
Datum: 10.01.2007
Gericht: Oberlandesgericht Köln
Spruchkörper: 5. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 5 U 38/05
ECLI: ECLI:DE:OLGK:2007:0110.5U38.05.00

Vorinstanz: Landgericht Köln, 23 O 81/04

Tenor:

Auf die Berufung des Klägers wird das am 9. Februar 2005 verkündete Urteil der 23. Zivilkammer des Landgerichts Köln - 23 O 81/04 - abgeändert.

Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger 5.600,- € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 20. März 2003 zu zahlen.

Die Beklagte hat die Kosten des Rechtsstreits zu tragen.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe

- | | |
|--|---|
| I. | 1 |
| | 2 |
| Von der Darstellung der tatsächlichen Feststellungen wird gemäss § 540 Abs. 2 ZPO i.V.m. § 313a Abs. 1 Satz 1 ZPO abgesehen. | 3 |
| II. | 4 |

Die zulässige Berufung des Klägers hat in der Sache Erfolg. 5

Die Beklagte ist verpflichtet, dem Kläger für die Dauer des stationären Aufenthaltes in der Klinik X. vom 4. August 2002 bis 28. September 2002 einen Privatbehandlungszuschlag von täglich 100,- € zu zahlen. Der stationäre Aufenthalt in der Klinik war medizinisch notwendig. Medizinische Notwendigkeit im Sinne der vereinbarten Bedingungen ist dann anzunehmen, wenn es nach objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Zeit der Behandlung vertretbar war, sie als medizinisch notwendig anzusehen. Dass diese Voraussetzungen hier gegeben sind, steht nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme zur sicheren Überzeugung des Senats fest. 6

Der Sachverständige Prof. G. hat die während des Aufenthaltes in der Klinik X. durchgeführte Behandlung des Klägers mit überzeugender Argumentation als medizinisch notwendig bewertet. Der Kläger ist während des Aufenthaltes – neben lediglich begleitender somatischer Behandlung – psychosomatisch und psychotherapeutisch behandelt worden. Diese Behandlung war aufgrund des Gesamtbildes der Erkrankung des Klägers, wie sie sich vor Beginn des Aufenthaltes zeigte, erforderlich. Der Kläger ist als Folge eines vor vielen Jahren erlittenen Verkehrsunfalls querschnittgelähmt; er leidet unter chronischer Hepatitis C, was zu Müdigkeitserscheinungen führt, und einem schwer einstellbaren Bluthochdruck. Neben dieser starken körperlichen Beeinträchtigung ist eine ausgeprägte seelische Belastung getreten. Der sehr leistungsorientierte Kläger, der trotz seiner Behinderung einer beruflichen Tätigkeit nachgeht, fühlt sich überfordert, was zu schon länger bestehenden Depressionen geführt hat. Diese sind, wie der Sachverständige verdeutlicht hat, behandlungsbedürftig. Die Durchführung von psychotherapeutischen Maßnahmen war danach medizinisch angezeigt und notwendig. 7

Medizinisch notwendig war es ferner, die psychotherapeutische Behandlung stationär durchzuführen. Auch das hat der Sachverständige Prof. G. klar und eindeutig festgestellt. Er hat vor allem deutlich herausgearbeitet, dass bei dem Gesamtbild, das sich beim Kläger ab Dezember 2001 gezeigt hat, es vertretbar war, von vornherein eine stationäre Therapie und nicht zunächst eine ambulante Therapie ins Auge zu fassen. Es ist keineswegs notwendig, stets zunächst eine ambulante Therapie einzuleiten; was medizinisch erforderlich ist, richtet sich vielmehr nach der Schwere des Krankheitsbildes. Das beim Kläger gegebene Krankheitsbild rechtfertigte nach den überzeugenden Feststellungen des Sachverständigen hier ohne weiteres eine stationäre Behandlung. Auch wenn beim Kläger nicht von einer akuten Dekompensation gesprochen werden kann, so lag bei ihm nach den Ausführungen des Sachverständigen doch eine prolongierte Dekompensation vor, die therapiebedürftig war. Dass es letztlich mehrere Monate gedauert hat, bis der Kläger die als notwendig anzusehende Therapie antreten konnte, erklärt sich zwanglos daraus, dass vorrangig eine in Langensteinbach durchgeführte organische Behandlung erforderlich war und wohl nicht zuletzt auch daraus, dass es Schwierigkeiten bei der Zusage der Kostenübernahme für die in Aussicht genommene stationäre Behandlung gab. Dass eine stationäre Behandlung unabhängig von einer Akutsituation zumindest vertretbar als medizinisch notwendig angesehen werden kann, folgt schließlich daraus, dass bei einem stationären Aufenthalt eine Behandlung deutlich intensiver und wirkungsvoller möglich ist, insbesondere auch deshalb, weil – anders als bei einer ambulanten Therapie – mehrere Therapieansätze (psychosomatisch, psychotherapeutisch und begleitend somatisch) parallel verwirklicht werden können. 8

Diese Ausführungen des Sachverständigen überzeugen. Der Senat folgt ihnen auch in Ansehung des Schriftsatzes der Beklagten vom 20. Dezember 2006. Insoweit sei nochmals 9

darauf hingewiesen, dass die lange Dauer von der Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit schon im Dezember 2001 bis zum Antritt der Therapie durchaus nachvollziehbar zu erklären ist und dass eine stationäre Therapie nach den klaren Ausführungen des Sachverständigen deutlich wirkungsvoller ist als eine ambulante Therapie. Das hat der Sachverständige klar zum Ausdruck gebracht; insoweit ist eine weitere Sachaufklärung nicht erforderlich. Es war auch nicht notwendig, jedenfalls zunächst einen ambulanten Therapieversuch zu unternehmen. Auch das hat der Sachverständige Prof. G. überzeugend ausgeführt. Die Kritik der Beklagten an den insbesondere auch im Rahmen der mündlichen Anhörung getroffenen Feststellungen des Sachverständigen geht daher letztlich fehl.

Eine Leistungspflicht der Beklagten scheitert auch nicht an § 4 Ziff. 5 der vereinbarten AVB. 10
Ob es sich bei der X. um eine gemischte Anstalt handelt und ob das Landgericht insoweit alleine unter Zugrundelegung von Prospekten und Angaben im Internet ausreichende Feststellungen getroffen hat – was angesichts einer unterlassenen Beweiserhebung nach den hier anzuwendenden Strengbeweisgrundsätzen zweifelhaft erscheint -, bedarf keiner Entscheidung. Die Beklagte kann sich auf die fehlende vorherige Zusage nach § 4 Ziff. 5 AVB sowie auf den Umstand, dass es sich bei der Klinik X. möglicherweise um eine gemischte Anstalt handelt, nach Treu und Glauben nicht mehr berufen. Der Versicherer kann grundsätzlich sein ihm nach § 4 Ziff. 5 AVB zustehendes Ermessen einschränken und dem Versicherungsnehmer einen Anspruch auf Zusage einräumen. Das wird etwa dann angenommen, wenn der Versicherer die Erteilung der Zusage ausdrücklich oder konkludent (nur) von der Erfüllung bestimmter Voraussetzungen, insbesondere vom Nachweis der medizinischen Notwendigkeit einer stationären Heilbehandlung, abhängig gemacht hat (OLG Köln, r+s 1998, 167; Prölss in: Prölss/Martin, VVG, 27. Aufl., § 4 MBKK, Rn. 28). Eine solche Ermessensbindung ist auch hier anzunehmen. In dem insoweit maßgebenden Schreiben der Beklagten vom 23. Mai 2002 heißt es u.a:

"Für eine Behandlung in solchen Krankenanstalten besteht ein Anspruch auf 11
Versicherungsleistungen dann, wenn sie vor Behandlungsbeginn schriftlich zugesagt wird....

Diese Zusage ist nur möglich, wenn die medizinische Notwendigkeit einer stationären 12
Krankenhausbehandlung durch einen aktuellen Behandlungs- und Befundbericht nachgewiesen ist. Bitte veranlassen Sie...

Noch ein wichtiger Hinweis: Wird die stationäre Behandlung vor einer schriftlichen Zusage 13
aufgenommen, entfällt schon dadurch ein Anspruch auf Versicherungsleistungen."

Aus der maßgebenden Sicht des Empfängers dieses Schreibens ergibt sich, dass die 14
Beklagte die Zusage nur davon abhängig machen wollte, dass der Kläger die medizinische Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung nachweist. An keiner Stelle des Schreibens erwähnt die Beklagte deutlich, dass auch bei einem solchen Nachweis die Erteilung einer Zusage weiterhin in ihrem freien Ermessen steht. Ansatzweise mag man dies in die Formulierung "Eine Zusage ist nur **möglich**" hineininterpretieren. Aber klar äußert sich die Beklagte nicht; für den Kläger war eine damit möglicherweise gemeinte Einschränkung keineswegs deutlich erkennbar. Die Beklagte hat dann im übrigen auch ihre Leistungspflicht nicht unter Berufung auf § 4 Ziff. 5 AVB abgelehnt, sondern sich vorprozessual auf den Ausschlussstatbestand des § 5 Ziff. 1 d) AVB berufen.

Auch der Ausschluss nach § 5 Ziff. 1 d) AVB greift nicht, denn die tatsächlich durchgeführten 15
Maßnahmen sind – was die Beklagte zuletzt auch nicht mehr in Abrede gestellt hat – als Psychotherapie und nicht als Kur- oder Sanatoriumsbehandlung einzuordnen

Die Beklagte kann sich auch nicht auf einen Ausschluss nach § 4 Ziff. 7 AVB berufen. Danach wird bei ambulanter oder stationärer Psychotherapie nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben hat. Diese fehlt hier zwar; dies führt aber nicht zum Leistungsausschluss. Allerdings ist § 4 Ziff 7 AVB früher als eine (§ 4 Ziff. 5 AVB vergleichbare) Ermessensregelung verstanden worden. Das hatte zur Folge, dass das Fehlen einer vorherigen Leistungszusage (ähnlich wie bei § 4 Ziff. 5 AVB) auch dann zum Leistungsausschluss führte, wenn sich die medizinische Notwendigkeit einer Psychotherapie im nachhinein herausgestellt hat (OLG Köln, VersR 1992, 1345). Eine solche Auslegung der Klausel ist unter Zugrundelegung der neueren Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs, der sich der Senat anschließt, nicht mehr haltbar. Der Bundesgerichtshof hat die Klausel nicht als Ermessensbestimmung ausgelegt, sondern sie dahin gedeutet, dass dem Versicherer vor der Durchführung der Behandlung ein Prüfungsrecht eingeräumt werden soll. Er ist aber zur Erteilung einer Zusage verpflichtet - hat also kein Ermessen -, wenn sich die beabsichtigte psychotherapeutische Behandlung im Zeitpunkt der Zusage als medizinisch notwendige Heilbehandlung darstellt (BGH, VersR 1999, 746, 747; vgl. auch Prölss, aaO, § 4 MBKK, Rn. 3). Das aber bedeutet folgerichtig, dass der Versicherer sich nicht auf das Fehlen einer vorherigen Zusage berufen kann, wenn tatsächlich die medizinische Notwendigkeit der Psychotherapie feststeht und der Versicherer vor Behandlungsbeginn zumindest die Möglichkeit der Prüfung hatte, was hier der Fall war (anders im Fall AG Duisburg, r+s 2000, 341, 342, wo der Versicherer vor Behandlungsbeginn nicht informiert worden war).

Die prozessualen Nebenentscheidungen beruhen auf §§ 97 Abs. 1, 708 Nr. 10, 713 ZPO. 17

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision nach § 543 Abs. 2 ZPO liegen nicht vor. 18

Berufungss Streitwert: 5.600,- € 19