
Datum: 07.02.1996
Gericht: Oberlandesgericht Köln
Spruchkörper: 5. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 5 U 74/95
ECLI: ECLI:DE:OLGK:1996:0207.5U74.95.00

Normen: AVB § 4 NR. 7;

Leitsätze:

Oberlandesgericht Köln, 5. Zivilsenat, Urteil vom 07.02.1996 - 5 U 74/95 -.

Psychotherapieklausel in Versicherungsbedingungen

AVB § 4 Nr. 7 § 4 Nr. 7 AVB (Psychotherapieklausel) ist wegen Verstoßes gegen das in § 9 AGBG normierte Transparenzgebot unwirksam.

Tatbestand

1

Der Kläger unterhält bei der Beklagten seit dem 1.3.1985 eine Krankenversicherung. Er befindet sich seit Jahren wegen einer neurotischen Fehlentwicklung und psychischen Dekompensation in der Behandlung der Internistin und Psychotherapeutin Dr. K. in K.. Diese hatte dem Kläger in der Vergangenheit bereits zweimal stationäre Behandlungen empfohlen, und zwar zunächst einen stationären Aufenthalt in der H.klinik in K. , welchem sich der Kläger in der Zeit vom 6.8.1991 bis 29.10.1991 unterzog. Nach anfänglicher Weigerung erteilte die Beklagte hierfür eine Kostenzusage. Eine weitere stationäre Behandlung des Klägers fand in der Zeit vom 31.8.1993 bis 28.10.1993 in der psychosomatischen Klinik R. in P. am Chiemsee statt. Eine entsprechende Empfehlung hatte die Ärztin im Jahre 1992 erteilt. Der Kläger hatte gegen die Beklagte Klage erhoben, nachdem diese eine Kostenzusage verweigert hatte. Der Rechtsstreit wurde von den Parteien übereinstimmend für erledigt erklärt, nachdem die Beklagte eine Kostenzusage erteilt hatte.

2

Ende 1993 beantragte der Kläger erneut unter Vorlage eines Attestes der Ärztin Dr. med. K. eine Kostenzusage für eine stationäre psychotherapeutische Behandlung, diesmal in der Rheinklinik B. H.. Die Beklagte lehnte die Zusage ab, weshalb der Kläger Klage vor dem

3

Landgericht Köln erhoben hat.

Der Kläger hat behauptet, zur Behandlung der bestehenden psychischen Dekompensation sei ein erneuter stationärer Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik medizinisch notwendig. Er hat sich dazu auf verschiedene Stellungnahmen seiner behandelnden Ärztin berufen. 4

Der Kläger hat beantragt, 5

die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger eine Kostenzusage für den vorgesehenen Krankenhausaufenthalt in der Rheinklinik B. H. zu erteilen. 6

Die Beklagte hat beantragt, 7

die Klage abzuweisen. 8

Sie hat die Auffassung vertreten, daß ein erneuter stationärer Aufenthalt des Klägers zur Behandlung der neurotischen Depression medizinisch nicht notwendig sei, da die Möglichkeiten einer intensiven ambulanten Behandlung nicht ausgeschöpft seien. 9

Das Landgericht hat mit seinem am 8. 3.1995 verkündeten Urteil die Klage abgewiesen. Es hat sich auf den Standpunkt gestellt, daß dem Kläger kein Anspruch auf eine Kostenzusage zustehe. Die nach § 4 Abs. 7 der Versicherungsbedingungen bei ambulanter und stationärer Psychotherapie erforderliche vorherige schriftliche Zusage stehe im Ermessen des Versicherers. Ein Anspruch des Versicherten auf die Zusage könne nur im Falle des Ermessensmißbrauchs entstehen. Ein solcher Fall liege indes nicht vor. Die von dem Kläger beigebrachten Stellungnahmen der Hausärztin ließen Zweifel daran zurück, ob eine stationäre Behandlung der alleinige erfolgversprechende Weg sei und nicht doch eine ambulante Behandlung ausreiche. 10

Gegen dieses ihm am 24.3.1995 zugestellte Urteil hat der Kläger am 24.4.1995 Berufung eingelegt und sein Rechtsmittel mit einem am 27.9.1995 beim Oberlandesgericht eingegangenen Schriftsatz begründet, nachdem die Berufungsbegründungsfrist auf seine rechtzeitig gestellten Anträge hin bis zu diesem Tag verlängert worden war. 11

Der Kläger vertritt die Auffassung, daß die Bestimmung des § 4 Nr. 7 AVB gegen die §§ 3 und 9 AGBG verstoße und deshalb unwirksam sei. Indem diese Bestimmung dem Versicherer ein freies Ermessen einräume, entfalle der Versicherungsschutz für wichtige Teilbereiche von Erkrankungen praktisch vollständig. Selbst wenn die Bestimmung dahin ausgelegt werden könnte, daß dem Versicherer darin ein gebundenes Ermessen eingeräumt werde, sei es jedenfalls fehlerhaft, die medizinische Notwendigkeit einer stationären Behandlung mit der Begründung zu verneinen, daß eine ambulante Behandlung möglicherweise ausreiche. Um dies beurteilen zu können, habe es dem Landgericht im übrigen auch an Sachkunde gefehlt. 12

Der Kläger beantragt, 13

unter Abänderung des angefochtenen Urteils nach seinen erstinstanzlichen Schlußanträgen zu erkennen. 14

Die Beklagte beantragt, 15

16

die Berufung zurückzuweisen, ihr zu gestatten, Sicherheit auch durch die Bürgschaft einer deutschen Großbank, öffentlichen Sparkasse oder Volksbank zu leisten.

Sie tritt der Berufung entgegen und verteidigt das angefochtene Urteil. 17

Wegen aller weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der zwischen den Parteien gewechselten Schriftsätze und die Anlagen verwiesen. 18

E n t s c h e i d u n g s g r ü n d e 19

Die Berufung des Klägers ist zulässig, insbesondere ist sie frist- und formgerecht eingelegt und in der rechten Weise begründet worden. In der Sache ist das Rechtsmittel jedoch im Ergebnis nicht gerechtfertigt. 20

Dem Kläger steht ein Anspruch auf die von ihm begehrte Kostenzusage nicht zu. 21

Deckungszusagen vor Eintritt eines Versicherungsfalles, unter welchem nach der Definition des 1 Nr. 2 AVB der Beklagten (= § 1 Nr. 2 MB/KK 76) eine medizinisch notwendige Heilbehandlung zu verstehen ist, sind grundsätzlich im Recht der Krankenversicherung nicht vorgesehen. Wie sich aus § 6 AVB (= § 6 MB/KK 76) ergibt, ist der Versicherer erst leistungspflichtig, wenn er aufgrund entsprechender Nachweise des Versicherungsnehmers in die Lage versetzt worden ist, die medizinische Notwendigkeit der Behandlungsmaßnahme zu überprüfen. Entsprechend besteht auf eine Selbstbindung des Versicherers vor Eintritt und Abschluß eines Versicherungsfalles generell kein Anspruch, wobei allerdings- insbesondere in Härtefällen- nach Treu und Glauben an Ausnahmen zu denken ist. Soweit die Versicherungsbedingungen in § 4 Nr. 5 MB/KK 76 (= § 4 Nr. 5 der AVB der Beklagten) und vorliegend in § 4 Nr. 7 der AVB der Beklagten- für den die Musterbedingungen keine Entsprerchung haben und welcher auch nicht von allen Krankenversicherern verwendet wird- eine vorherige schriftliche Deckungszusage des Versicherers zur Voraussetzung eines nach Durchführung der Heilbehandlung geltend gemachten Erstattungsanspruch machen, handelt es sich hierbei um eine sog. tertiäre Risikobegrenzung in Form einer vertraglich vorgesehenen Sondervereinbarung (Bach/ Moser, Private Krankenversicherung, 2.Aufl. § 4 MB/KK Rdn. 119). Die Entscheidung des Versicherers über Erteilung oder Nichterteilung der Leistungszusage ist dabei nach Wortlaut und Sinn der Bestimmungen eine Ermessensentscheidung, auf die nur unter den engen Voraussetzungen eines Rechtsmißbrauches oder bei einem sonstigen Verstoß gegen Treu und Glauben ein Anspruch bestehen soll (vgl. dazu Senat VersR 1981, 425; 1992,1345; Hamm VersR 1982, 387; Bach/ Moser aaO § 4 Rdn. 122 m.w.N.). 22

Allerdings ist die in § 4 Nr. 7 AVB enthaltene Bestimmung nach Auffassung des Senats wegen Verstoßes gegen § 9 AGBG unwirksam. Denn sie enthält eine unangemessene Benachteiligung des Versicherungsnehmers, weil die in ihr enthaltene Regelung für den Versicherungsnehmer unklar und undurchschaubar ist und somit gegen das sog. Transparenzgebot verstößt (vgl. dazu Palandt/ Heinrichs, 52. Aufl. § 9 AGBG Rdn. 15). Allgemeine Versicherungsbedingungen, mit denen der Versicherer sein Leistungsversprechen modifiziert bzw. der Sache nach einschränkt, müssen klar und für den durchschnittlichen Versicherungskunden zweifelsfrei verständlich formuliert sein, damit der Versicherungsnehmer bereits vor Abschluß des Versicherungsvertrages weiß, was an vertraglichen Versicherungsleistungen von ihm grundsätzlich erwartet werden kann und unter welchen Voraussetzungen Gestaltungsmöglichkeiten des Versicherers zum Tragen kommen. Nur so hat der Versicherungsnehmer die Chance, vor dem Vertragsabschluß zu prüfen und abzuwägen, ob er gegebenenfalls eine Versicherung unter anderweitigen Bedingungen- etwa 23

zu erhöhten Prämien- bei dem Versicherer abschließen will (und kann), oder ob er gar vom Vertragsschluß mit diesem Versicherer ganz absehen und sich nach einem Anbieter mit für ihn günstigeren Versicherungsbedingungen umsehen will. Das Transparenzgebot ist damit letztlich auch Ausfluß des Prinzips der Waffengleichheit.

An diesen Grundsätzen kann sich die in § 4 Nr. 7 AVB enthaltene Bestimmung nicht messen. 24
Aus ihr ergibt sich nicht mit der notwendigen Klarheit, ob und unter welchen Voraussetzungen eine Verpflichtung der Beklagten zu der von ihr als Grundlage ihrer späteren Leistungspflicht geforderten Zusage bei geplanten ambulanten und stationären psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen besteht. Es wird insbesondere nicht annähernd deutlich, daß die für eine spätere Leistung notwendige Deckungszusage in dem freien Ermessen der Beklagten steht. Gemäß § 1 Nr. 1 der für den Vertrag maßgeblichen AVB bietet die Beklagte Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse, wobei sie im Versicherungsfall Ersatz von Heilbehandlungen und sonst vereinbarten Leistungen gewährt. Versicherungsfall ist gemäß § 1 Nr. 2 AVB die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Aus diesen Formulierungen kann der durchschnittliche Leser nur entnehmen, daß die Beklagte ihm Leistungen für alle Krankheitsfälle- gleich, ob es sich um organische oder psychische Erkrankungen handelt- verspricht, wenn die in Anspruch genommene Heilbehandlung medizinisch notwendig war. Tatsächlich gilt dies in dieser Form auch für psychiatrische Behandlungsmaßnahmen, für die das Klauselwerk der Beklagten keine Ausnahmeregelungen enthält. Dafür, daß demgegenüber für psychotherapeutische Behandlungen - die sich in den therapeutischen Schlußfolgerungen kaum hiervon unterscheiden- andere Maßstäbe gelten sollen, kann ein allgemeines Vorverständnis im Kreis der Versicherungskunden nicht vorausgesetzt werden. Mangels eindeutiger Klarstellung wird ein Laie davon ausgehen, daß auch insoweit im Falle notwendiger psychotherapeutischer Behandlungen grundsätzlich Versicherungsschutz besteht. Entsprechend der zu § 4 AVB formulierten Überschrift „Umfang der Leistungspflicht“ kann ein durchschnittlicher Versicherungskunde deshalb nach Auffassung des Senats unter den darin enthaltenen Regelungen lediglich nähere Ausführungen dazu erwarten, in welchem Umfang im Krankheitsfall die Kosten einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung, gegebenenfalls auch einer Psychotherapie, übernommen werden. Nicht aber sind an dieser Stelle noch Leistungseinschränkungen dem Grunde nach zu gewärtigen. Mit diesen - berechtigten- Vorstellungen ist die in § 4 Nr. 7 AVB enthaltene Regelung nicht in Einklang zu bringen. Sie spricht zwar deutlich aus, daß es für psychotherapeutische Behandlungen- gleich, ob es sich um ambulante oder stationäre handelt- eine Kostenerstattung nur dann gibt, wenn die Beklagte vor der Behandlungsmaßnahme eine entsprechende schriftliche Deckungszusage erteilt hat. Daß die Entscheidung hierüber im - freien- Ermessen des Versicherers steht, welches keineswegs dann schon gebunden ist, wenn eine medizinisch notwendige psychotherapeutische Maßnahme ansteht, geht aus dem Text der Klausel unter Berücksichtigung des Vorverständnisses eines durchschnittlichen Lesers nicht hinreichend deutlich hervor. Im Ergebnis bedeutet dies, daß damit im Einzelfall ein wesentlicher Teil des Vertragszwecks- vom berechtigten Standpunkt des Versicherungsnehmers aus betrachtet- verfehlt wird. Hierdurch unterscheidet sich die Klausel nach Auffassung des Senats deutlich von der beanstandungsfreien Bestimmung des § 4 Nr. 5 AVB. Zwar ist auch danach dem Versicherer ebenfalls ein Ermessen eingeräumt, ob er die für den späteren Deckungsschutz erforderliche vorherige schriftliche Zusage zu einer medizinisch notwendigen Behandlung des Versicherungsnehmers in einer sog. Mischklinik erteilt. Im Falle ihrer Verweigerung steht es dem Versicherungsnehmer jedoch frei, sich in eine „normale“ stationäre Behandlung zu begeben. Da deren Kosten- so sie denn notwendig waren- nach Abschluß der Behandlung von dem Versicherer zu erstatten sind, erhält der Versicherungsnehmer im Ergebnis

wirksamen Versicherungsschutz, ganz anders also als in Fällen der Psychotherapieklausel.

Der Senat verkennt nicht, daß der Versicherer und mit ihm die Versichertengemeinschaft ein berechtigtes Interesse daran haben mögen, in dem kostenaufwendigen Behandlungsbereich, welchen psychotherapeutische Maßnahmen - ambulanter wie stationärer Art- zweifellos darstellen, für ein überschaubares Leistungsvolumen Vorsorge treffen zu können. Es kann dem Versicherer deshalb auch grundsätzlich nicht verwehrt sein, in diesem Bereich Risikobegrenzungen zu vereinbaren, welche dieses Anliegen wirksam umsetzen. Indes muß dabei den berechtigten Belangen des Versicherungsnehmers Rechnung getragen werden. Soll ihm, der den schwächeren Part in dem Vertragsgefüge einnimmt, der von § 9 AGBG geforderte Schutz zuteil werden, muß er vor Abschluß des Versicherungsvertrages zweifelsfrei erkennen und abschätzen können, für welche Fälle ihm Deckungsschutz nach den vertraglichen Bestimmungen versagt werden kann. Hierfür ist es unerlässlich, daß das Klauselwerk, dessen Gestaltung nun einmal in der Hand des Versicherers liegt, , durchsichtig" und verständlich ist. Die durch § 4 Nr. 7 AVB ermöglichte, im Einzelfall u.U. vollständige Einschränkung von Leistungen für psychotherapeutische Behandlungen steht jedoch, wie ausgeführt, in einem von dem durchschnittlichen Leser nicht durchschaubaren Kontrast zu dem aufgrund der vorhergehenden Versicherungsbedingungen vermittelten Eindruck, daß im Falle aller medizinisch notwendigen Heilbehandlungen grundsätzlich ein Leistungsanspruch gegen den Versicherer besteht. Damit liegt nach Auffassung des Senats ein Verstoß gegen das in § 9 AGBG u.a. zum Ausdruck gebrachte Transparenzgebot vor, weshalb die Klausel als unwirksam anzusehen ist. 25

Eine sog. geltungserhaltende Reduktion der Klausel mit der Maßgabe, daß dem Versicherer danach lediglich ein sog.gebundenes Ermessen zusteht, welches zur Leistungsablehnung nur in den Fällen einer medizinisch nicht notwendigen geplanten Heilmaßnahme berechtigen würde, kommt schon deshalb nicht in Betracht, weil die Klausel nach ihrem Wortlaut nicht teilbar ist. 26

An seine Entscheidung vom 26.3.1992 (VersR 1992,1345) sieht sich der Senat nicht gebunden. Zum einen läßt sich aus heutiger Sicht die in jener Entscheidung für maßgeblich gehaltene Parallele zu § 4 Nr. 5 AVB nicht ziehen, wie oben erörtert wurde. Zum anderen verhält sich das damalige Urteil auch zu dem - vom Ansatz her anders gelagerten Fall- eines nachträglich ersuchten Deckungsschutzes. 27

Ist als Folge der Unwirksamkeit des § 4 Nr.7 AVB die vom Kläger geplante psychotherapeutische Behandlungsmaßnahme unter den gegebenen Umständen wie eine normale stationäre Behandlung zu behandeln, bedeutet dies, daß dem Kläger ein Anspruch auf eine Deckungszusage nicht zusteht. Wie oben ausgeführt, ist hierfür grundsätzlich eine vorherige Deckungszusage nicht vorgesehen, da die notwendige Überprüfung der Heilbehandlung auf ihre medizinische Notwendigkeit hin regelmäßig erst nach dem Vorliegen einer einschlägigen Befunde und Nachweise erfolgen kann. Das Risiko einer im Einzelfall medizinisch nicht notwendigen Behandlungsmaßnahme trägt damit der Versicherungsnehmer, der hierdurch nicht unbillig belastet wird. Er hat im Falle einer in Wahrheit medizinisch nicht notwendigen Maßnahme gegebenenfalls einen Ersatzanspruch gegen den Arzt, der die Maßnahme ohne Hinweis auf die aus versicherungsrechtlicher Sicht bestehenden Bedenken angeordnet bzw. den Versicherten in die stationäre Behandlung eingewiesen hat (vgl. dazu BGH NJW 1983, 2630). Eine Ausnahmesituation, welche nach Treu und Glauben eine Abweichung von diesem Grundsatz erforderte, kann der Kläger nicht für sich geltend machen. Solche Ausnahmen werden etwa bei einem mittellosen Versicherungsnehmer in einem dringlichen Behandlungsfall - noch dazu, wenn von dem 28

Krankenhaus eine Vorauszahlung verlangt wird- vorliegen. Eine solche Extremsituation besteht bei dem Kläger ersichtlich nicht. Auch liegt es nicht förmlich auf der Hand, daß die ihm empfohlene stationäre Psychotherapie tatsächlich medizinisch notwendig ist. Schließlich erzeugt die Unwirksamkeit der Psychotherapieklausel als solche auch keine unzumutbare Ungewißheit. Wie die Beklagte den vorstehenden Ausführungen ohne weiteres entnehmen kann, wird sie sich- da die Klausel ersatzlos weggefallen ist- nach ordnungsgemäßer Leistungsanmeldung des Klägers auf die Frage der medizinischen Notwendigkeit der ihm zuteil gewordenen Behandlung zu konzentrieren haben.

Die Zurückweisung der Berufung ist mit der Kostenfolge des § 97 Abs. 1 ZPO verbunden. Die sonstigen prozessualen Nebenentscheidungen beruhen auf den §§ 708 Nr. 10, 711 ZPO. 29

Der Senat hat sich veranlaßt gesehen, die Revision zuzulassen, da er mit der vorliegenden Entscheidung von der Auffassung anderer Oberlandesgerichte (vgl. etwa OLG Bremen, r+s 1988, 60,61; OLG Düsseldorf, VersR 1985, 828) zu der vorliegenden bzw. einer ähnlichen Psychotherapieklausel abweicht und die Sache von allgemeiner Bedeutung ist. 30

Wert des Berufungsverfahrens und Beschwer des Klägers: 20.000,- DM (nach § 3 ZPO geschätzte Kosten der von dem Kläger geplanten Behandlungsmaßnahme). 31

3 32