

Nachschlagewerk: ja

BGHZ: nein

ZPO § 286 G; AVB f. Krankheitskosten- u. Krankenhaustage-
geldvers. (MB/KK 76) § 5 Abs. 2

Ein Versicherer, der seine Leistungen nach § 5 Abs. 2 MB/KK
kürzen will, ist dafür darlegungs- und beweisbelastet, daß
die Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß über-
schritten hat.

BGH, Urteil vom 29. Mai 1991 - IV ZR 151/90 - OLG Koblenz
LG Trier

BUNDESGERICHTSHOF

IM NAMEN DES VOLKES

IV ZR 151/90

URTEIL

Verkündet am:
29. Mai 1991


Justizsekretärin
als Urkundsbeamter
der Geschäftsstelle

in, dem Rechtsstreit

- 2 -

Der IV. Zivilsenat des Bundesgerichtshofes hat durch den Vorsitzenden Richter Bundschuh und die Richter Rottmüller, Dr. Zopfs, Dr. Ritter und Römer auf die mündliche Verhandlung vom 29. Mai 1991

für Recht erkannt:

Auf die Revision der Klägerin wird das Urteil des 10. Zivilsenats des Oberlandesgerichts Koblenz vom 6. April 1990 im Kostenpunkt und insoweit aufgehoben, als zum Nachteil der Klägerin erkannt worden ist.

Im Umfang der Aufhebung wird die Sache zur anderweiten Verhandlung und Entscheidung - auch über die Kosten des Revisionsverfahrens - an das Berufungsgericht zurückverwiesen.

Von Rechts wegen

Tatbestand:

Die Parteien streiten darüber, in welchem Umfange die Beklagte verpflichtet ist, der Klägerin für zwei Krankenhausaufenthalte Krankheitskosten, Krankentagegeld und Pauschbeträge zu zahlen.

Die Beklagte ist der private Krankenversicherer der Klägerin. Dem zwischen den Parteien geschlossenen Versiche-

WIV



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

rungsvertrag liegen die Musterbedingungen 1976 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK) zugrunde. Die Klägerin nimmt die Beklagte für zwei stationäre Krankenhausaufenthalte in der Zeit vom 11. Februar bis 30. Mai 1985 und vom 10. Dezember 1985 bis 21. Januar 1986 auf Erstattung der Arztkosten, Zahlung von Krankenhaustagegeld und Pauschbeträgen in Anspruch. Die Beklagte hat für den ersten Krankenhausaufenthalt 28 Tage und für den zweiten 21 Tage anerkannt und die darauf entfallenden Beträge sowie einen Teil der Arztkosten gezahlt. Weitere Zahlungen hat sie mit der Begründung verweigert, daß ein längerer Krankenhausaufenthalt medizinisch nicht notwendig gewesen sei.

Die Klägerin hat vorgetragen, sie habe sich auf die Auskunft der sie behandelnden Ärzte verlassen müssen, die die gesamte Dauer ihrer Krankenhausaufenthalte als medizinisch notwendig angesehen hätten. Sie hat für beide stationäre Behandlungen über den von der Beklagten bereits gezahlten Betrag hinaus insgesamt noch 49.859,30 DM nebst Zinsen geltend gemacht. Das Landgericht hat die Klage abgewiesen. Das Berufungsgericht hat der Klägerin über die gezahlten Beträge hinaus 1.910,90 DM nebst Zinsen zugesprochen. Mit der Revision verfolgt die Klägerin ihren Anspruch auf Zahlung von 47.948,40 DM nebst Zinsen weiter.

Entscheidungsgründe:

Die Revision führt zur Aufhebung des angefochtenen Urteils und zur Zurückverweisung der Sache an das Berufungsgericht.

1. Das Berufungsgericht hat ausgeführt, die medizinische Notwendigkeit einer stationären Heilbehandlung beurteile sich nach objektiven und anerkannten ärztlichen Erkenntnissen. Sie sei dann zu bejahen, wenn und solange es nach den zur Zeit der Anordnung der stationären Aufnahme und Weiterbehandlung erhobenen objektiven Befunden und hierauf beruhenden ärztlichen Erkenntnissen vertretbar war, sie als notwendig anzusehen.

Nach diesen rechtsfehlerfreien Ausführungen kommt es darauf an, ob der Krankenhausaufenthalt über die gesamte Zeit und die ärztlichen Leistungen im erbrachten Umfang medizinisch notwendig waren. Bei dieser Beurteilung ist das Berufungsgericht zu Recht von einem objektiven Maßstab ausgegangen (vgl. Senatsentscheidung vom 29. November 1978 - IV ZR 175/77 - VersR 1979, 221 unter III).

2. a) Das Berufungsgericht hat den Anspruch der Klägerin - bis auf den Betrag von 1.910,90 DM - verneint, weil sie nicht bewiesen habe, daß die stationären Aufenthalte für die gesamte Dauer medizinisch notwendig gewesen seien. Damit hat das Berufungsgericht die Beweislastverteilung verkannt.

Grundsätzlich hat der Versicherungsnehmer zwar die medizinische Notwendigkeit der Heilbehandlung darzutun und im Bestreitensfalle auch zu beweisen, daß nach den medizinischen Befunden und Erkenntnissen im Zeitpunkt der Behandlung vertretbar war, diese als medizinisch notwendig durchzuführen (Senatsurteil vom 29. November 1978 aaO).

Die Parteien streiten indessen nicht darüber, ob die Heilbehandlung als solche notwendig war, die die Klägerin

bei ihren beiden Krankenhausaufenthalten hat durchführen lassen. Deshalb hat die Beklagte für den am 11. Februar 1985 beginnenden Krankenhausaufenthalt unter anderem Krankentagegeld für 28 Tage vorprozessual gezahlt. Für den weiteren stationären Aufenthalt hatte die Beklagte eine bis zum 31. Dezember 1985 befristete Leistungszusage erteilt. Der Streit der Parteien geht ausschließlich darüber, ob für die medizinisch notwendige Behandlung jeweils ein so langer Krankenhausaufenthalt erforderlich war, wie ihn die Klägerin in Anspruch nahm, oder ob diese Verweildauer das medizinisch notwendige Maß überstieg.

b) Soweit die Dauer der Krankenhausaufenthalte über den von der Beklagten anerkannten Zeitraum hinaus und die ärztlichen Leistungen medizinisch nicht notwendig waren, ist die Beklagte nach § 5 Abs. 2 MB/KK (i.d.F. 1976; bei Prölss/Martin, VVG 24. Aufl. als MB/KK 1976 noch abgedruckt die MB/KK 1966 - vgl. VerBAV 1976, 437) berechtigt, ihre Leistung auf einen angemessenen Betrag herabzusetzen. Bei dieser Regelung handelt es sich - entsprechend der Überschrift des § 5 MB/KK - um eine Einschränkung der Leistungspflicht des Versicherers. Für die tatsächlichen Voraussetzungen einer solchen Einschränkung der Leistungspflicht ist aber die Beklagte als Versicherer darlegungs- und beweisbelastet (ebenso Bach/Moser, Private Krankenversicherung, 1984, § 5 MB/KK Rdn. 65, 67, § 4 MB/KK Rdn. 59; Walther, NJW 1982, 2592; a.A. OLG Hamm, VersR 1984, 132, das bei der Begründung für seine Auffassung, die Kürzungsregelung sei auf die Krankentagegeldversicherung unanwendbar, übersieht, daß § 5 Abs. 2 i.d.F. 1966 bei der Neufassung 1976 weggefallen ist). Mit der Regelung des § 5 Abs. 2 MB/KK 1976 hat der Versiche-

rer - entgegen der in der mündlichen Verhandlung vorgetragenen Ansicht der Revisionserwiderung - das Risiko übernommen, daß ein Übermaß der Heilbehandlung nicht bewiesen werden kann. Beruht dies auf nicht ordnungsgemäßer Führung der Krankenblätter durch den behandelnden Arzt, geht dies zu Lasten des Versicherers und nicht des Versicherungsnehmers.

Damit die Beklagte nunmehr Gelegenheit erhält, ergänzend vorzutragen und Beweis anzutreten, muß die Sache an das Berufungsgericht zurückverwiesen werden.

Bundschuh

Rottmüller

Dr. Zopfs

Dr. Ritter

Römer