

8

Nachschlagewerk: ja
BGHZ: nein

AVB f. Krankheitskosten- u. Krankenhaustagegeldvers. - MB/KK -
§ 1 Abs. 2, § 2 Abs. 1, § 3;
AVB d. privaten Krankenvers. (hier: nach den Tarifen A, S, Z
und B, genehmigt durch Verfügung des BAV vom 21. März 1972)

- a) Eine Tarifbedingung, nach der der Krankenversicherer bei den in der allgemeinen Wartezeit eingetretenen Versicherungsfällen für die ärztlichen Behandlungen zu leisten hat, die nach Ablauf der Wartezeit erfolgen, greift gemäß § 2 Abs. 1 MB/KK nur dann zugunsten des Versicherten ein, wenn der Versicherungsfall nach Abschluß des Versicherungsvertrags eingetreten ist.
- b) Nimmt ein Versicherter einen Arzt in Anspruch, um die verbliebenen Folgen eines bestehenden und dem Versicherer bekannten Leidens (hier: durch eine neu entwickelte Operationsmethode) beheben oder lindern zu lassen, so "beginnt" die Heilbehandlung (§ 1 Abs. 2 MB/KK) jedenfalls mit der ersten ärztlichen Untersuchung, ohne Rücksicht darauf, ob der Arzt sofort die eigentlichen Heilmaßnahmen einleitet oder ob er sich dazu erst nach weiterer Prüfung des Falls entschließt.

BGH, Urt. v. 25. Januar 1978 - IV ZR 25/76 - OLG Hamburg
LG Hamburg

BUNDESGERICHTSHOF

IM NAMEN DES VOLKES

IV ZR 25/76

URTEIL

in dem Rechtsstreit

Verkündet am
25. Januar 1978
H e l l m a n n ,
Justizhauptsekretär
als Urkundsbeamter
der Geschäftsstelle

des D [REDACTED] R [REDACTED] Krankenversicherungsverein auf Gegen-
seitigkeit, vertreten durch seine Vorstandsmitglieder
Günther P [REDACTED] (Vorsitzender), Hans G [REDACTED], Viktor M [REDACTED]
[REDACTED], Gerhard S [REDACTED], Günther S [REDACTED], Karl-Heinz St [REDACTED]
[REDACTED], O [REDACTED]-W [REDACTED]-Strasse [REDACTED], H [REDACTED] [REDACTED]

Beklagten und Revisionsklägers,

- Prozeßbevollmächtigte: Rechtsanwälte Dr. [REDACTED]
und Dr. [REDACTED] -

gegen

die Steuersachbearbeiterin Brigitte L [REDACTED],
Auf der B [REDACTED], Ra [REDACTED]-D [REDACTED],

Klägerin und Revisionsbeklagte,

- Prozeßbevollmächtigter: Rechtsanwalt [REDACTED] -

- 2 -

Der IV. Zivilsenat des Bundesgerichtshofes hat auf die mündliche Verhandlung vom 14. Dezember 1977 durch den Vorsitzenden Richter Dr. Grell und die Richter Knüfer, Rottmüller, Dr. Hoegen und Dehner

für Recht erkannt:

Auf die Revision des Beklagten wird das Urteil des 7. Zivilsenats des Hanseatischen Oberlandesgerichts zu Hamburg vom 16. Dezember 1975 im Kostenpunkt und insoweit aufgehoben, als die Berufung des Beklagten gegen das Urteil des Landgerichts Hamburg, Zivilkammer 30, vom 3. Dezember 1974 zurückgewiesen worden ist.

Auf die Berufung des Beklagten wird das genannte Urteil des Landgerichts Hamburg abgeändert. Die Klage wird auch hinsichtlich des Zahlungsanspruchs von DM 9.603,94 nebst 4 % Zinsen seit dem 15. Juni 1973 abgewiesen.

Die Kosten des ersten Rechtszuges haben die Klägerin zu 8/9 und der Beklagte zu 1/9, die Kosten des zweiten Rechtszuges haben die Klägerin zu 7/9 und der Beklagte zu 2/9, die Kosten des Revisionsverfahrens hat die Klägerin in vollem Umfang zu tragen.

Von Rechts wegen



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



Tatbestand:

Die Klägerin hat vom Beklagten aus einer Krankenhauskostenversicherung Kostenersatz für drei stationäre Behandlungen in den Jahren 1972 und 1973 beansprucht. In der Revisionsinstanz streiten die Parteien nur noch um die Kosten der zweiten Krankenhausbehandlung.

Seit ihrer Kindheit leidet die Klägerin an einer beiderseitigen tuberkulösen Hüftgelenkserkrankung (Coxarthrose), die nach einer bis 1964 dauernden Behandlung zumindest klinisch ausgeheilt war. Eine erhebliche Gehbehinderung war jedoch zurückgeblieben.

Unter dem 11. März 1972 beantragte die - bei der Deutschen Angestelltenkrankenkasse (DAK) versicherte - Klägerin beim Beklagten eine Ergänzungsversicherung für Krankenhauskosten nach dem Tarif S (Tarifklasse S 02). In dem Versicherungsantrag gab sie u.a. an, daß sie sich im Frühjahr 1964 in der Universitätsklinik Bo einer Operation unterzogen habe, damit die Nachwirkungen der Tuberkulose vermindert würden; auf die Frage, welche Folgen und Beschwerden zurückgeblieben seien, führte sie ihre Gehbehinderung auf. Die in dem Antragsformular weiter gestellten Fragen, ob sie zur Zeit in Behandlung stehe (Nr. 4) und ob eine Krankenhausbehandlung oder eine Operation angeraten und bisher nicht durchgeführt worden sei (Nr. 7), verneinte sie. In einer "Zusatzerklärung" vom 10. April 1972 stimmte die Klägerin einem Risikozuschlag von DM 8,20 (pro Monat) zu, so daß sich die Monatsprämie auf DM 35,50 erhöhte. Den entsprechenden Versicherungsschein stellte der Beklagte am

25. April 1972 aus. Darin war als "Beginn der Versicherung" - wie von der Klägerin beantragt - der 1. März 1972 genannt.

Zuvor hatte die Klägerin zweimal - am 6. März und 11. April 1972 - den Chefarzt der Chirurgischen Klinik der Krankenanstalten der Stadt Re[REDACTED], Dr. We[REDACTED], aufgesucht, was sie im Versicherungsantrag nicht angab und dem Beklagten auch nicht nachmeldete. Vom 17. Juli bis 21. August 1972 sowie vom 24. Oktober bis 6. Dezember 1972 befand sich die Klägerin in der genannten Klinik. Am 20. Juli 1972 operierte Dr. Weber das rechte, am 26. Oktober 1972 das linke Hüftgelenk der Klägerin. Nach einem am 13. November 1973 erlittenen Unfall, bei dem die Klägerin eine Oberschenkelfraktur rechts davongetragen hatte, wurde sie vom 13. November bis 21. Dezember 1973 stationär behandelt. Im Verlauf dieser Behandlung operierte Dr. We[REDACTED] die Klägerin am 22. November 1973 wiederum am rechten Hüftgelenk und ersetzte die am 20. Juli 1972 eingesetzte Hüftgelenksprothese durch eine neue.

Der Beklagte hat den Kostenersatz für die beiden ersten Krankenhausaufenthalte und Operationen in vollem Umfang abgelehnt; für die dritte stationäre Behandlung hat er den Tagessatz und die Nebenkosten erstattet, dagegen eine Leistung auf die durch die Operation entstandenen Arztkosten verweigert. Er hat vorgetragen: Mit den beiden Konsultationen vom 6. März und 11. April 1972 habe die Heilbehandlung der Hüftgelenke schon begonnen; folglich sei der Versicherungsfall bereits vor Abschluß des Versicherungsvertrags eingetreten. Die dritte Operation stelle wegen ihres ursächlichen Zusammenhangs mit den ersten beiden Operationen keinen neuen Versicherungsfall dar. Überdies sei er (der Beklagte) auch deshalb von jeglicher Leistungspflicht hinsichtlich der Hüftgelenksoperationen gemäß seinen "Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten-

versicherung der Tarife A, S, Z und B und die Krankenhaus-tagegeldversicherung des Tarifes H" (im folgenden: AVB) befreit, weil die Klägerin die Fragen 4 und 7 im Versicherungsantrag unrichtig beantwortet habe; Dr. We■■■■ habe ihr schon am 6. März sowie am 11. April 1972 die Hüftgelenksoperation angeraten.

Nach teilweiser Klagerücknahme hat die Klägerin vor dem Landgericht für den ersten Klinikaufenthalt noch DM 8.385,12 und für den zweiten Klinikaufenthalt noch DM 9.603,94 eingeklagt; bei diesen Beträgen handelt es sich jeweils um den von der D■■■■ nicht vergüteten Teil der Kosten. Ferner hat die Klägerin beantragt festzustellen, daß der Beklagte verpflichtet sei, allen Schaden zu ersetzen, der ihr aus der Nichtgewährung der vertraglich vereinbarten Leistungen entstehe. Das Landgericht hat die Zahlungsklage hinsichtlich der Kosten des ersten Klinikaufenthalts abgewiesen; der Zahlungsklage hinsichtlich der Kosten des zweiten Klinikaufenthalts (nebst 4 % Zinsen seit dem 15. Juni 1973) sowie dem Feststellungsantrag hat es stattgegeben. Hiergegen hat der Beklagte Berufung eingelegt. Mit der Anschlußberufung hat die Klägerin die Kosten des dritten Klinikaufenthalts beziffert und - nach einer Ermäßigung - einen weiteren Zahlungsanspruch von DM 4.276,27 geltend gemacht. Soweit der Beklagte die Verurteilung zur Zahlung (DM 9.603,94 nebst Zinsen) angefochten hat, hat das Oberlandesgericht die Berufung zurückgewiesen. Im übrigen hat es das Urteil des Landgerichts auf Berufung und Anschlußberufung abgeändert, den Feststellungsantrag abgewiesen und den Beklagten zur Zahlung weiterer DM 4.276,27 verurteilt.

Mit der zugelassenen Revision verfolgt der Beklagte seinen Antrag weiter, die Klage hinsichtlich des Betrags von DM 9.603,94 abzuweisen. Die Klägerin beantragt, die Revision zurückzuweisen.

Entscheidungsgründe:

Die Revision ist begründet.

Die Klägerin hat gegen den Beklagten keinen Anspruch auf (teilweise) Erstattung der Kosten der zweiten stationären Behandlung.

I.

Das Berufungsgericht hat seine Entscheidung zu diesem Zahlungsanspruch im wesentlichen folgendermaßen begründet:

1. Es komme hierfür weder auf den technischen oder den materiellen Versicherungsbeginn noch darauf an, ob ein sogenannter gedehnter Versicherungsfall vorgelegen habe. Beginne nämlich die Behandlungsbedürftigkeit schon vor dem Ende der Wartezeit (§ 3 AVB), so sei zwar nach dem Wortlaut des § 2 Abs. 1 Satz 2 AVB zweifelhaft, ob die Entschädigungspflicht des Beklagten wenigstens für die nach Ablauf der Wartezeit vorgenommenen Heilbehandlungsmaßnahmen bestehe; insbesondere könnten sich dann auch insofern Zweifel erheben, ob der gedehnte Versicherungsfall des § 1 Abs. 2 Satz 2 AVB schon mit Beginn der Behand-

0

lungsbedürftigkeit als solcher "eingetreten" sei. Diese Zweifelsfragen seien hier aber durch den Versicherungsvertrag selbst geklärt. Nach § 4 der Tarifbedingungen (im folgenden: TB) des Beklagten werde nämlich für Versicherungsfälle, die in der allgemeinen Wartezeit eingetreten seien und darüber hinaus andauerten, bereits für die Behandlungen geleistet, die nach Ablauf der Wartezeit erfolgten. Die allgemeine Wartezeit sei hier spätestens Ende Juli 1972 - also vor dem zweiten Klinikaufenthalt - abgelaufen gewesen.

2. Demnach komme - so hat das Berufungsgericht weiter ausgeführt - nur ein Leistungsausschluß gemäß Nr. 13 TB in Betracht, wonach keine Leistungspflicht bei Krankheiten bestehe, die in den letzten 12 Monaten vor Versicherungsbeginn oder vor dem Zugang des Versicherungsscheins behandelt, aber im Versicherungsantrag nicht angezeigt worden seien. Nr. 13 TB greife indessen nicht ein, weil die Heilbehandlung der Klägerin durch Dr. W. [REDACTED] vor Versicherungsbeginn oder vor Zugang des Versicherungsscheins nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme noch nicht begonnen habe.

II.

Die Revision rügt mit Recht, daß das Berufungsurteil zu dem hier untersuchten Zahlungsanspruch auf einer fehlerhaften Auslegung und Anwendung der Nr. 4 TB (siehe oben I. 1.) beruht. Diese Klausel gilt nicht für Versicherungsfälle, die noch vor Vertragsschluß eingetreten sind.

1. Die AVB des Beklagten gliedern sich in zwei Teile. In Teil I sind die §§ 1 bis 18 der "Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK)" (veröffentlicht in VerBAV 1966, 247 ff.) wörtlich übernommen worden. Teil II besteht aus den "Tarifbedingungen (TB)" des Beklagten. Auf die Tarifbedingungen wird in Teil I verwiesen; dort bestimmt § 4 Abs. 1, daß sich Art und Höhe der Versicherungsleistungen aus dem Tarif mit Tarifbedingungen ergeben. Die vom Berufungsgericht herangezogene Tarifbedingung Nr. 4 lautet:

" Für Versicherungsfälle, die in der allgemeinen Wartezeit eingetreten sind und darüberhinaus andauern, wird bereits für die Behandlungen geleistet, die nach Ablauf der Wartezeit erfolgen. "

Die dort genannte allgemeine Wartezeit beträgt gemäß § 3 Abs. 2 AVB drei Monate; sie "rechnet" nach § 3 Abs. 1 AVB vom "Versicherungsbeginn" an.

2. Bei reiner Wortauslegung der vorgenannten AVB-Klauseln wäre allerdings das Ergebnis möglich, daß Nr. 4 TB auch solche Versicherungsfälle erfaßt, die zwar vor Abschluß des Versicherungsvertrags, aber nach "Versicherungsbeginn" eingetreten sind. Denn in § 3 Abs. 1 AVB ist mit dem Begriff "Versicherungsbeginn" (von dem an die allgemeine und die besonderen Wartezeiten "rechnen") nicht der (materielle) Beginn des Versicherungsschutzes, sondern der sogenannte "technische Versicherungsbeginn" gemeint. Das ist derjenige Zeitpunkt, von dem an die vereinbarte Prämie zu entrichten ist (BGH VersR 1956, 250). In der privaten Krankenversicherung pflegt außerdem der Beginn der vereinbarten Wartezeiten an diesen Zeitpunkt anzuknüpfen (vgl. BGH

VersR 1976, 851, 852). Daß dies auch für den Versicherungsvertrag der Parteien zutrifft, ergibt sich klar aus der Definition des "Versicherungsbeginns" in § 2 Abs. 1 AVB. Satz 1 dieser Klausel lautet:

" Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluß des Versicherungsvertrags, nicht vor Zahlung des ersten Beitrags bzw. der ersten Beitragsrate und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. "

Demgegenüber wird der materielle Versicherungsbeginn, von dem ab also der Versicherer die Gefahr tatsächlich trägt, in den AVB des Beklagten nicht "Versicherungsbeginn", sondern "Beginn des Versicherungsschutzes" genannt, wie die gleichlautende Überschrift des § 2 AVB, dessen schon zitierter Absatz 1 Satz 1 sowie auch Absatz 1 Satz 2 dieser Klausel zeigen:

" Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. "

Als (technischen) "Versicherungsbeginn" haben die Parteien den 1. März 1972, also ein Datum vereinbart, das vor den beiden ersten Konsultationen des Chirurgen Dr. W. [REDACTED], aber auch vor dem Abschluß des Versicherungsvertrages lag, der unstreitig erst mit der Übersendung des Versicherungsscheins vom 25. April 1972 zustandegekommen ist.

3. Die dem Versicherungsnehmer günstige Deutung, daß Nr. 4 TB alle nach dem technischen Versicherungsbeginn eingetretenen Versicherungsfälle erfaßt, selbst wenn der Ver-

sicherungsvertrag erst später abgeschlossen worden ist, ist jedoch nicht die einzig mögliche Auslegung des Wortsinns der Klausel. Wie noch zu zeigen sein wird, steht der Wortlaut der Nr. 4 TB auch einer Auslegung nicht entgegen, die nicht allein auf den technischen Versicherungsbeginn abstellt. Dann aber sind für die Frage, inwieweit Nr. 4 TB die Regelung des § 2 Abs. 1 AVB abändert, neben dem Wortlaut der Sinnzusammenhang der AVB, in den die auszulegende Bestimmung hineingestellt ist, sowie der mit der Klausel verfolgte versicherungswirtschaftliche Zweck, soweit er in der Bestimmung - sei es auch nur unvollkommen - zum Ausdruck gekommen ist, für die Auslegung maßgebend (vgl. BGH VersR 1967, 652; 1955, 732, 733; vgl. auch BGH VersR 1957, 145; 1968, 762). Die Auslegung führt hier zu dem Ergebnis, daß Nr. 4 TB zugunsten des Versicherten nur dann eingreift, wenn der Versicherungsfall - trotz früheren technischen Versicherungsbeginns - erst nach dem Abschluß des Versicherungsvertrags eingetreten ist. Folgende Erwägungen sind hierfür maßgeblich:

a) Wenn die AVB des Beklagten die Nr. 4 TB nicht enthielten, brauchte der Beklagte für Versicherungsfälle, die zwischen Vertragsschluß und Ablauf der Wartezeit eintreten, gemäß § 2 Abs. 1 AVB auch hinsichtlich solcher Behandlungsmaßnahmen nichts zu leisten, die erst nach Ablauf der Wartezeit vorgenommen werden. Denn nach der in § 1 Abs. 2 AVB gegebenen Definition ergreift der "Versicherungsfall" die gesamte medizinisch notwendige Heilbehandlung eines Krankheitsfalls. Satz 1 und 2 des § 1 Abs. 2 AVB lauten:

" Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. "

Diese Bestimmung des Versicherungsfalls entspricht dem in der privaten Krankenversicherung heute üblichen Begriff des "gedehnten Versicherungsfalls" (vgl. BGH VersR 1974, 741; 1976, 851), der sich nicht in einem einmaligen Ereignis vollendet, sondern einen Zustand des Versicherten mit Beginn (der Heilbehandlung) und Ende (der Behandlungsbedürftigkeit) umfaßt.

b) Soweit der in § 2 Abs. 1 AVB vorgesehene völlige Leistungsausschluß für die zwischen Vertragsschluß und Wartezeitende eingetretenen Versicherungsfälle auf der Vereinbarung der allgemeinen Wartezeit beruht, schränkt Nr. 4 TB diese Rechtsfolge dahin ein, daß für die nach Ablauf der Wartezeit vorgenommenen Behandlungen doch Versicherungsschutz gewährt wird. Damit wandelt Nr. 4 TB die allgemeine Wartezeit zu einer bloßen "Karenzzeit" ab (vgl. Tauer/Linden, Private Krankenversicherung 1965, S. 42; Balzer/Aumüller, Tarife und Bedingungen der Privaten Krankenversicherung 1972, 19. Folge, S. 63). Darin erschöpft sich aber die Bedeutung dieser Klausel. Sie grenzt nur die Auswirkungen der allgemeinen Wartezeit auf den Versicherungsschutz ein und ändert insoweit § 2 Abs. 1 Satz 2 AVB ab, läßt aber im übrigen die Regelung des § 2 Abs. 1 AVB unberührt.

Liegt der technische Versicherungsbeginn vor dem Vertragsschluß und tritt zwischen diesen beiden Zeitpunkten ein Versicherungsfall ein, so fällt dieser zwar formal schon in die allgemeine Wartezeit. Das ist aber für die Frage des Versicherungsschutzes unerheblich; maßgeblich ist vielmehr, daß es sich dann um einen vorvertraglichen Versicherungsfall handelt, für den schon deshalb grundsätzlich kein Versicherungsschutz besteht (vgl. BGH VersR 1956, 250). Nach ihrem versicherungswirtschaftlichen Zweck sind Wartezeiten allein für die Zeit nach Vertragsschluß rechtlich relevant. Die allgemeine Wartezeit stellt einen zeitlich begrenzten Risikoausschluß dar, mit dem die Krankenversicherer zwei hauptsächliche Zwecke verfolgen: Zum einen wollen sie das subjektive Risiko eindämmen; es soll verhindert oder zumindest erschwert werden, daß Versicherungsnehmer die Heilbehandlung einer schon erkennbaren Krankheit auf einen Zeitpunkt nach Abschluß des Versicherungsvertrags verschieben oder überhaupt nur wegen einer solchen Krankheit den Versicherungsvertrag abschließen. Zum anderen haben die Wartezeitklauseln die Funktion der früher in fast allen AVB der Krankenversicherer enthaltenen Klauseln übernommen, die die vorvertraglichen, objektiv schon vorhandenen und bei Vertragsschluß möglicherweise noch nicht erkannten Krankheiten ("alte Leiden") von den Versicherungsleistungen ausschlossen; mit einer notwendig starren, generalisierenden zeitlichen Begrenzung dienen die Wartezeitklauseln dazu, solche Krankheiten aus dem Versicherungsschutz auszuklammern (BGH VersR 1976, 851, 852). Der auf diesen Zweckgedanken beruhende Risikoausschluß kann seine ihm eigentümliche Wirkung nur ab Vertragsschluß bis zum Wartezeitende entfalten. Daran kann und soll auch eine ein-

8

zelvertragliche Vereinbarung, daß der technische Versicherungsbeginn (und damit der "rechnerische" Beginn der Wartezeiten) vor dem Vertragsschluß liegt, nichts ändern. Hinsichtlich der Wartezeit bedeutet eine solche Vereinbarung der Sache nach nur eine Verkürzung der Laufzeit. Unter diesem Blickwinkel steht auch der Wortlaut der Nr. 4 TB der hier dargelegten einengenden Auslegung nicht entgegen, wenn man nämlich berücksichtigt, daß der eigentliche Anfang der Wartezeiten gemäß ihrem versicherungswirtschaftlichen Zweck erst in dem Zeitpunkt zu erblicken ist, an dem die übrigen Voraussetzungen für den materiellen Beginn des Versicherungsschutzes erfüllt sind. Bei früherem technischen Versicherungsbeginn wird zwar der zurückliegende Zeitraum in die Wartezeitberechnung (§ 3 Abs. 1 AVB) einbezogen. Maßgeblich für Nr. 4 TB ist jedoch nur die Zeitspanne, die als Wartezeit - ihrem Zweck entsprechend - wirkt, indem sie den Eintritt des Versicherungsschutzes hinauschiebt; sie beginnt erst in dem genannten späteren Zeitpunkt.

III.

Demnach kommt es darauf an, ob der Versicherungsfall, zu dem die zweite stationäre Behandlung der Klägerin vom 24. Oktober bis 6. Dezember 1972 gehört, vor oder nach Abschluß des Versicherungsvertrags mit dem Beklagten eingetreten ist.

1. § 1 Abs. 2 AVB legt den Eintritt des Versicherungsfalls für alle Tarife dieser Versicherungsbedingungen (Krankheitskosten-, Krankenhauskosten- und Krankentagegeld-

versicherung) auf den Beginn der Heilbehandlung fest. Daher tritt bei der hier vorliegenden Krankenhauskostenversicherung (Tarif S) der Versicherungsfall nicht erst am ersten Tage der stationären Behandlung, sondern schon mit dem Beginn einer eventuell vorausgegangenen ambulanten Behandlung, die später stationär fortgesetzt wird, ein.

2. Das Berufungsgericht hat die Frage, ob der Chirurg Dr. W. [REDACTED] die operative Heilbehandlung des beiderseitigen Hüftgelenkleidens der Klägerin schon mit den Konsultationen vom 6. März und 11. April 1972 begonnen habe, zwar nicht unter dem Blickwinkel des § 2 Abs. 1 AVB, wohl aber im Hinblick auf den Leistungsausschluß gemäß Nr. 13 TB untersucht (siehe oben I. 2.). Der Revision ist auch darin zuzustimmen, daß das Berufungsgericht den Beginn der Heilbehandlung zumindest für die zweitgenannte Konsultation zu Unrecht abgelehnt hat. Schon nach dem Vortrag der Klägerin steht fest, daß der Versicherungsfall spätestens am 11. April 1972 - also vor Vertragsschluß - eingetreten ist.

a) Nach dem Vorbringen der Klägerin, das sie in der Berufungsinstanz präzisiert hat und das auch mit der zweitinstanzlichen Zeugenaussage des Dr. W. [REDACTED] im wesentlichen übereinstimmt, ist von folgendem Sachverhalt auszugehen:

Die Klägerin suchte Dr. W. [REDACTED] am 6. März 1972 ohne akuten Anlaß auf. Ihr ging es um die Frage, ob ihre erhebliche, auch mit Schmerzen verbundene Gehbehinderung operativ verbessert werden konnte. Dr. W. [REDACTED] untersuchte sie an diesem Tage nicht. Er riet ihr noch nicht, sich einer Hüftgelenksoperation zu unterziehen, weil er sich erst weitere

Informationen verschaffen mußte, bevor er einen Rat auf ihre Frage geben konnte. Er bezeichnete zunächst Röntgenaufnahmen als notwendig, um für die vorzunehmende Untersuchung exakte Unterlagen zu haben. Am 11. April 1972 ließ er selbst neue Röntgenaufnahmen von der Klägerin machen; eine weitere körperliche Untersuchung fand auch an diesem Tage nicht statt. Aufgrund der Röntgenaufnahmen führte Dr. W. [REDACTED] wenig später, um seine Entscheidung abzuklären, eine Korrespondenz mit einem Fachkollegen, Prof. M. [REDACTED] in B. [REDACTED]. Erst nachdem dessen Rückäußerung eingegangen war und Dr. W. [REDACTED] die Klägerin gründlich untersucht hatte, entschloß er sich am 30. Mai 1972, zunächst einseitig eine Hüftgelenkoperation durchzuführen, um dann je nach dem Ausfall dieser Operation darüber zu befinden, ob und gegebenenfalls welche Maßnahmen am anderen Hüftgelenk ergriffen werden sollten.

b) Dieser vorgetragene Sachverhalt ist - bezogen auf den behandelnden Arzt Dr. W. [REDACTED] - als ein kontinuierlicher Entscheidungsprozeß zu bezeichnen, der möglicherweise schon am 6. März 1972, spätestens aber am 11. April 1972 begonnen und am 30. Mai 1972 mit dem Entschluß, eine operative Heilbehandlung durchzuführen, einen vorläufigen Abschluß gefunden hat. Dieser Entscheidungsprozeß mit den dazugehörigen Beratungen und Untersuchungen ist ein wesentlicher Bestandteil der Gesamtbehandlung und darf versicherungsrechtlich (unter der Geltung des Begriffs des gedehnten Versicherungsfalls) weder vom eigentlichen operativen Heileingriff getrennt noch in sich auseinandergerissen werden. Wie der Bundesgerichtshof schon mehrfach entschieden hat (BGH VersR 1956, 186; 1957, 55), gehört zur "Behandlung" einer Krankheit nicht nur die unmittelbare Heiltätigkeit, sondern auch

schon die erste ärztliche Untersuchung, die auf die Erkennung des Leidens abzielt, ohne Rücksicht darauf, ob sofort oder erst nach weiteren Untersuchungen eine endgültige und richtige Diagnose gestellt und mit den eigentlichen Heilmaßnahmen begonnen worden ist. Bei schon bekannten Krankheiten, bei denen es Arzt und Patient - wie hier - darum geht, nach in sich abgeschlossener erster Behandlungsphase verbliebene Krankheitsfolgen zu beheben oder zu lindern, ist zwar eine ärztliche Untersuchung zur Erkennung des Leidens oft gar nicht mehr notwendig. Aber auch in diesen Fällen beginnt die (neue) Heilbehandlung mit der ersten Inanspruchnahme jeglicher ärztlicher Tätigkeit, die durch die betreffende Krankheit verursacht worden ist, sofern die Tätigkeit des Arztes von ihrer Art her in den Rahmen der medizinisch notwendigen Krankenpflege fällt.

Bei seiner gegenteiligen Auffassung verkennt das Berufungsgericht folgendes: Wenn die beiderseitigen Hüftgelenksoperationen eine "medizinisch notwendige" Heilbehandlung waren - und daran zweifeln beide Parteien zu Recht nicht -, so war die vorbereitende Tätigkeit Dr. W. [REDACTED] gleichermaßen notwendig. Mit dieser Vorbereitung hat Dr. Weber spätestens am 11. April 1972 zielstrebig begonnen, indem er selbst Röntgenaufnahmen von der Klägerin hat machen lassen sowie - laut den Feststellungen des Berufungsgerichts - den Befund mit ihr erörtert und "die sich daraus für die Zukunft eventuell ergebenden Weiterungen" besprochen hat; eine derartige Tätigkeit ist für sich schon als ärztliche "Untersuchung" anzusehen. Ihr Ergebnis hat Dr. W. [REDACTED] im vorliegenden Fall veranlaßt, noch einen Fachkollegen zur Abklärung der Behandlungsmethode zu Rate zu ziehen, bevor er sich zur Operation entschlossen hat. Wie es im Falle

einer noch nicht erkannten Krankheit für den Beginn der Heilbehandlung unerheblich ist, ob der Arzt sogleich eine bestimmte oder sogar die richtige Diagnose stellt, kommt es auch bei der Behandlung eines schon bekannten Leidens nicht darauf an, ob der Arzt schon bei der ersten Untersuchung eine bestimmte Behandlungsweise anrät. Die Heilbehandlung "beginnt" vielmehr auch dann sofort, wenn der Arzt zunächst schwankt, ob überhaupt oder gegebenenfalls welche von mehreren in Betracht kommenden Heilmaßnahmen er ergreifen soll, dies mit dem Patienten erörtert und sodann mit dessen Zustimmung zu prüfen anfängt, welche Behandlungsmethode die beste ist. Die Ansicht des Berufungsgerichts würde zu dem befremdlichen Ergebnis führen, daß die Klägerin auch dann, wenn alle übrigen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt gewesen wären, für die vorbereitende Tätigkeit Dr. W. bis zum 30. Mai 1972, als er den Entschluß zur Operation faßte, keine Versicherungsleistungen hätte beanspruchen können, obwohl schon die vorhergehende Untersuchung der Besserung ihres Leidens - der schmerzhaften Gehbehinderung - dienen sollte.

Der spätestens am 11. April 1972 eingetretene Versicherungsfall umfaßt auch noch die zweite stationäre Behandlung vom 24. Oktober bis 6. Dezember 1972. Gegen diese Beurteilung spricht nicht der Umstand, daß Dr. W. am 30. Mai 1972 sowie bei der ersten Operation vom 20. Juli 1972 noch nicht fest entschlossen war, nach dem rechten auch das linke Hüftgelenk zu operieren, sondern zunächst den Ausgang der ersten Operation abwarten wollte. Dr. W. hatte seine Untersuchung bei der Röntgenaufnahme am 11. April 1972 auf beide Hüftgelenke erstreckt. In der Folgezeit hatte er für beide Hüftgelenke geprüft, ob

eine Besserung der Gehbehinderung medizinisch möglich und mit welcher Behandlungsmethode sie am ehesten zu erzielen war. Da er aus medizinischen Gründen - nicht zuletzt wegen des Rates seines Fachkollegen - von einer gleichzeitigen Operation beider Hüftgelenke absah, um das Operationsrisiko in Grenzen zu halten, mußte er sich zunächst für ein Hüftgelenk entscheiden. Diese Entscheidung, die auf das rechte Hüftgelenk fiel, bedeutete aber nicht, daß die (spätestens) am 11. April 1972 ebenfalls begonnene Heilbehandlung des linken Hüftgelenks am 30. Mai 1972 endgültig abgebrochen wurde; sie blieb vielmehr solange in der Schwebe, bis aus der ersten Operation weitere Erkenntnisse gewonnen werden konnten. Das operativ zu behandelnde Leiden der Klägerin war nach der ersten Operation hinsichtlich des nicht operierten linken Hüftgelenks weiterhin "behandlungsbedürftig" (§ 1 Abs. 2 AVB). Folglich dauerte der Versicherungsfall, der von vornherein beide Hüftgelenke umfaßt hatte, an. Nur wenn sich aufgrund des Ausgangs der ersten Operation - etwa wegen der befürchteten Reaktivierung des Grundleidens (der Knochen-Tbc) - eine Kontraindikation ergeben hätte, jetzt noch das linke Hüftgelenk zu operieren, wenn also die weitere operative Heilbehandlung medizinisch nicht zu verantworten gewesen wäre, hätte eine Behandlungsmöglichkeit und damit eine Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr bestanden. Diese Entwicklung hat aber die Heilbehandlung des beiderseitigen Hüftgelenkleidens nicht genommen. Infolgedessen endete der spätestens am 11. April 1972 eingetretene Versicherungsfall erst nach der (erfolgreichen) zweiten stationären Behandlung.

c) Im Streitfall rechtfertigt auch die Erwägung des Berufungsgerichts, der Beklagte habe mit dem Risikozuschlag

zur Prämie versicherungsrechtlich das Risiko übernommen, für eine moderne Behandlungsweise des bekannten Dauerleidens der Klägerin aufzukommen, keine andere Beurteilung. Es kann offenbleiben, wie zu entscheiden wäre, wenn der Beklagte bei Vertragsschluß von den beiden ersten Konsultationen der Klägerin bei Dr. W. [REDACTED] gewußt hätte. Unstreitig hatte der Beklagte hiervon zu jener Zeit noch keine Kenntnis. Dann muß aber auch für das "Risiko einer modernen Behandlungsweise" festgestellt werden, wann der konkrete Versicherungsfall eingetreten ist; ist dies vor Vertragsschluß geschehen, so ändern der Risikozuschlag und die Kenntnis des Versicherers vom Altleiden nichts daran, daß dieser Versicherungsfall noch nicht gedeckt ist. Indem für die erste und zweite Operation noch kein Versicherungsschutz gewährt wird, wird die mit dem Risikozuschlag erkaufte Einbeziehung des Altleidens in den Versicherungsvertrag - entgegen der in der Revisionserwiderung geäußerten Ansicht - auch nicht entwertet. Zwar mögen die beiden ersten Operationen die Krankheitsfolgen, also die Gehbehinderung, in einer nach dem derzeitigen Stand der ärztlichen Kunst optimalen Weise gebessert haben. Dennoch ist es durchaus möglich, daß die Coxarthrose zu neuen Versicherungsfällen führen wird, für die der vereinbarte Versicherungsschutz seinen Sinn behält. Das zeigt schon der bisher bekannte Verlauf nach der zweiten Operation. Im Zusammenhang mit einem Unfall hat das Hüftgelenksleiden der Klägerin eine dritte stationäre Behandlung vom 13. November bis 21. Dezember 1973 verursacht, die vom Berufungsgericht zu Recht als neuer Versicherungsfall beurteilt worden ist.

IV.

Die Kostenentscheidung folgt aus den §§ 91, 92 Abs. 1, 271 Abs. 3 (a.F.) ZPO, wobei der vom Senat für die erste und zweite Instanz festgesetzte Streitwert berücksichtigt worden ist.

Dr. Grell

Knüfer

Rottmüller

Dr. Hoegen

Dehner