
Datum: 19.01.2005
Gericht: Oberlandesgericht Köln
Spruchkörper: 5. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 5 U 81/04
ECLI: ECLI:DE:OLGK:2005:0119.5U81.04.00

Vorinstanz: Landgericht Köln, 23 O 146/98

Tenor:

Auf die Berufung der Beklagten und die Anschlussberufung des Klägers wird das Urteil des Landgerichts Köln vom 28.4.2004 (23 O 146/98) teilweise abgeändert und wie folgt neu gefasst:

Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger 8.462,94 Euro nebst 4% Zinsen seit dem 26.2.1998 zu zahlen. Im übrigen wird die Klage abgewiesen.

Die weitergehende Berufung und die weitergehende Anschlussberufung werden zurückgewiesen.

Die Kosten des ersten Rechtszuges tragen der Kläger zu 63,6% und die Beklagte zu 36,4%.

Die Kosten des Berufungsverfahrens tragen der Kläger zu 52,2% und die Beklagte zu 47,8%.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:

I.

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

II.

Die zulässige Berufung und die zulässige Anschlussberufung haben in der Sache nur zum Teil Erfolg, nämlich die Berufung in Höhe von insgesamt 5.439,33 Euro, die Anschlussberufung in Höhe von insgesamt 840,32 Euro.

1.

Die Beklagte kann sich nicht auf eine Begrenzung des versicherten Risikos nach § 4 Abs.4 MBKK berufen, weil die G-Klinik seinerzeit nicht unter ständiger ärztlicher Leitung gestanden, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten geführt habe. Die Klausel bestimmt für den Bereich der stationären Heilbehandlung die Mindestvoraussetzungen, die eine Krankenanstalt erfüllen muss, um als "anerkanntes" Krankenhaus zu gelten (Schoenfeldt/Kalis § 4 Rn. 90). Sie ist historisch zu erklären, um Krankenhäuser, die einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung verpflichtet sind, hinreichend von sonstigen Heilanstalten wie Sanatorien und Erholungsheimen abzugrenzen (Schoenfeldt/Kalis aaO Rn. 54). Kennzeichnend ist die Ausrichtung an medizinischen Gesichtspunkten. Nicht hingegen bezweckt diese Klausel, moderne Entwicklungen in der Organisation und der Form von Krankenhäusern zu verhindern, wie sie in den letzten Jahren verstärkt eingesetzt haben (Belegkrankenhäuser, Tageskliniken usw.). Insoweit ist es aus Sicht des Senats auch nicht angebracht, jenseits der Frage medizinischer Notwendigkeit durch besonders enge Auslegung der Merkmale des § 4 Abs.4 MBKK den Anwendungsbereich der Risikobegrenzung letztlich zu erweitern. Dies gilt namentlich für das Merkmal der "ständigen ärztlichen Leitung".

Bei der G-Klinik handelte es sich um ein Krankenhaus, in dem vornehmlich Belegärzte tätig waren, wie bereits der Briefbogen zeigt. Die Klinik war spezialisiert auf bestimmte Behandlungen (plastische Chirurgie, Mund-Kiefer-Chirurgie, Implantologie, Zahnmedizin, HNO-Heilkunde, Proktologie u.v.a.m.). Dass sie über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten (also insbesondere einen ausreichenden technischen Apparat) verfügte, ist nicht ernstlich zweifelhaft. Die von ihr durchgeführten Behandlungen, hier insbesondere aufwändige Operationen, setzen einen ausreichenden technischen Apparat schlechterdings voraus, und auch die Beklagte zeigt hier nichts auf, was Anlass zu Zweifeln geben könnte. Im Gegenteil: die von der Beklagten selbst vorgelegte Broschüre zum zehnjährigen Bestehen der Klinik erweckt eher den Eindruck, als handele es sich um ein technisch besonders gut ausgestattetes Krankenhaus. Das Führen von Krankengeschichten ist ebenfalls nicht anzuzweifeln. Insoweit könnten Zweifel sich nur auf den Umstand gründen, dass die tätigen Ärzte sich als Belegärzte bezeichnen, mithin davon auszugehen ist, dass sie anderweitig niedergelassen sind, etwaige Krankengeschichten also als solche der niedergelassenen Ärzte und nicht als solche der Klinik anzusehen wären. Aus dem oben dargelegten Zweck der Klausel ist eine Notwendigkeit zu entsprechender Differenzierung aber nicht zu entnehmen. Außerdem ist schon aufgrund des Umstandes, dass Patienten stationär aufgenommen werden, mit der Klinik einen Behandlungsvertrag schließen und behandelt und gepflegt werden, davon auszugehen, dass es auch vom Krankenhaus selbst geführte Unterlagen geben muss.

Schließlich ist auch von ständiger ärztlicher Leitung auszugehen. Der Begriff bezieht sich nicht auf den Verwaltungs-, sondern den Behandlungsbereich des Krankenhauses. Dieser muss von Ärzten geleitet werden, die medizinisch weisungsfrei sind und die gesamte Behandlungstätigkeit fortlaufend führen und überwachen (Schoenfeldt/Kalis aaO). Das ist auch der Fall, wenn es sich um Belegärzte handelt. Dafür, dass die (möglicherweise nicht medizinische) Geschäftsleitung der Klinik jemals irgendeinen Einfluss auf die Behandlungstätigkeit genommen hat, spricht nichts. Der Begriff der "ständigen" Leitung verlangt auch nicht, dass ein Arzt oder bestimmte Ärzte uneingeschränkt und fortlaufend dem Klinikbetrieb zur Verfügung stehen müssen. Wird eine Klinik von Belegärzten faktisch medizinisch allein betrieben, ist das Merkmal der ständigen ärztlichen Leitung durch sie erfüllt. Dies ist letztlich Folge der Zulassung von Belegkrankenhäusern als einer modernen Form der Krankenversorgung. Will sich ein Krankenversicherer hierauf nicht einlassen, steht es ihm frei, dies durch entsprechende tarifliche Regelungen auszuschließen. Im übrigen spricht auch der Umstand, dass die G-Klinik eine Konzession nach § 30 GewO erhalten hat, dafür, dass die medizinischen Anforderungen an die Klinik geprüft und bejaht wurden. Eine Konzession nach § 30 GewO erhält nur, wer (unter anderem) die ausreichende medizinische und pflegerische Versorgung der Patienten gewährleisten kann.

Insoweit kommt es auf die Frage, in welchem zeitlichen Umfang genau die Ehefrau des Klägers behandelnden Ärzte (namentlich Dr. T) sich in der G-Klinik aufgehalten haben mögen bzw. inwieweit sie anderweitig als niedergelassene Ärzte tätig waren, nicht an. Hierzu, wie auch zu sonstigen Fragen im Zusammenhang mit § 4 Abs.4 MBKK bestand zu weitergehender Sachaufklärung daher kein Anlass. Insoweit ist allerdings anzumerken, dass die Beklagte widersprüchlich argumentiert, wenn sie einerseits die Eigenbezeichnung des Dr. T als "Belegarzt" wörtlich nimmt, sofern es darum geht, die Voraussetzungen des § 4 Abs.4 MBKK zu bestreiten, andererseits aber auch die Niederlassung dieses Arztes bestreitet, unter Hinweis darauf, dass er sich ständig in der G-Klinik aufgehalten habe.

2. 11

Die Beklagte kann sich auch nicht auf den Leistungsausschluss des § 4 Abs.5 MBKK berufen. Eine gemischte Anstalt ist nicht anzunehmen. Das wäre der Fall, wenn die Klinik auch Kuren bzw. sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen würde, wofür die Beklagte darlegungspflichtig ist (OLG Hamm r+s 1994, 229; Prölss in Prölss/Martin § 4 Rn. 37 m.w.N.). Schon nach ihrem Vortrag ist aber nicht nachzuvollziehen, dass es sich bei der G-Klinik um eine gemischte Anstalt handelt. Voraussetzung dafür wäre, dass eine verwaltungstechnische, medizinische, personelle oder sonstige Verzahnung oder sonstige Verbindung nach außen als zusammenhängender Komplex darstellt (BGH VersR 1971, 949, 950). Dass eine enge räumliche Verbindung mit einem Hotel besteht, das seinerseits einen ausgeprägten "Beauty- und Wellness"-Bereich haben mag, besagt hingegen noch nichts. Die gemeinsame Unterbringung eines Klinik- und eines Hotelbetriebes in einem einheitlichen Gebäudekomplex begründet nicht die Annahme einer gemischten Anstalt, denn gerade Privatkliniken werden häufig in auch anderweitig genutzten Gebäudekomplexen betrieben. Nicht einmal die Werbung der Klinik mit einer möglicherweise für Patienten als attraktiv empfundenen Umgebung stellt ein Indiz dafür dar, dass die Klinik ihrerseits auch Kuren o.ä. durchführt. Eine personelle oder wirtschaftliche Verbindung zwischen Klinik- und Hotelleitung oder -betreibern ist nicht dargetan und auch nicht ersichtlich. Vor allem aber legt der Aufgabenbereich der G-Klinik die Annahme einer Kurklinik eher fern. Insgesamt ist damit die Vermutung der Beklagten, es handle sich um eine gemischte Anstalt auf eine derart wenig tragende Tatsachenbasis gestützt, dass dem Beweisantritt "Einholung eines Sachverständigengutachtens" zu Recht keine Beachtung

geschenkt wurde. Er wäre auf Ausforschung gerichtet.

3. 13
- Die medizinische Notwendigkeit der Behandlung wird von der Beklagten ohne Erfolg angegriffen, soweit es darum geht, dass die Ehefrau des Klägers im Rahmen einer stationären Aufnahme behandelt wurde, und soweit es um das Verwenden von Disc-Implantaten geht. 14
- Insoweit gilt zunächst, dass nach dem Urteil des BGH vom 12.3.2003 der Kläger nicht auf eine preiswertere, vermeintlich gleichwertige Alternativbehandlung verwiesen werden kann (Urt. vom 12.3.2003, S. 20, VersR 2003, 581 ff.). Die Ausführungen des Bundesgerichtshofs sind insoweit eindeutig. Hieran orientiert sich auch der Senat. Frühere anderslautende Entscheidungen sind damit obsolet (OLG Köln VersR 1995,1177). Entscheidend für die Erstattungsfähigkeit der Aufwendungen ist allein, ob bzw. in welchem Umfang die Behandlung medizinisch notwendig war oder nicht. 15
- Die medizinische Notwendigkeit einer stationären Behandlung in Vollnarkose hat der Kläger hinreichend nachgewiesen, so dass der Kläger Anspruch auf tarifmäßige Erstattung der Kosten hat, die die G-Klinik in Rechnung gestellt hat. Sowohl der von der Beklagten eingeschaltete Gutachter Dr. Dr. B als auch der gerichtliche Sachverständige Prof. Dr. T haben übereinstimmend und eindeutig festgestellt, dass die Ehefrau des Klägers unter einer abnormen Ängstlichkeit vor zahnärztlicher Behandlung leide. Beide haben Begriffe wie "äußerst ängstlich" und "extreme Phobie" gewählt, was für medizinische Gutachter schon eine überaus deutliche Kennzeichnung darstellt. Beide sind zu dem Ergebnis gekommen, dass eine Behandlung der Ehefrau des Klägers in Vollnarkose, die ansonsten eher abzulehnen sei, hier "durchaus sinnvoll" (so Dr. Dr. B) bzw. "sicherlich sinnvoll" (so Prof. Dr. T) gewesen sei. Dass diese Erkenntnisse auf eigenen Untersuchungen der Patientin beruhen, begründet die besondere Überzeugungskraft der gutachterlichen Ausführungen. Der Hinweis des Sachverständigen Prof. Dr. T, dass primär versucht werden sollte, eine solche Patientin zunächst psychotherapeutisch zu behandeln, ist nicht dahin zu verstehen, als stelle eine Behandlung ohne vorherigen Versuch der psychotherapeutischen Behandlung eine medizinisch nicht notwendige Maßnahme dar. Es besteht auch kein Anlass, diese eindeutigen Erkenntnisse beider Gutachter noch einmal anderweitig überprüfen zu lassen. Fehl geht auch der Einwand der Beklagten, letztlich könne nur ein Psychiater oder Psychologe beurteilen, ob tatsächlich eine Phobie vorliege. Es geht hier nicht um Fachwissen eines Psychologen, sondern um die Frage, ob eine Patientin mit erheblichen psychischen Problemen bei zahnärztlicher Behandlung sinnvollerweise ambulant oder stationär unter Vollnarkose behandelt wird. Diese Frage kann sachgerecht vor allem, wenn nicht gar ausschließlich der beantworten, der die Behandlung selbst durchzuführen hat. Dafür, dass die Ehefrau allen Beteiligten jahrelang ihre Angst nur vorgespielt hätte, spricht nichts und behauptet auch nicht die Beklagte. 16
- Auch hinsichtlich Art und Umfang der Behandlung im übrigen (mit allerdings den unter 4. dargestellten Einschränkungen) ist die medizinische Notwendigkeit nachgewiesen. Insbesondere die medizinische Notwendigkeit der Einbringung von Disc-Implantaten ist (ausschließlich) vor dem Hintergrund der außergewöhnlichen psychischen Umstände in der Person der Patientin ebenfalls zu bejahen. Disc-Implantate mögen zwar medizinisch überaus umstritten sein. Der hier vorliegende Fall gibt auch keinen Anlass, die auch schon durch den Senat bestätigten Zweifel an der Sachgemäßheit dieser Implantationsmethode zu revidieren (Urteil vom 6.5.2002 - 5 U 225/00). Allerdings hat der Senat zur Kenntnis zu nehmen, dass Disc-Implantate keineswegs in der medizinischen Diskussion unbestritten als fehlerhafte 17

Methode angesehen werden und damit rundweg abzulehnen sind, wie der Sachverständige Prof. Dr. T ausdrücklich klargestellt hat. Sie bieten bei allen Risiken und sonstigen Nachteilen gegenüber anderen Implantationsmethoden jedenfalls die Möglichkeit, in einem Zug die Implantation durchzuführen und den Patienten sofort weiterzubehandeln. Genau das aber war Sinn und Notwendigkeit der Behandlung in Vollnarkose. Für diese Patientin kann die medizinische Notwendigkeit dieser Methode daher nicht mit allgemeinen Erwägungen verneint werden. Der Senat folgt somit ebenso wie die Kammer dem Gutachter Dr. T, der die Notwendigkeit eines Im-plantates bei der Ehefrau des Klägers bejaht und die Wahl des Disc-Implantats als letztlich vertretbar angesehen hat.

Der Gutachter hat auch keineswegs die Behandlung unter dem Gesichtspunkt für fehlerhaft gehalten, dass eine ausreichende parodontale Vorbehandlung nicht erfolgt sei. Er hat lediglich in allgemeiner Form darauf verwiesen, dass eine derart gedrängte Vorgehensweise, wie sie bei der Ehefrau des Klägers gewählt wurde, normalerweise kritisch zu beurteilen sei, und dass normalerweise eine ausreichende parodontale Vorbehandlung der Insertion eines Implantates vorausgehen habe. Dies alles war jedoch wegen der hier gegebenen besonderen Situation eben nicht möglich, so dass die Vorgehensweise des Dr. T in diesem Einzelfall letztlich nicht verworfen wurde. Insoweit hat der Sachverständige auch zu Recht darauf verwiesen, dass der parodontalen Situation der Patientin jedenfalls durch die Entscheidung für Langzeitprovisorien Rechnung getragen wurde. 18

4. 19

Allerdings vermag der Senat auf der Grundlage der erstinstanzlich durchgeführten Beweisaufnahme keine medizinische Notwendigkeit zu erkennen, soweit es um die Überkronung der Zähne 11 - 13, 22 und 23 geht. Insoweit sind vielmehr die Rechnungen von Dr. T vom 18.7.1995 und von Dr. C vom 10.1.1997 anteilig zu kürzen, und insoweit hat die Berufung der Beklagten Erfolg. 20

Schon der vorprozessual tätige Sachverständige Dr. Dr. B hat die Notwendigkeit der Überkronung des gesamten Oberkieferbereichs klar verneint. Er hat eindeutig ausgeführt, dass die Überkronung aller Oberkieferzähne nicht notwendig gewesen sei, zumindest anhand der zeitnah erstellten Röntgenbilder keinerlei Anhaltspunkt für eine solche Notwendigkeit gegeben sei (S. 9 seines Gutachtens, Bl. 54 GA). Der Sache nach letztlich ebenso eindeutig, wenn auch etwas weniger direkt in der Formulierung, hat sich hierzu der gerichtliche Sachverständige Prof. Dr. T geäußert. Er hat zunächst ausgeführt, dass - trotz objektiver Befunde, die dies gerade nicht stützten - eine Überkronung dieser Zähne "eventuell auch" medizinisch indiziert gewesen sei, "falls" sich ausgedehnte Schmelzdefekte gezeigt hätten, die Dr. T im Nachhinein zwar behauptet habe, für die sich aber keine Überprüfungsmöglichkeiten mehr ergeben hätten. Gleiches gelte, wenn die im Operationsbericht vom 12.10.1995 erwähnten erheblichen Lockerungen bestanden haben sollten (dies allerdings nur dann, wenn diese auch den Lockerungsgrad 3 erreicht hätten). Das bedeutet aber letztlich, dass nur bei Annahme bestimmter Voraussetzungen (nämlich entweder beträchtlichen Schmelzdefekten oder erheblicher Lockerung sämtlicher Zähne) von medizinischer Notwendigkeit ausgegangen werden kann. Diese Annahmen sind aber nicht gerechtfertigt, denn das Vorliegen der genannten Umstände ist nicht erwiesen. Objektive Befunde, die dies bestätigen könnten, gibt es nicht. Die vorliegenden Röntgenaufnahmen lassen keinen Grund für eine derart weitgehende Überkronung erkennen. Die erhebliche Lockerung der Zähne hätte der Dokumentation bedurft. Sie hätte nach Zahn und Grad konkretisiert werden müssen. Das ist nicht geschehen. Hier gilt, dass nicht Dokumentiertes auch nicht als geschehen bzw. nicht gegeben gilt. Zwar hat eine gewisse Dokumentation 21

durch die Erstellung eines Operationsberichtes von Dr. T stattgefunden. Da dieser aber erst drei Monate nach der fraglichen Operation (und zudem erst im Zusammenhang mit ersten Auseinandersetzungen mit der Beklagten wegen des Umfangs der Behandlung) erstellt wurde, ist ihm kein Glaube mehr zu schenken, ganz abgesehen davon, dass er inhaltlich derart ungenau und vage ist, dass er letztlich als unergiebig anzusehen ist. Gegen seine Richtigkeit spricht auch der Umstand, dass bei dem kurz zuvor erstellten Befund noch von lediglich leichten Lockerungen der Frontzähne die Rede war. Hinzu kommt, dass die noch später vorgebrachten angeblichen "Schmelzdefekte" nicht in einmal in diesem OP-Bericht aufgeführt sind, so dass insgesamt der Eindruck entsteht, die Dokumentation sei im Nachhinein rechtlichen Bedürfnissen angepasst worden. Der dem Kläger obliegende Nachweis der medizinischen Notwendigkeit ist damit nicht erbracht.

Eine weitere Beweisaufnahme hierzu - weder durch die Kammer noch durch den Senat - war und ist nicht angezeigt. Der Kläger hat zwar zum Beweis der medizinischen Notwendigkeit die Behandler Dr. T und Dr. C ebenso wie seine Ehefrau als Zeugen benannt, doch sind diese nicht zu hören, da es sich um ungeeignete Beweismittel handelt. Es ist anerkannt (etwa BGH VersR 1979,221 f.; VersR1991, 987; VersR 1996, 1224 ff.) und auch ständige Rechtsprechung des erkennenden Senats (etwa r+s 1997, 123 ff.), dass der Nachweis medizinischer Notwendigkeit einer Behandlungsmaßnahme nicht durch Zeugnis eines Behandlers geführt werden kann. Die Tatsache, dass die Behandlung so erfolgte wie geschehen, zeigt hinreichend die eigene Einschätzung des Behandlers, unabhängig davon, ob sie in voller Überzeugung von der Richtigkeit oder letztlich gegen eigene Überzeugung vorgenommen wurde. Medizinische Notwendigkeit kann nur in objektiver Weise durch einen neutralen Sachverständigen bewiesen werden, der seinerseits sich an objektiven Tatsachen, insbesondere konkreten Befunden zu orientieren hat. Gänzlich ungeeignet ist das Angebot der Patientin selbst als Zeugin (siehe hierzu Schriftsatz vom 29.4.2003 am Ende, Bl. 593 GA). Die Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit bedarf medizinischer Sachkunde. Dass diese die Ehefrau des Klägers besitzt, ist auszuschließen.

Damit sind die Rechnungen von Dr. T vom 18.7.1995 und von Dr. C vom 10.1.1997 wie folgt zu kürzen:

Aus der Rechnung Dr. T (Bl. 20 ff., 114 ff. GA) mit einem Gesamtbetrag von 17.271,60 DM ist zunächst hinsichtlich des Zahnarzthonorars fünfmal die Position 708 in Höhe von insgesamt 866,25 DM zu streichen. Damit verringert sich der Honoraranteil (7.659,68 DM) auf 6.793,43 DM, was unter Berücksichtigung eines weiteren 15%igen Minderungsbetrages (§ 7 Satz 2 GOZ) 5.774,42 DM ergibt.

Die dazugehörige Rechnung des Labors Q (Bl. 25 GA) vom 18.7.1995 ist hinsichtlich der Position 0310 (provisorische Krone etc.) um fünfmal 425,80 DM = 2.129,- DM zzgl. 7% Mehrwertsteuer = 2.278,03 DM zu kürzen. Die erstattungsfähigen Sachkosten betragen somit 10.760,87 DM - 2.278,03 DM = 8.482,84 DM.

Der Gesamtrechnungsbetrag stellt sich danach anstatt auf 17.271,60 DM auf 14.257,26 DM. Wegen eines weiteren geringfügigen Kürzungsbetrages wird auf die nachfolgenden Ausführungen (5.) verwiesen.

Hinsichtlich eines Betrages von 866,25 DM + 2.278,03 DM = 3144,33 DM (bzw. 1607,67 Euro) hat die Berufung Erfolg.

Die Rechnung Dr. C vom 10.1.1997 (über insgesamt 25.609,00 DM) ist hinsichtlich des Honorarteils (9.676,98 DM) zunächst um fünfmal Position 221 (Bl. 28 ff. GA), also um

2.502,50 DM zu kürzen. Damit ergibt sich eine Zwischensumme von 7.174,48 DM, bei der wiederum 15% Abzug wegen der stationären Behandlung vorzunehmen sind, so dass 6.098,31 DM verbleiben.

Aus der dazu gehörenden Rechnung des Labors Q vom 2.12.1996 über insgesamt 15.513,84 DM (Bl. 30) sind zu streichen: fünfmal Pos. 1012 (Krone) in Höhe von 950.- DM, fünfmal Pos. 1101 (Tech. P S Modulation) in Höhe von 247,75 DM, fünfmal Pos. 1620 (Keramikverblendung) in Höhe von 1109,50, fünfmal Pos. 1500 (Metallverb. n. ker. Brand) in Höhe von 349,50 DM, fünfmal Pos. 1636 (Gnatholog. Gestaltung) in Höhe von 602,50 DM, sowie ein nach § 287 ZPO geschätzter Pauschalbetrag für Pos. 9704 (Cera/Delta) in Höhe von 400.- DM. Dies ergibt einen Betrag von 3.659,25 DM, zzgl. 7% Mehrwertsteuer 3.915,40 DM. Es verbleiben damit erstattungsfähige Laborleistungen in Höhe von 11.598,44 DM, was zusammen mit dem erstattungsfähigen Honoraranteil und den Eigenlaborleistungen (418,18 DM) einen Betrag von **18.114,93 DM** ergibt. 29

Hinsichtlich des Differenzbetrages von 25.609,00 - 18.114,93 DM = 7.494,07 DM (bzw. 3.831,66 Euro) hat die Berufung Erfolg. 30

5. 31

Die grundsätzliche Berechtigung der einzelnen Rechnungen stellt sich unter Berücksichtigung des Urteils der Kammer und der hiergegen gerichteten Angriffe in Berufung und Anschlussberufung im übrigen wie folgt dar: 32

a) Rechnungen Dr. T 33

Soweit die Kammer bei der Rechnung Dr. T vom 18.7.1995 über 17.271,60 DM die GOÄ-Ziffer 2670 (Entfernung eines Schlotterkamms) in Höhe von 192,50 DM abgezogen hat, wendet sich hiergegen der Kläger dem Grunde nach nicht. Allerdings hätte der Abzug nicht in voller Höhe erfolgen dürfen, da insoweit ein 15%iger Abzug nach § 7 Satz 2 GOZ erfolgt ist. Tatsächlich ist nur noch ein Abzug von 163,63 DM gerechtfertigt. In Höhe der Differenz (28,87 DM = 14,76 Euro) hat die Anschlussberufung Erfolg. Der abrechnungsfähige Betrag der Rechnung vom 18.7.1995 beläuft sich damit auf **14.093,63 DM**. 34

Die weiteren Rechnung von Dr. T vom 18.7.1995 über **393,24 DM** bleibt unverändert. 35

Die Rechnung Dr. T vom 30.10.1996 über 4.640,10 DM ist nur in Höhe von **1.483,69 DM** berücksichtigungsfähig. Dies ergibt sich aus dem rechtskräftigen Urteil des Amtsgerichts Viersen vom 12.4.1999. Auf die Frage, ob das Urteil zwischen den Parteien Bindungswirkung entfaltet oder nicht, kommt es nicht an. Schon gar nicht kommt es darauf an, ob es in der Sache richtig ist. Fest steht jedenfalls, dass der Kläger im Verhältnis zu Dr. T hinsichtlich des den oben genannten Betrag übersteigenden Rechnungsbetrages jegliche Erfüllung verweigern darf. Richtig ist ferner die Erwägung der Kammer, dass die Beklagte nur verpflichtet ist, die Aufwendungen zu erstatten, die dem Versicherungsnehmer tatsächlich entstanden sind. Wenn er ein im Verhältnis zum Arzt (bzw. dessen Zedent) unrichtiges Urteil erstreitet, das jener gegen sich gelten lässt, dann kann sich der Versicherungsnehmer nicht darauf berufen, dass sein Versicherer gleichwohl noch zur Leistung verpflichtet sei. Dies gilt auch dann, wenn Hintergrund des Rechtsstreits und der Leistungsverweigerung eine private Abrede zwischen Arzt und Versicherungsnehmer ist, wonach lediglich der "Eigentanteil" des Patienten begrenzt sein soll. Maßgeblich ist allein, ob der Kläger Aufwendungen hatte oder nicht. Insoweit ist die Anschlussberufung des Klägers unbegründet. 36

Insgesamt sind damit Rechnungen von Dr. T mit einem Gesamtbetrag von **15.970,56 DM** berechtigt.

b) Rechnungen Dr. C

Hinsichtlich der Rechnung Dr. C vom 10.1.1997 über 1.053,21 DM (Bl. 32 f. GA) gilt entsprechend den Ausführungen zur Rechnung Dr. T vom 18.7.1995, dass der Abzug bezüglich der GOZ-Nummern 800 - 805 anstatt in Höhe von 546,48 DM nur in Höhe von 464,51 DM zu erfolgen hat. In Höhe der Differenz von (81,97 DM = 41,91 Euro) hat die Anschlussberufung Erfolg. Der erstattungsfähige Betrag der Rechnung beläuft sich damit auf **588,70 DM**.

Hinsichtlich der weiteren Rechnung von Dr. C vom 10.1.1997 über 25.609,00 DM gilt das unter 4. Gesagte. Sie beläuft sich auf **18.114,93 DM**.

Insgesamt sind damit Rechnungen von Dr. C mit einem Gesamtbetrag von **18.703,63 DM** berechtigt.

c) Rechnungen Dr. L:

Hinsichtlich der fünf Rechnungen des Anästhesisten Dr. L über insgesamt 7.701,47 DM hat die Kammer anhand der drei Gutachten des Sachverständigen Dr. Y einen Kürzungsbetrag von 2.196,56 DM errechnet. Die Berechnung ist nicht erläutert und für den Senat nicht o.w. nachzuvollziehen, da nicht festzustellen ist, welche Gebührenpositionen im einzelnen in welchem Umfang gekürzt wurden. Es ist auch nicht zu erkennen, ob und ggf. inwieweit hier der 15%igen Kürzung nach § 7 Satz 2 Rechnung getragen wurde. Da die Parteien diese Berechnung im Rahmen der Berufung nicht angreifen, besteht insoweit für den Senat kein Anlass zu eigenen Berechnungen und ggf. weiteren Korrekturen. Es hat bei dem von der Kammer ermittelten Kürzungsbetrag zu verbleiben. Insgesamt sind damit Rechnungen von Dr. L mit einem Gesamtbetrag von **5.504,91 DM** berechtigt.

d) Rechnungen G-Klinik:

Hinsichtlich der Rechnungen der G-Klinik über insgesamt **5.500.- DM** sind Kürzungen nicht veranlasst.

6.

Zu erstatten sind die Aufwendungen des Klägers entsprechend den vereinbarten Tarifen. Die Kammer hat hier für sämtliche zahnärztliche, kieferchirurgische und -prothetische Leistungen den im vertraglich vereinbarten Tarif ZM 3 vorgesehenen Satz von 75% zugrunde gelegt. Dagegen sind Einwendungen des Klägers im Rahmen der Anschlussberufung nicht erhoben worden. Insbesondere sind nach wie vor keine Einzelleistungen bezeichnet, die als "sonstige zahnärztliche Leistungen" anzusehen und zu 100% zu erstatten wären. Diese Beurteilung erscheint im übrigen auch zutreffend, da es sich letztlich insgesamt um eine umfangreiche Zahnsanierung mit rein kieferorthopädischem und prothetischem Charakter handelte.

Die Kammer hat ferner die Kosten der G-Klinik entsprechend dem Tarif SM 7 Punkt 3.2. mit 40% angesetzt. Auch dies wird von den Parteien nicht mehr ausdrücklich angegriffen und ist daher zugrundezulegen.

Soweit der Kläger im Rahmen der Anschlussberufung geltend macht, dass die von den Ärzten vorgenommene 15%ige Kürzung des Honorarteils nach § 7 Satz 2 GOZ bei der Frage

der Erstattungsfähigkeit unberücksichtigt zu bleiben habe, folgt der Senat dem nicht. Zu erstatten sind nach § 1 Nr. 1 a AVB die "Aufwendungen" für Heilbehandlungen. Angeknüpft wird also an die tatsächlich entstandenen Aufwendungen, nicht an fiktive. Wenn ein Zahnarzt im Hinblick auf § 7 Satz 2 GOZ (zu Recht) seine Gebühren um 15% mindert, gibt es insoweit keine Aufwendungen des Patienten. Auch der maßgebliche Tarif ZM 3 knüpft an die Aufwendungen des Versicherungsnehmers an und regelt die Erstattungsfähigkeit zu einem festen Prozentsatz. Für interne Korrekturen (hier im Hinblick auf die Minderung nach § 7 Satz 2 GOZ) gibt es keinen Ansatzpunkt. Weder Wortlaut noch Sinn und Zweck gebieten eine derartige Berechnungsweise. Immerhin hat der Kläger hinsichtlich der konkreten Behandlung Anspruch auf Erstattung für die ärztliche Leistung (zu 75%) und zusätzlich für die stationäre Unterbringung (zu 40%), steht sich also keineswegs schlechter, als er bei einer normalen ambulanten Behandlung stünde.	
7.	50
Auf die Aufwendungen des Klägers hat die Beklagte unstreitig (insoweit nunmehr auch übereinstimmend mit dem berichtigten Urteilstatbestand) nur 15.340,73 DM erstattet. Soweit die Kammer irrtümlich einen um 1.532,69 DM (783,65 Euro) höheren Erstattungsbetrag zugrunde gelegt hat, ist das Urteil auf die Anschlussberufung des Klägers zu korrigieren.	51
8.	52
Damit stellt sich die Berechnung der Ansprüche des Klägers abschließend wie folgt dar:	53
- Rechnungen Dr. T 15.970,56 DM	54
- Rechnungen Dr. C 18.114,93 DM	55
- Rechnungen Dr. L <u>5.504,91 DM</u>	56
gesamt: 39.590,40 DM	57
davon 75% 29.692,80 DM	58
zuzüglich 40% Rechnungen G-Klinik	59
(5.500.- DM) <u>2.200,00 DM</u>	60
gesamt: 31.892,80 DM	61
abzüglich geleistete Zahlungen <u>15.340,73 DM</u>	62
gesamt: 16.552,07 DM.	63
entspricht: 8.462,94 Euro	64
III.	65
Die Kostenentscheidung beruht auf § 92 Abs.1 ZPO. Der Ausspruch über die vorläufige Vollstreckbarkeit folgt aus § 708 Nr. 10, 713 ZPO.	66
Die Voraussetzungen für eine Zulassung der Revision nach § 543 Abs.2 ZPO liegen nicht vor. Weder hat die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung, noch weicht der Senat von der Rechtsprechung anderer Obergerichte ab.	67

Streitwert:	68
- für die Berufung der Beklagten: 11.616,90 Euro	69
- für die Anschlussberufung des Klägers: 3.064,99 Euro.	70
gesamt: 14.681,89 Euro.	71
