Oberlandesgericht Hamm, I-20 U 148/11

Datum:	20.01.2012
Gericht:	Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper:	20. Zivilsenat
Entscheidungsart:	Urteil
Aktenzeichen:	I-20 U 148/11
ECLI:	ECLI:DE:OLGHAM:2012:0120.I20U148.11.00

Vorinstanz:	Landgericht Bielefeld, 9 O 341/10
Schlagworte:	gemischte Anstalt
Leitsätze:	

1.)

Die Frage, ob eine gemischte Anstalt i.S.d. § 4 Abs. 5 MB/KK vorliegt, kann das erkennende Gericht im Einzelfall ohne Zuhilfenahme eines Sachverständigen in eigener Würdigung entscheiden. Die Darlegungs- und Beweislast für das Vorliegen einer gemischten Anstalt trägt der Versicherer. Allerdings muss der Versicherungsnehmer, wenn sich aus ohne weiteres öffentlich zugänglichen Quellen - z.B. aus dem Internetauftritt einer Klinik - eindeutig das objektive Leistungsangebot einer gemischten Anstalt ergibt, das Bestehen einer gemischten Anstalt substantiiert bestreiten.

2.)

Der Versicherungsnehmer hat keinen Anspruch auf die Zustimmung des Versicherers zur Behandlung in einer gemischten Anstalt, da es sich insoweit um eine Ermessensentscheidung handelt.

3.)

Verweigert der Versicherer die Zusage zur Behandlung in einer gemischten Anstalt allein unter Hinweis auf die fehlende Notwendigkeit einer stationären Behandlung, ist dies in der Regel nicht als Bereitschaft des Versicherers zu deuten, dem Aufenthalt

des Versicherungsnehmers in der gemischten Anstalt zuzustimmen, falls sich die Notwendigkeit einer stationären Behandlung später herausstellt.

4.)

Gleiches gilt für den Fall, dass der Versicherer die Zustimmung zur Behandlung in einer gemischten Anstalt verweigert, aber vor Aufnahme der Behandlung zusagt, auf der Grundlage des Entlassungsberichts die Frage der medizinischen Notwendigkeit noch einmal prüfen zu wollen. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Versicherer von der Möglichkeit einer freiwilligen Leistung bei Nachweis der Notwendigkeit der Behandlung gesprochen hat.

Tenor:

Die Berufung des Klägers gegen das am 26.05.2011 verkündete Urteil der

9. Zivilkammer des Landgerichts Bielefeld wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Gründe: 1

(gemäß § 313 a Abs. 1 ZPO) 2

A. 3

Der Kläger ist bei der Beklagten zum Tarif SM6 privat krankenversichert. Gegenstand seiner Klage ist die Erstattung von Krankenbehandlungskosten, die ihm durch eine stationäre psychosomatisch-psychiatrische Behandlung im Zeitraum vom 01.04.2009 bis zum 20.05.2009 in der "H Klinik" in C4 entstanden sind. 4

Wegen des Sach- und Streitstandes 1. Instanz wird gemäß § 540 ZPO auf den Tatbestand des angefochtenen Urteils des Landgerichts Bielefeld Bezug genommen. 5

Das Landgericht hat die Klage abgewiesen mit der Begründung, dass sich die Beklagte erfolgreich auf einen Leistungsausschluss nach § 4 Abs. 5 S. 1 AVB berufen könne. Denn bei der H Klinik in C4 handele es sich um eine sog. gemischte Anstalt im Sinne der v.g. Klausel. Leistungen seien deshalb von der Beklagten nur zu gewähren, wenn sie diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt habe, woran es aber vorliegend – unstreitig – fehle. 6

7

Des Weiteren könne sich die Beklagte auch mit Erfolg auf den Leistungsausschluss des § 4 Abs. 7 AVB berufen, da sich der Kläger unstreitig einer stationären Psychotherapie unterzogen habe, deren Kosten ebenfalls nur bei Vorliegen einer – hier fehlenden – schriftlichen Leistungszusage von der Beklagten zu übernehmen seien.

Entgegen der Annahme des Klägers sei die Berufung der Beklagten auf die Ausschlusstatbestände des § 4 Abs. 5 bzw. Abs. 7 AVB auch nicht treuwidrig. 8

Hiergegen wendet sich der Kläger mit seiner form- und fristgerecht eingelegten Berufung. Er rügt: 9

Die Beklagte habe in ihrer Leistungsablehnung vom 23.03.2009 explizit und ausdrücklich darauf abgestellt, dass eine stationäre Behandlung des Klägers nicht erforderlich sei. Nicht hingegen habe der Kläger die Ablehnung dahingehend verstehen können, dass die Beklagte die Kostenübernahme mit der Begründung habe versagen wollen, dass es sich bei der H Klinik um eine sog. gemischte Anstalt handele. Die Berufung der Beklagten auf die Ausschlusstatbestände des § 4 Abs. 5 bzw. Abs. 7 AVB sei daher treuwidrig. Tatsächlich sei die stationäre Behandlung entgegen der Annahme der Beklagten auch zwingend geboten gewesen. 10

Soweit der Kläger in 1. Instanz noch Erstattung vermeintlich ausstehenden Krankentagegeldes i.H.v. 562,43 € begehrt hatte, verfolgt er diesen Anspruch in 2. Instanz nicht weiter. 11

Der Kläger beantragt, 12

> unter Abänderung der angefochtenen Entscheidung die Beklagte zu verurteilen, an ihn 19.411,16 € nebst Zinsen in Höhe von 5% über dem Basiszinssatz seit dem 16.05.2009 zu zahlen, sowie dem Kläger außergerichtlich entstandene Rechtsanwaltskosten in Höhe von 1.176,91 € nebst Zinsen in Höhe von 5% über dem Basiszinssatz seit Klagezustellung, d.h. seit dem 23.11.2010 zu erstatten. 13

Die Beklagte verteidigt mit näherer Darlegung die angefochtene Entscheidung und beantragt unter Wiederholung und Vertiefung ihres erstinstanzlichen Vorbringens, 14

> die Berufung zurückzuweisen. 15

B. 16

Die zulässige Berufung des Klägers ist unbegründet. 17

Auch wenn sich die Beklagte trotz der im Vorfeld angebotenen kulanzweisen Prüfung nicht bereit finden konnte, die etwa 1/5 der Klageforderung ausmachenden Behandlungskosten zu übernehmen, so ändert dies im Ergebnis jedoch nichts daran, dass das Landgericht die Klage in 1. Instanz zu Recht und mit zutreffender Begründung abgewiesen hat. 18

Denn gemäß § 4 Abs. 5 AVB besteht für medizinisch notwendige Heilbehandlungen in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von § 4 Abs. 4 AVB erfüllen, ein Anspruch auf Versicherungsleistungen nur, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat, woran es vorliegend unstreitig fehlt. Die Klausel ist nach ständiger höchst- und obergerichtlicher Rechtsprechung wirksam: Dem Ausschluss liegt ein berechtigtes Interesse des Versicherers zugrunde, weil bei derartigen 19

Anstalten die Abgrenzung zwischen einem versicherten Krankenhausaufenthalt und einem gemäß § 5 Abs. 1 d AVB nicht versicherten Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt Schwierigkeiten bereiten kann. Dem erhöhten Risiko der Inanspruchnahme solcher Behandlungen soll von vornherein entgegengetreten werden. Zugleich soll der Versicherer von der nachträglichen Prüfung befreit werden, ob während des Aufenthalts in einer gemischten Anstalt eine notwendige Heilbehandlung oder – wenn auch nur teilweise – eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung stattgefunden hat (vgl. BGH, Urteil v. 29.01.2003, IV ZR 257/01, VersR 2003, 360; Senatsentscheidung v. 04.09.1992, 20 U 38/92, RuS 1993, 31 sowie v. 17.09.1986, 20 U 39/86, NJW 1987, 1490; Prölss/Martin, VVG 28. Aufl., § 4 MB/KK, Rn 51/52; Bach/Moser, Private Krankenversicherung 4. Aufl., § 4 MB/KK, Rn 38; jeweils m.w.N.). Dementsprechend ist der Einwand des Versicherungsnehmers, der sich ohne vorherige Zusage in einer gemischten Anstalt hat behandeln lassen, es sei im konkreten Fall keine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung durchgeführt worden oder die Behandlung sei medizinisch notwendig gewesen, unbeachtlich. Denn wären diese Einwände zugelassen, würde dies im Streitfall stets eine Überprüfung der im Einzelfall notwendigen Behandlungsmaßnahmen erforderlich machen, was § 4 Abs. 5 AVB aber gerade – zulässiger Weise – verhindern will (vgl. Bach/Moser, Private Krankenversicherung 4. Aufl., § 4 MB/KK, Rn 39 m.w.N.).

1. 20

Unstreitig fehlt es vorliegend an einer – vom Kläger über seine behandelnden Ärzte mehrfach beantragten bzw. erbetenen (vgl. Schreiben Dr. T vom 02.03.2009, Anlage B 3; Schreiben Dr. L vom 13.03.2009, Anlage K 2; Schreiben Dr. L2 vom 30.03.2009, Anlage K 4; Schreiben H Klinik C4 vom 14.04.2009, Anlage B 6) – schriftlichen Zusage der Beklagten. 21

Bei der H Klinik in C4 handelte es sich, wie das Landgericht in 1. Instanz zutreffend festgestellt hat, auch – zumindest zum Zeitpunkt der hier in Rede stehenden Behandlung – um eine sog. "gemischte Anstalt" i.S.d. § 4 Abs. 5 AVB. Kennzeichen einer gemischten Anstalt ist es, dass sie nach ihrer Ausstattung und ihrem medizinischen Konzept sowohl reine Krankenhausleistungen als auch die Behandlungen und Leistungen eines Sanatoriumsbetriebes erbringen kann. Maßgeblich für den Ausschluss nach § 4 Abs. 5 AVB ist die tatsächliche Ausgestaltung der Anstalt, so wie sie sich aus ihrem Leistungsangebot ergibt (vgl. BGH, Urt. v. 07.07.1971, IV ZR 6/71, VersR 1971, 949; Senatsentscheidung v. 14.07.1993, 20 U 79/93, RuS 1994, 229; OLG Koblenz, Beschluss v. 22.03.2007 i.V.m. Beschluss v. 21.06.2007, 10 U 1143/06, VersR 2008, 108 sowie Beschluss v. 31.03.2008, 10 U 1243/07, VersR 2008, 1525; vgl. a. Prölss/Martin, VVG 28. Aufl., § 4 MB/KK, Rn 53ff; Bach/Moser, Private Krankenversicherung 4. Aufl., § 4 MB/KK, Rn 40ff; jeweils m.w.N.). Auf die konkrete Ausgestaltung der tatsächlich gewählten Therapie im Einzelfall kommt es – wie ausgeführt – nicht an; es genügt, dass die Anstalt beide Möglichkeiten anbietet. 22

Die Frage, ob eine gemischte Anstalt vorliegt, kann das erkennende Gericht, wie das Landgericht in 1. Instanz zu Recht angenommen hat, ohne Zuhilfenahme eines Sachverständigen in eigener Würdigung entscheiden (vgl. OLG Koblenz, Beschluss v. 22.03.2007, 10 U 1143/06, VersR 2008, 108 sowie Beschluss v. 31.03.2008, 10 U 1243/07, VersR 2008, 1525). Die Darlegungs- und Beweislast für das Vorliegen einer gemischten Anstalt trägt der Versicherer (vgl. Senatsentscheidung v. 14.07.1993, 20 U 79/93, RuS 1994, 229; Prölss/Martin, VVG 28. Aufl., § 4 MB/KK, Rn 78 = S. 2116 m.w.N.), hier also die Beklagte. Allerdings muss der Versicherungsnehmer, hier also der Kläger, wenn sich aus ohne weiteres öffentlich zugänglichen Quellen - z.B. aus dem Internetauftritt einer Klinik - eindeutig das objektive Leistungsangebot einer gemischten Anstalt ergibt, das Bestehen einer gemischten Anstalt substantiiert bestreiten (vgl. OLG Koblenz, Beschluss v. 04.03.2004, 23

10 U 839/03, VersR 2004, 1126).

Zu Recht hat das Landgericht, auf dessen Ausführungen zur Vermeidung von Wiederholungen Bezug genommen wird, gemessen an den vorstehenden Grundsätzen die H Klinik in C4, als gemischte Anstalt angesehen, deren Internetauftritt im hier in Rede stehenden Zeitraum (vgl. Anlagenkonvolut B 9) u.a. auswies, dass die Klinik neben der Durchführung notwendiger stationärer Krankenhausbehandlungen auch Kurmaßnahmen wie beispielsweise Qigang, Shiatsu und Meditation anbot. Ausdrücklich hatte die H Klinik in dem in hier streitgegenständlichen Zeitraum auf ihrer Internetseite sogar darauf hingewiesen, dass sie als sog. gemischte Anstalt geführt werde und deshalb die Einholung einer Vorabkostenzusage empfehle (vgl. Anlage 8 im Anlagenkonvolut B 9). Vom PKV wurde die Klinik im damaligen Zeitraum ebenfalls als sog. gemischte Anstalt eingestuft (vgl. Schreiben des PKV vom 18.11.2005, Anlage 7 im Anlagenkonvolut B 9). Auch die obergerichtliche Rechtsprechung hatte die H Klinik in C4 in der Vergangenheit - bezogen auf einen stationären Aufenthalt in der Zeit von Januar bis April 2006 - bereits als gemischte Anstalt eingestuft (vgl. OLG Koblenz, Beschluss v. 08.05.2008, 10 U 1243/07). Beachtliche Argumente gegen die Einstufung der H Klinik in C4 als gemischte Anstalt hat der Kläger weder in 1. Instanz noch in der Berufungsbegründung vorgebracht. 24

2. 25

Entgegen der Rüge der Berufung war die Verweigerung der Zustimmung zur stationären Behandlung in der H Klinik durch die Beklagte auch nicht treuwidrig bzw. ermessensfehlerhaft. 26

Vorab ist klarzustellen, dass der Versicherungsnehmer keinen Anspruch auf die Zustimmung des Versicherers hat, da diese in dessen Ermessen liegt (vgl. Prölss/Martin, VVG 28. Aufl., § 4 MB/KK, Rn 58 u. 63). 27

Soweit der Kläger zur Begründung der Treuwidrigkeit der unstreitig von der Beklagten nicht erteilten Zustimmung darauf abstellt, die Beklagte habe als Ablehnungsgrund stets nur auf die fehlende Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes, nicht aber auf das Bestehen einer gemischten Anstalt verwiesen, so trifft dies, wie der von den Parteien überreichte Schriftverkehr belegt, gerade nicht zu. Vielmehr hat sich die Beklagte schon in ihrem ersten, auf den Antrag von Frau Dr. T vom 02.03.2009 hin erfolgten Schreiben vom 11.03.2009 (Anlage B 4) auf den Ausschlusstatbestand des § 4 Abs. 5 AVB bezogen und ausdrücklich darauf hingewiesen, dass für eine Behandlung in einer Krankenanstalt, in der – wie in der H Klinik in C4 – auch (Rehabilitations-)Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchgeführt oder Rekonvaleszenten aufgenommen werden, ein Versicherungsschutz nur dann bestehe, "wenn sie vor Behandlungsbeginn schriftlich zugesagt sind (§ 4 Abs. 5 AVB)" und die bisher vom Kläger überreichten Unterlagen für eine Prüfung, ob eine entsprechende Zusage erteilt werden könne, nicht ausreichten. Auf dieses Schreiben hat die Beklagte auch in allen späteren Folgeschreiben stets ausdrücklich Bezug genommen. Zwar ist dem Kläger zuzugeben, dass sich das Schreiben vom 11.03.2009 noch auf die Klinik G (C) bezog. Das folgende, auf den Folgeantrag für die H Klinik in C4 vom 13.03.2009 (Anlage K 2) bezogene Schreiben der Beklagten vom 23.03.2004 (Anlage K 3) greift den Punkt der sog. gemischten Anstalt aber erneut ausdrücklich auf, führt die Beklagte darin doch aus, dass sie die Zustimmung zu einem stationären Aufenthalt in der H Klinik u.a. "wegen der Besonderheiten des oben genannten Hauses, über die Sie durch unser Schreiben vom 11. März 2009 informiert [sind]", nicht erteilen könne. Diese Aussage ist eindeutig auf die im Schreiben vom 11.03.2009 ausführlich erläuterte Regelung in § 4 Abs. 5 AVB bezogen. 28

29

Selbst wenn man aber davon ausgehen wollte, dass die Beklagte aus Sicht eines verständigen Versicherungsnehmers die Zusage allein unter Hinweis auf die fehlende Notwendigkeit einer stationären Behandlung verweigert hätte, was – wie ausgeführt – hier gerade nicht der Fall ist, ist dies aber in der Regel gerade nicht als Bereitschaft des Versicherers zu deuten, dem Aufenthalt des Versicherungsnehmers in der gemischten Anstalt zuzustimmen, falls sich die Notwendigkeit einer stationären Behandlung herausstellt (vgl. OLG Karlsruhe, Urt. v. 19.08.1993, 12 U 115/93, ZfS 1994, 456; OLG Celle, Urt. v. 28.03.1980, 8 U 122/79, VersR 1980, 962; Prölss/Martin, VVG 28. Aufl., § 4 MB/KK, Rn 67). Im Gegenteil ist den sämtlich vor Aufnahme bzw. Abschluss der stationären Behandlung in der H Klinik verfassten Schreiben der Beklagten vom 11.03.2009 (Anlage B 4), vom 23.03.2009 (Anlage K 3), vom 14.04.2009 (Anlage K 5) und vom 15.05.2009 (Anlage K 8) sogar klar und deutlich zu entnehmen, dass die Beklagte mit Blick auf § 4 Abs. 5 AVB die Erteilung einer vorherigen Zustimmung für erforderlich hielt und diese gerade nicht erteilte.

Selbst für den – hier ebenfalls nicht gegebenen – Fall, dass der Versicherer die Zustimmung verweigert, aber vor Aufnahme der Behandlung zusagt, auf der Grundlage des Entlassungsberichts die Frage noch einmal zu prüfen, so ist darin keine Zusage für den Fall zu sehen, dass der Entlassungsbericht eine medizinische Heilbehandlung belegt (vgl. OLG Frankfurt, Urt. v. 30.08.2000, 7 U 201/99, VersR 2001, 972). Dies gilt insbesondere dann, wenn der Versicherer von der Möglichkeit einer freiwilligen Leistung bei Nachweis der Notwendigkeit der Behandlung gesprochen hat (vgl. OLG Köln, Urt. v. 26.11.1992, 5 U 131/92, RuS 93, 231; vgl. a. Prölss/Martin, VVG 28. Aufl., § 4 MB/KK, Rn 68). Erklärt sich der Versicherer hingegen - wie hier die Beklagte mit Schreiben vom 15.05.2009 (Anlage K 8) - erst nach Aufnahme der Behandlung bereit, deren Notwendigkeit zu prüfen, so kann dies die Dispositionen des Versicherungsnehmers nicht mehr beeinflussen und lässt daher auch nicht den Schluss auf einen Willen des Versicherers zu, sich in irgendeiner Hinsicht zu binden (vgl. OLG Frankfurt a.a.O.; OLG Köln a.a.O.; vgl. a. Prölss/Martin, VVG 28. Aufl., § 4 MB/KK, Rn 70). 30

Soweit der Kläger den vermeintlichen Ermessensmissbrauch der Beklagten damit zu begründen sucht, dass die Beklagte zu Unrecht die medizinische Notwendigkeit verneint habe, kommt es auf diesen Gesichtspunkt im Rahmen der Verweigerung der Zustimmung i.S.d. § 4 Abs. 5 AVB – wie eingangs bereits ausgeführt – nicht an. Maßgeblich ist insoweit allein die Frage der Behandlung in einer gemischten Anstalt: Selbst wenn die Behandlung medizinisch notwendig ist, darf die Beklagte eine solche zulässiger Weise gemäß § 4 Abs. 5 AVB ablehnen, wenn sie in einer gemischten Anstalt vorgenommen werden soll. 31

Weitere Anhaltspunkte, die einen etwaigen Ermessensfehlgebrauch der Beklagten begründen könnten, sind weder vom Kläger dargetan noch sonst ersichtlich. 32

C. 33

Die prozessualen Nebenentscheidungen folgen aus den §§ 97, 708 Nr. 10, 711, 713, 543 Abs. 2 ZPO. 34

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Rechtssache keine grundsätzliche Bedeutung hat und auch die Fortbildung des Rechts oder die Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung keine Entscheidung des Revisionsgerichts erfordern. Die für die Entscheidung maßgeblichen Rechtsfragen sind solche des Einzelfalls. 35

Justiz NRW
Rechtsprechungsdatenbank ONLINE