
Datum: 21.12.2012
Gericht: Oberlandesgericht Köln
Spruchkörper: 20. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 20 U 186/12
ECLI: ECLI:DE:OLGK:2012:1221.20U186.12.00

Vorinstanz: Landgericht Köln, 23 O 386/10

Tenor:

Die Berufung der Klägerin gegen das am 15. August 2012 verkündete Urteil der 23. Zivilkammer des Landgerichts Köln - 23 O 386/10 - wird zurückgewiesen.

Die Kosten des Berufungsverfahrens trägt die Klägerin.

Dieses Urteil und das angefochtene Urteil sind vorläufig vollstreckbar.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe

I.

Von der Darstellung der tatsächlichen Feststellungen wird gemäß § 540 Abs. 2 ZPO i.V.m. § 313a Abs. 1 Satz 1 ZPO abgesehen.

II.

Die zulässige Berufung der Klägerin hat in der Sache keinen Erfolg.

1

2

3

4

Das Landgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Klägerin steht der geltend gemachte Anspruch auf anteilige Erstattung der Kosten ihres Aufenthaltes in der Klinik X nicht zu. Es kann dahinstehen, ob es sich bei dieser Klinik um eine gemischte Anstalt im Sinne von § 4 Nr. 5 AVB handelt und daher eine schriftliche Leistungszusage der Beklagten erforderlich gewesen wäre. Ein Anspruch auf Kostenerstattung scheitert jedenfalls daran, dass die medizinische Notwendigkeit der stationär durchgeführten Behandlung nicht festgestellt werden kann (§ 1 Nr. 2 AVB i.V.m. § 192 Abs. 1 VVG).

5

1.

6

Die medizinische Notwendigkeit einer stationären Heilbehandlung ist anhand eines Vergleichs mit der ambulanten Behandlungsform zu prüfen. Eine stationäre Krankenhausbehandlung ist nur dann medizinisch notwendig, wenn der angestrebte Erfolg mit einer ambulanten Maßnahme nicht erreicht werden kann (Senat, Urteil vom 15.06.2012, 20 U 129/10; OLG Zweibrücken NJOZ 2008, 76, 78; LG Potsdam VersR 2009, 491; OLG Koblenz VersR 2008, 339; LG Dortmund, Urteil vom 26.06.2006, 2 S 49/05 „juris“; OLG Karlsruhe RuS 1997, 33; LG Berlin RuS 1994, 71; OLG Köln – 5. Zivilsenat - RuS 1986, 163; Kalis in: Bach/Moser, Private Krankenversicherung, 4. Aufl., § 1 MB/KK Rn. 31; Rogler in: Rüffer/Halbach/Schimikowski, VVG, 2. Aufl., § 4 MB/KK Rn. 11). Unter medizinischen Gesichtspunkten muss feststehen, dass eine ambulante Behandlung nicht ausreichte und dass auf Grund bestimmter Aspekte die stationäre Krankenhausbehandlung deshalb notwendig war (Senat a.a.O.; vgl. Veith/Gräfe-Wendt, Der Versicherungsprozess, 2. Aufl., § 11 Rn. 99). Die Auffassung von Egger (VersR 2009, 1320), nach der sich insbesondere unter Berücksichtigung der sogenannten „Alphaklinik“-Entscheidung des BGH (VersR 2003, 581) ein Primat der ambulanten gegenüber der stationären Heilbehandlung nicht mehr rechtfertigen lasse, teilt der Senat nicht. Zwar trifft es zu, dass Kostengesichtspunkte weder nach dem Wortlaut noch nach dem Sinnzusammenhang in die maßgeblichen Versicherungsbedingungen im Krankenversicherungsrecht hineingelesen werden können; eine medizinisch anerkannte Heilbehandlung verliert das qualifizierende Merkmal „notwendig“ im Einzelfall daher nicht deshalb, weil sie teurer ist als eine nach Einschätzung des Versicherers gleichwertige, aber kostengünstigere Behandlung (BGH a.a.O.).

7

Diese Grundsätze betreffen aber ausschließlich die Frage, ob von zwei medizinisch gleichwertigen Behandlungsmethoden der Versicherte der kostengünstigeren den Vorzug geben muss. Demgegenüber ist im Streitfall entscheidungserheblich, in welchem Verhältnis nach den maßgeblichen Versicherungsbedingungen die Formen der ambulanten und der stationären Behandlung zueinander stehen. Dass die ambulante und die stationäre Behandlung nach den Bedingungen nicht gleichrangig sind, folgt aus § 4 Nr. 4 AVB, der die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung von der medizinisch notwendigen Heilbehandlung abgrenzt. Dies kann bei verständiger Würdigung nur in dem Sinne aufgefasst werden, dass sich für eine Behandlung im stationären Rahmen eine besondere Notwendigkeit ergeben muss. Vor dem Hintergrund der Belastungen eines Krankenhausaufenthalts für den Versicherten und des insoweit bestehenden erhöhten Infektionsrisikos ist auch nach dem Verständnis des durchschnittlichen Versicherungsnehmers eine Krankenhausbehandlung regelmäßig erst dann erforderlich, wenn eine ambulante Behandlung nicht bzw. nicht mehr ausreichend erfolversprechend ist. Eine stationäre Heilbehandlung ist demzufolge nur dann medizinisch notwendig im Sinne von § 1 Nr. 2 AVB, wenn die spezifischen Einrichtungen des klinischen Krankenhausbetriebs zur Behandlung des bestehenden Leidens besser geeignet sind als die Möglichkeiten eines niedergelassenen Arztes oder eines Therapiezentrums (vgl. OLG Koblenz a.a.O.).

8

9

Einem Verständnis der AVB in diesem Sinne steht auch nicht entgegen, dass im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung durch § 39 Abs. 1 SGB V der Vorrang der ambulanten Behandlung vor der stationären ausdrücklich normiert ist. Dass in Bezug auf die AVB der Beklagten einen Umkehrschluss zu ziehen, ist schon deshalb verfehlt, weil sich das Verständnis von Allgemeinen Versicherungsbedingungen nicht aus der Sicht des Rechtsanwenders nach der Methode der gesetztes ähnlichen Auslegung bestimmt (vgl. Prölss in: Prölss/Martin, VVG, 28. Aufl., Vorbem. III, Rn 2). Maßgeblich ist vielmehr die Sicht des durchschnittlichen Versicherungsnehmers als juristischem Laien, bei dem keine Kenntnisse von der sozialversicherungsrechtlichen Gesetzeslage vorausgesetzt werden können.

2.

10

Gemessen an diesen Grundsätzen hat die Klägerin den ihr obliegenden Beweis dafür, dass die stationäre Behandlung in der Klinik X medizinisch notwendig war, nicht geführt. Nach den überzeugenden und in sich schlüssigen Feststellungen des Sachverständige Prof. Dr. F lässt sich in Bezug auf das depressive Krankheitsbild der Klägerin weder aus dem Befund noch aus der Diagnose ableiten, dass eine stationäre Behandlung primär notwendig war und eine ambulante Therapiemaßnahme nicht erfolgversprechend gewesen wäre. Bei der Klägerin wurden vor ihrem Aufenthalt in der Klinik X ambulante psychiatrische Therapien weder durchgeführt noch angestrebt. Auch stationär wurden keine medikamentösen Behandlungen vorgenommen, sondern psychotherapeutische und allgemeine Therapiemaßnahmen ohne spezifischen Wirksamkeitsnachweis ergriffen. Diese Maßnahmen hätten nach Feststellung des Sachverständigen auch ambulant durchgeführt werden können, wenn auch möglicherweise mit geringerer Intensität und Frequenz. Dass die depressive Episode ein solches Ausmaß erreicht hatte (z.B. in Form einer schwersten Antriebshemmung), dass ambulante Therapiemaßnahmen nicht ausreichend gewesen wären, lässt sich dem Gutachten zufolge aus dem erhobenen Befund nicht ableiten. Auch die Bluthochdruckanfälle waren nach der Einschätzung des Sachverständigen ambulant diagnostizierbar und behandelbar und gaben keine Veranlassung für eine sofortige stationäre Behandlung. In psychiatrischer Hinsicht gab es weder Hinweise auf eine fehlende Compliance oder pathogene häusliche Verhältnisse noch auf eine drohende Selbstgefährdung, so dass eine stationäre Behandlung auch nicht etwa unter diesem Aspekt erforderlich war. Da im Übrigen auch die Möglichkeit bestanden hätte, die Klägerin durch eine Krankschreibung von pathogenen Faktoren der Berufstätigkeit zu entlasten, hat der Sachverständige die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung überzeugend verneint. Zwar war nach Auffassung des Sachverständigen im Rahmen eines stationären Aufenthalts eine psychotherapeutische Behandlung leichter verfügbar als bei einer ambulanten Therapie; insofern sei die Behandlung auch sinnvoll und effektiv und möglicherweise auch wirksamer als eine alternativ durchzuführende ambulante Behandlung gewesen. Dies reicht zur Feststellung der medizinischen Notwendigkeit der stationären Behandlung aber nicht aus.

11

Allein die leichtere Verfügbarkeit kann die Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung nicht begründen, zumal die Klägerin nicht dargetan hat, dass sie sich um eine ambulante Behandlung bemüht hat und eine solche nicht zeitnah hätte eingeleitet werden können. Da nach den Feststellungen des Sachverständigen spezielle Therapiemaßnahmen, die nur stationär durchgeführt werden können, nicht erforderlich waren, kann ein objektives Bedürfnis nach den spezifischen Einrichtungen des klinischen Krankenhausbetriebs zur Behandlung des bestehenden Leidens nicht festgestellt werden.

12

13

Der nicht nachgelassene Schriftsatz der Klägerin vom 19.12.2012 gibt zur Wiedereröffnung der mündlichen Verhandlung keine Veranlassung.

III. 14

Die prozessualen Nebenentscheidungen beruhen auf §§ 97 Abs. 1, 708 Nr. 10, 713 ZPO. 15

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision nach § 543 Abs. 2 ZPO liegen nicht vor. 16
Dem Rechtsstreit kommt keine grundsätzliche Bedeutung zu; die Zulassung ist auch nicht zur Fortbildung des Rechts oder zur Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung erforderlich.

Berufungsstreitwert: 5.072,97 € 17