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 07.02.2018 zu zahlen.

Die Kosten des Rechtsstreits tragen die Klägerin zu 25 % und die Beklagte zu 75 %.

Dieses Urteil und das angefochtene Urteil sind vorläufig vollstreckbar.

Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf bis zu 7.000,00 € festgesetzt.

G r ü n d e:

I.

1

2

3

Von der Darstellung der tatsächlichen Feststellungen wird abgesehen (vgl. §§ 540 Abs. 2, 313a Abs. 1 S. 1 ZPO).

II. 4

Die Berufung ist begründet. 5

1. 6

Die Klägerin hat gegen die Beklagte einen Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen für die Kompressionsjacke in Höhe von 3.043,43 € aus § 1 S. 1 VVG i.V.m. dem Krankenversicherungsvertrag der Parteien nebst gesetzlicher Zinsen (vgl. §§ 286, 288 BGB). Die dafür erforderlichen Voraussetzungen liegen vor: 7

a) 8

Die Beklagte bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse (vgl. § 1 Abs. 1 S. 1 Teil I RB/KK 2009). Nach § 1 Abs. 2 Teil I RB/KK 2009 ist der Versicherungsfall die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen (vgl. § 1 Abs. 1 S. 3a Teil I RB/KK 2009). Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (...) sowie den gesetzlichen Vorschriften (vgl. § 1 Abs. 3 S. 1 Teil I RB/KK 2009). 9

Hilfsmittel sind nach dem zu § 4 Teil I RB/KK 2009 ergangenen Teil II § 5 Abs. 4 S. 2 TB/KK 2009 bei medizinischer Notwendigkeit ausschließlich wie folgt erstattungsfähig: 10

„...“ 11

Zusätzlich sind bei medizinischer Notwendigkeit ausschließlich die Aufwendungen für folgende Hilfsmittel erstattungsfähig, sofern sie nach vorheriger Abstimmung mit der X über das Hilfsmittel-Management der X bezogen werden: 12

Heimmonitore zur Überwachung der Atmungs- und/oder Herztätigkeit von Kleinstkindern zur Vorbeugung gegen plötzlichen Kindstod (SIDS), Sauerstoffgeräte, Ernährungspumpen, Wecheldruckmatratzen/-systeme, Krankenbetten in funktionaler Standardausführung, Schmerzmittelpumpen, Beatmungsgeräte, Schlafapnoegeräte, Motor-Bewegungsschienen und Heimdialysegeräte.“ 13

b) 14

Danach liegen die Voraussetzungen für einen Anspruch der Klägerin auf Erstattung der Aufwendungen für die Kompressionsjacke vor. 15

aa) 16

Die Parteien haben mit Versicherungsbeginn am 01.06.1992 einen privaten Krankenversicherungsvertrag geschlossen. In den Vertrag sind die Bedingungen des Tarifs CV3A1 für Ärzte in Verbindung mit den RB/KK 2009 und TB/KK 2009 einbezogen. 17

bb) 18

Die Klägerin ist erkrankt. Sie leidet seit Jahren unter Lymphödemen, die zunächst ab dem Unterbauch abwärts auftraten, mit dem Schwerpunkt der unteren Gliedmaßen. Inzwischen sind auch die oberen Gliedmaßen betroffen. Seit November 2010 erhält die Klägerin zwei- bis dreimal wöchentlich manuelle Lymphdrainage. 19

cc) 20

Die der Klägerin ärztlich verordnete Kompressionsjacke gehört zu den bedingungsgemäßen und damit erstattungsfähigen Hilfsmitteln. 21

Allerdings ist eine Kompressionsjacke im Hilfsmittelkatalog der Beklagten nicht ausdrücklich angeführt. Entgegen der Ansicht der Beklagten ist die Kompressionsjacke jedoch im Wege der Auslegung als bedingungsgemäßes Wechseldrucksystem („Wechseldruckmatratzen/-systeme“) anzusehen. 22

(1) 23

Allgemeine Versicherungsbedingungen sind so auszulegen, wie ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer sie bei verständiger Würdigung, aufmerksamer Durchsicht und Berücksichtigung des erkennbaren Sinnzusammenhangs versteht. Dabei kommt es auf die Verständnismöglichkeiten eines Versicherungsnehmers ohne versicherungsrechtliche Spezialkenntnisse an (vgl. zum Vorstehenden: BGH, Beschluss vom 05.07.2017 – IV ZR 116/15 –, RuS 2017, 488 ff., bei juris Langtext Rn. 12). Bei den Regelungen über die Erstattung der Kosten für Hilfsmittel handelt es sich jedenfalls dann um einen abgeschlossenen Katalog erstattungsfähiger Hilfsmittel, wenn eine Verwendung des Wortes "ausschließlich" vor den jeweiligen Aufzählungen von Hilfsmitteln erfolgt (vgl. BGH, Beschluss vom 05. Juli 2017 – IV ZR 116/15 –, RuS 2017, 488 ff., bei juris Langtext Rn. 10 m.w.N.). Dass eine abschließende Aufzählung der bedingungsgemäßen Hilfsmittel zu einer Unterschreitung des Versicherungsschutzes im Vergleich zur gesetzlichen Krankenversicherung führt, ist dabei nicht zu beanstanden (vgl. BGH, Beschluss vom 05.07.2017 – IV ZR 116/15 –, RuS 2017, 488 ff., bei juris Langtext Rn. 19 f., m.w.N.). 24

(2) 25

Hiernach ist der Versicherungsschutz im vorliegenden Zusammenhang auf „Wechseldruckmatratzen/-systeme“ beschränkt. Der durchschnittliche Versicherungsnehmer darf daraus aber Versicherungsschutz auch in Bezug auf Wechseldrucksysteme entnehmen und darunter auch eine Kompressionsjacke verstehen. 26

Der Wortlaut des Hilfsmittelkatalogs schließt nicht aus, sondern spricht dafür, auch die Kompressionsjacke als Wechseldrucksystem anzusehen. 27

Zunächst macht der Katalog für den durchschnittlichen Versicherungsnehmer jedenfalls nicht hinreichend deutlich, dass - möglicherweise - deren Verfasser mit der Nennung von „Wechseldruckmatratzen/-systeme[n]“ etwas anderes meinten als „Wechseldruckmatratzen, Wechseldrucksysteme“. 28

Was nun unter einem Wechseldrucksystem zu verstehen ist, erschließt sich dem durchschnittlichen Versicherungsnehmer nur über den Wortsinn (System, welches Wechseldruck erzeugt), die Erkenntnis, dass es etwas anderes ist als eine Wechseldruckmatratze, und die Funktionsweise. 29

30

In dem Hilfsmittelkatalog sind Wechseldrucksysteme nicht näher definiert. Beispiele für Wechseldrucksysteme werden nicht genannt. Auch im Senatstermin konnte ein Beispiel für ein Wechseldrucksystem nicht gegeben werden. Der durchschnittliche Versicherungsnehmer darf unter Berücksichtigung des Wortlauts des Hilfsmittelkatalogs jedenfalls davon ausgehen, dass Wechseldrucksysteme etwas anderes sind als Wechseldruckmatratzen. Er wird Wechseldrucksysteme als Oberbegriff für weitere, nicht gesondert genannte Hilfsmittel mit gleicher Funktionsweise verstehen oder als andere Hilfsmittel mit dieser Funktionsweise.

Die Funktionsweise einer Wechseldruckmatratze ist aber dieselbe wie bei der Kompressionsjacke. Verschiedene Luftkammern werden durch eine automatische Steuerung abwechselnd mit Luft befüllt und wieder entleert, um einen wellenförmigen Druck auf die Gefäße der behandelten Extremitäten auszuüben. Diesem Prinzip folgt auch die sog. apparative intermittierende Kompression (= AIK), zu der auch die Kompressionsjacke zu zählen ist. Denn auch diese besteht aus verschiedenen Luftkammern, die wechselnd und automatisch mit Luft befüllt und entleert werden. 31

Im Übrigen hat selbst die von der Beklagten in Auftrag gegebene Hilfsmittelbegutachtung in ihrer Stellungnahme vom 29.09.2015 (Anlage B5 zum Schriftsatz der Beklagten vom 07.03.2016, Bl. 128 GA) die Kompressionsjacke als Wechseldrucksystem qualifiziert, welches mit verschiedenen Manschetten zur Heimbehandlung eingesetzt wird. Der Sachverständige Dr. L ist bereits in seinem schriftlichen Gutachten davon ausgegangen, dass die Kompressionsjacke ein erstattungsfähiges Hilfsmittel ist. Denn er hat seine Begutachtung auf die medizinische Notwendigkeit beschränkt und die Kompressionsjacke als bedingungsgemäßes Hilfsmittel angesehen. In seiner Anhörung vor dem Senat hat der Sachverständige ausdrücklich klargestellt, dass aus ärztlicher Perspektive die Kompressionsjacke als Wechseldrucksystem bezeichnet werden könne. 32

Entgegen der Ansicht der Beklagten kann der durchschnittliche Versicherungsnehmer ohne Spezialkenntnisse dem Hilfsmittelkatalog nicht entnehmen, dass auch Wechseldrucksysteme – wie Wechseldruckmatratzen – nur der Dekubitusprophylaxe dienen sollen. Ist dieser Zweck für Wechseldruckmatratzen noch ersichtlich, kann dieser Zweck dem Begriff „Wechseldrucksystem“ nicht entnommen werden. Auch aus der Aufzählung der weiteren Hilfsmittel ist ein solcher eingeschränkter Verwendungszweck nicht zu entnehmen. Die Klägerin war auch nicht gehalten, sich Spezialkenntnisse über die Funktionsweise, die Nutzung und die Anwendung von Wechseldrucksystemen erst anzueignen oder die Hilfsmittelverzeichnisse einzelner privater Versicherer oder des GKV-Spitzenverbandes miteinander zu vergleichen. 33

dd) 34

Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme steht auch fest, dass der Einsatz der Kompressionsjacke über die ärztlich verordnete manuelle Lymphdrainage hinaus medizinisch notwendig war und ist. 35

Von der medizinischen Notwendigkeit einer Behandlung ist (jedenfalls) dann auszugehen, wenn eine Behandlungsmethode zur Verfügung steht und angewandt worden ist, die geeignet ist, die Krankheit zu heilen, zu lindern oder ihrer Verschlimmerung entgegenzuwirken (vgl. BGH Urteil vom 29. März 2017 – IV ZR 533/15 –, VersR 2017, 608 ff., bei juris Langtext Rn. 30 m.w.N.; Voit, in: Prölss/Martin, Kommentar zum VVG, 30. Auflage 2018, § 192 VVG Rn. 61 m.w.N.). 36

Der Senat ist davon überzeugt, dass die der Klägerin ärztlich verordnete Kompressionsjacke geeignet war und ist, die vorhandenen Lymphödeme in den Armen und in dem Oberkörper zu lindern, jedenfalls aber einer Verschlimmerung der Ödeme entgegenzuwirken.	
Im Senatstermin vom 25.04.2018 hat die Klägerin die Wirkungsweise und die tatsächliche Nutzung der Kompressionsjacke, aber auch die positiven Auswirkungen der Kompressionsjacke auf ihren Gesundheitszustand im Einzelnen beschrieben. Danach führt der morgendliche Einsatz der Jacke dazu, dass Wasseransammlungen im Gewebe in den Körper zurückgedrückt werden und nach der Nutzung ein Entspannungsgefühl einsetzt sowie eine Linderung zumindest über den Vormittag spürbar ist. Der Einsatz der Kompressionsjacke dient danach als Begleittherapie für die weiterhin stattfindende Lymphdrainage.	38
Auch der Sachverständige hat in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat die Verordnung der Kompressionsjacke als medizinisch notwendig eingeschätzt. Dabei ist bei seiner Anhörung durch den Senat offensichtlich geworden, dass ihm zur Beurteilung zuvor nicht alle ärztlichen Bescheinigungen vorgelegen hatten. Der Sachverständige hat insbesondere moniert, dass ihm seinerzeit kein ordentliches Krankheitsbild der Klägerin, erstellt von einer Fachklinik, vorgelegen habe. Insbesondere unter Berücksichtigung des Berichts des Ödemzentrums Z vom 15.09.2015 (Anlage zum Schriftsatz der Klägerin vom 12.09.2016, Bl. 169 f. GA), der erst den Krankheitsverlauf und das Ausmaß der Erkrankung der Klägerin beschrieben hat, hat der Sachverständige seine ursprüngliche Einschätzung aus seinem schriftlichen Gutachten vom 11.06.2016 (Bl. 141 GA) revidiert. Bei Abfassung des schriftlichen Gutachtens, indem er die Kompressionsjacke als medizinisch nicht notwendig eingeschätzt hatte, lag dem Sachverständigen der genannte Bericht des Ödemzentrums noch nicht vor.	39
Die Ausführungen des Sachverständigen, soweit ihnen der Senat gefolgt ist, sind nachvollziehbar und überzeugend. Insbesondere ist der Sachverständige bei der mündlichen Erläuterung seines Gutachtens im Senatstermin von den richtigen Grundlagen und Anknüpfungstatsachen ausgegangen.	40
Im Ergebnis kann daher dahinstehen, ob die medizinische Notwendigkeit der Hilfsmittelverordnung nach § 4 Abs. 7 MB/KK 2009, der ausdrücklich nur für Heilbehandlungen und nicht für Hilfsmittel gilt, vermutet wird, nachdem die Beklagte auf das Auskunftersuchen der Klägerin über den Umfang des Versicherungsschutzes nicht rechtzeitig reagiert hat.	41
ee)	42
Dem Anspruch der Klägerin steht die Regelung des § 5 Abs. 4 b) Teil II TB/KK 2009, wonach ein Hilfsmittel über das Hilfsmittelmanagement der Beklagten bezogen werden muss, nicht entgegen, nachdem die Beklagte eine Kostenzusage vor dem Erwerb der Kompressionsjacke durch die Klägerin abgelehnt hatte.	43
2.	44
Die Klägerin hat gegen die Beklagte zudem einen Anspruch auf Erstattung der anlässlich der Lymphdrainage entstandenen weiteren Krankheitskosten i.H.v. noch 130,00 € aus § 1 S. 1 VVG i.V.m. dem Krankenversicherungsvertrag der Parteien nebst gesetzlicher Zinsen (vgl. §§ 286, 288 BGB).	45
	46

Die in Rechnung gestellten Kosten der Lymphdrainage für den Zeitraum von Juni 2017 bis November 2017 von noch 130,00 € sind unter Berücksichtigung des Versicherungsvertrages und den zugrundeliegenden Bedingungen zu erstatten.

a) 47

Der Senat ist insbesondere davon überzeugt, dass der zugrunde gelegte Stundensatz für die manuelle Lymphdrainage von 52,00 € der üblichen Vergütung i.S.v. § 612 Abs. 2 BGB entspricht. Die Klägerin hat im Senatstermin unwidersprochen dargelegt, dass die sie seit Jahren behandelnde Physiotherapiepraxis T und Partner in F deutlich unterhalb des Preisniveaus anderer Praxen in erreichbarer Nähe abrechnet. Ein Stundensatz von 52,00 € überschreitet danach jedenfalls die übliche Vergütung nicht. 48

b) 49

Die Beklagte kann sich auf die mit der Klägerin am 26.11.2013/24.01.2014 geschlossene Vereinbarung, mit der der Stundensatz für die Behandlung der Lymphdrainage auf den beihilfefähigen Höchstsatz von derzeit 39,00 € zuzüglich einer Zuzahlung der Beklagten in Höhe von 25 % (= weitere 9,75 €) begrenzt worden ist, nicht berufen (vgl. § 242 BGB). 50

Zwar sehen Gesetz und Musterbedingungen solche Vereinbarungen nicht vor. Sie sind aber nach allgemeinem Vertragsrecht grundsätzlich zulässig (vgl. Lücke, in: Prölss/Martin, a.a.O., § 173 VVG Rn. 16 m.w.N.). Der Versicherer ist jedoch nach Treu und Glauben in besonderer Weise gehalten, seine überlegene Sach- und Rechtskenntnis nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers auszunutzen. Deshalb setzt eine beiderseits interessengerechte Vereinbarung über die Leistungspflicht ein lauterer und vertrauensvolles Zusammenwirken der Vertragspartner voraus, das auf Ergebnisse abzielt, die den Tatsachen und der Rechtslage entsprechen. Vereinbarungen, die Nachteile für den Versicherungsnehmer zur Folge haben, sind ohne Rechtsmissbrauch nur in Grenzen möglich (vgl. zum Vorstehenden: Lücke, in: Prölss/Martin, a.a.O., § 173 VVG Rn. 17 m.w.N.). 51

Die Berufung des Versicherers auf eine die Position des Versicherungsnehmers verschlechternde nachträgliche Vereinbarung ist ggf. nur dann nicht als treuwidrig anzusehen, wenn der Versicherer zuvor die vertragliche Rechtsposition des Versicherungsnehmers darstellt und darüber belehrt, in welcher Weise diese durch den Abschluss der Vereinbarung verändert oder eingeschränkt wird. Diese zunächst für die Berufsunfähigkeitsversicherung entwickelten Grundsätze finden auch in anderen Rechtsbereichen Anwendung (vgl. zum Vorstehenden: Lücke, in: Prölss/Martin, a.a.O., § 173 VVG Rn. 18 m.w.N.). 52

Jedenfalls kann der Versicherer sich nicht auf eine Vereinbarung berufen, wenn er diese mit objektiv irreführenden, einen Nachteil des Versicherungsnehmers kaschierenden Ausführungen herbeiführt. 53

So liegt es hier. 54

Zum Einen hat die Beklagte die Klägerin über die Grundlagen der Ermittlung der üblichen Vergütung nicht zutreffend informiert. Entgegen den Ausführungen in dem Schreiben vom 26.11.2013 (Anlage 1 zu dem Schriftsatz der Beklagten vom 15.03.2018, Bl. 363 f. GA) orientiert sich die übliche Vergütung nicht an den Beträgen, die die gesetzlichen Krankenkassen anerkennen. Für privat Versicherte gelten diese Honorare gerade nicht. 55

56

Zum Anderen suggeriert das Schreiben eine für den Versicherungsnehmer allein vorteilhafte Vereinbarung. Es fehlt eine zutreffende Darstellung zur seinerzeitigen vertraglichen Rechtsposition der Klägerin und ein hinreichendes Erkennenlassen der mit der Vereinbarung verbundenen Nachteile. Zum Nachteil der Klägerin stellt die Anknüpfung an die Beihilfehöchstsätze insbesondere auch eine regelmäßige Anpassung der Stundensätze physiotherapeutischer Praxen gerade nicht sicher. Denn die Beihilfehöchstsätze werden nicht regelmäßig angepasst. Das Schreiben vom 26.11.2013 vermittelt vielmehr den Eindruck, dass mit dem Abschluss der Vereinbarung auch in Zukunft die Erstattung der üblichen Vergütung sichergestellt werden soll. Dies ist offensichtlich nicht mehr der Fall.

III. 57

Die Nebenentscheidungen folgen aus den §§ 97 Abs. 1, 91a Abs. 1, 92 Abs. 1, 708 Ziff. 11, 711, 713 ZPO. 58

Soweit die Partei den in erster Instanz gestellten Feststellungsantrag für die Zeit vom 01.01.2017 bis zum 31.12.2018 übereinstimmend für erledigt erklärt haben, hat der Senat bei der Kostenentscheidung berücksichtigt, dass der Ausgang des Berufungsverfahrens im Zeitpunkt der Erledigungserklärungen der Parteien offen war. 59

Soweit die Parteien den Rechtsstreit in Höhe von 195,00 € übereinstimmend für erledigt erklärt haben, hat die Beklagte die Kosten zu tragen. Denn sie hat eingeräumt, die Zahlung in der genannten Höhe versehentlich nicht erbracht zu haben. 60

IV. 61

Die Revision ist nicht zuzulassen (§ 543 Abs. 2 ZPO). 62