

43

BUNDESGERICHTSHOF

IM NAMEN DES VOLKES

IV ZR 6/71

URTEIL

Verkündet am

7. Juli 1971

Blecher,

Justizhauptsekretär

als Urkundsbeamter

der Geschäftsstelle

in dem Rechtsstreit

des Alfons G [REDACTED], K [REDACTED] Zur A [REDACTED],

Klägers und Revisionsklägers,

- Prozeßbevollmächtigter: Rechtsanwalt [REDACTED] -

gegen

die G i [REDACTED] V [REDACTED]-AG, vertreten durch ihren
Vorstand Gerd V [REDACTED], Dr. Kurt K [REDACTED], Horst B [REDACTED],
Gerhard T [REDACTED], D [REDACTED], G [REDACTED]-Straße [REDACTED],

Beklagte und Revisionsbeklagte,

- Prozeßbevollmächtigter: Rechtsanwalt Dr. [REDACTED] -

Der IV. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs hat auf die mündliche Verhandlung vom 7. Juli 1971 unter Mitwirkung des Senatspräsidenten Dr. Hauß sowie der Bundesrichter Dr. Pfretzschner, Dr. Reinhardt, Dr. Bukow und Dr. Buchholz

für Recht erkannt:

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des 4. Zivilsenats des Oberlandesgerichts Koblenz vom 26. November 1970 wird zurückgewiesen.

Der Kläger hat die Kosten des Revisionsverfahrens zu tragen.

Von Rechts wegen

Tatbestand:

Der Kläger hatte bei der Beklagten eine Krankenversicherung abgeschlossen. In die Versicherung war auch die Ehefrau des Klägers einbezogen. Diese befand sich vom 26. Januar bis 3. Mai 1968 stationär in der Dr. v. E. 'schen Klinik in A., nach Darstellung des Klägers wegen einer psychischen Erkrankung. Sie erhielt dort auch Bäder und Massagen und machte Gymnastik und eine Schlafkur mit. Die Begleichung der vom Kläger für diesen stationären Aufenthalt bezahlten Rechnungen in Höhe von

- 3 -

4.957,20 DM hatte die Beklagte mit Schreiben vom 12. September 1968 mit der Begründung abgelehnt: Bei der aufgesuchten Anstalt handele es sich um eines der Häuser, wie sie in § 4 Abs. 5 der Musterbedingungen genannt seien. Da vom Kläger vor Beginn der Behandlung nicht die schriftliche Genehmigung eingeholt worden sei, könne die Beklagte zu einer Leistungspflicht nicht herangezogen werden.

Gegen diesen Bescheid wendet sich der Kläger. Er hat hierzu vorgetragen: Seine Ehefrau sei zu einer notwendigen Krankenhausbehandlung in der Dr. v. E[REDACTED]'schen Klinik gewesen. Die Klinik sei eine geschlossene Nervenheilanstalt. Die Tatsache, daß seine Ehefrau während des stationären Aufenthalts Massagen und Bäder erhalten sowie Gymnastik und eine Schlafkur mitgemacht habe, ändere nichts daran, daß es sich um eine notwendige Heilbehandlung und nicht um eine Kur gehandelt habe. Es verstoße deshalb gegen Treu und Glauben, wenn sich die Beklagte nunmehr auf ihre Musterbedingungen berufe.

Der Kläger hat beantragt, die Beklagte zu verurteilen, an ihn 4.957,20 DM nebst Zinsen zu zahlen.

Die Beklagte ist unter Berufung auf § 4 Abs. 5 ihrer Musterbedingungen dem Klagebegehren des Klägers entgetreten und hat um Abweisung der Klage gebeten.

Das Landgericht hat die Klage abgewiesen. Die Berufung des Klägers ist erfolglos geblieben.

Mit der vom Berufungsgericht zugelassenen Revision, um deren Zurückweisung die Beklagte bittet, verfolgt der Kläger sein Klagebegehren weiter.



Entscheidungsgründe:

Die Revision hat keinen Erfolg.

1. Das Berufungsgericht hat offen gelassen, ob es sich bei dem stationären Aufenthalt der Ehefrau des Klägers in der Dr. v. E[REDACTED]'schen Klinik in A[REDACTED] vom 26. Januar bis 3. Mai 1968 um eine medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit gehandelt hat, die einen Krankenhausaufenthalt erforderte. Es hat den Anspruch des Klägers lediglich daran scheitern lassen, daß es sich bei dieser Klinik um eine sog. "gemischte Anstalt" handele, in der auch Kuren und Sanatoriumsbehandlungen durchgeführt sowie Rekonvaleszenten aufgenommen würden, die Beklagte aber die nach § 4 Abs. 5 der Musterbedingungen erforderliche Zusage auf Gewährung der tariflichen Leistungen vor der stationären Behandlung der Ehefrau des Klägers in einer solchen gemischten Anstalt nicht schriftlich erteilt habe.

2. Nach § 4 Abs. 5 der Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK) werden für eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen eines öffentlichen oder privaten Krankenhauses nach Maßgabe des § 4 Abs. 4 MB/KK erfüllen, die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

Das Berufungsgericht hat diese, die Leistungspflicht der Beklagten einschränkende Klausel dahin ausgelegt: Die

Handlungsfreiheit des Versicherten, insbesondere die freie Arzt- und Krankenhausauswahl werde durch diese sog. Sanatoriumsklausel nicht grundsätzlich, sondern nur für ganz bestimmte Fälle eingeschränkt. Zwar sei die Klausel eng auszulegen. Das könne aber nicht dazu führen, ihre Grenzen dort zu sehen, wo im Einzelfall feststehe, daß der Patient die Kureinrichtungen einer solchen gemischten Anstalt nicht benutzt, sondern sich nur einer Krankenhausbehandlung im Sinne des § 4 Abs. 4 MB/KK unterzogen habe. Der Versicherer biete bei der Krankheitskostenversicherung Versicherungsschutz nur für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse, nicht jedoch für Kur- und Sanatoriumsbehandlung (§ 1 Abs. 1, 5 Abs. 1 d MB/KK). Der Aufenthalt eines Versicherungsnehmers in einer gemischten Anstalt sei für den Versicherer mit einem größeren Risiko verbunden. Denn er erschwere die Feststellung, ob es sich um eine medizinisch notwendige Krankenhausbehandlung und damit um einen Versicherungsfall handle oder um einen Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt, der nur der Festigung des Gesundheitszustandes des Patienten und nicht mehr der Behandlung einer Krankheit diene. Der Versicherer habe deshalb aus versicherungswirtschaftlichen und versicherungstechnischen Gründen ein berechtigtes Interesse daran, sein Risiko dadurch einzuschränken, daß er bei einem - dem Versicherungsnehmer grundsätzlich gestatteten - Aufenthalt in einer gemischten Krankenanstalt die Gewährung der tariflichen Leistungen von seiner vorherigen Zustimmung abhängig mache. Nur auf diese Weise könne er leichter und zuverlässiger prüfen, ob überhaupt ein Versicherungsfall vorliege, und sei in der Lage, seine Leistungspflicht in überschaubaren Grenzen zu halten. Dem Sinn und Zweck der

Klausel widerspreche es, wenn man dem Versicherer die Berufung auf sie immer dann versagen wollte, wenn der Versicherungsnehmer später nachweise, daß er die Kur- oder Sanatoriumseinrichtungen der gemischten Anstalt nicht in Anspruch genommen, sondern die gleiche Behandlung wie in einem reinen Krankenhaus erfahren habe. Damit wäre der Versicherer zu einer erschwerten und damit risikoreicheren nachträglichen Überprüfung gezwungen, die durch die Klausel gerade vermieden werden sollte. Bei einer Abwägung der beiderseitigen Interessen erscheine es auch nicht unzumutbar, wenn dem Versicherungsnehmer, der eine gemischte Krankenanstalt in Anspruch nehmen wolle, auferlegt werde, sich vorher mit dem Versicherer ins Benehmen zu setzen. Etwas anderes könne nur gelten, wenn der Versicherungsnehmer nicht die Möglichkeit der Wahl der Krankenanstalt und der vorherigen Zusage des Versicherers gehabt habe, etwa weil er nach einem Unfall unverzüglich in eine gemischte Anstalt verbracht worden sei. Ebenfalls könne die Klausel dann nicht durchgreifen, wenn der Versicherungsnehmer in einer gemischten Anstalt wegen eines Leidens behandelt worden sei, für das die speziellen Einrichtungen dieser Anstalt gar nicht gedacht seien und das deshalb in gleicher Weise auch in jedem allgemeinen Krankenhaus behandelt worden wäre, weil in einem solchen Fall, beispielsweise der Durchführung einer Blinddarmoperation in einer gemischten Anstalt, die Gefahr eines erhöhten Risikos für den Versicherer offensichtlich nicht gegeben sein könne. In diesen Fällen entspräche ein Beharren auf der Sanatoriumsklausel nicht mehr dem objektiven Sinn aller zum Vertragsinhalt gewordenen Bestimmungen.

3. Diese vom Berufungsgericht zutreffend nach objektiven Gesichtspunkten, losgelöst vom Willen und den Vorstellungen der jeweils Vertragsschließenden erfolgte Auslegung der Klausel (BGH VersR 1962, 33, 34) unterliegt der freien Nachprüfung durch das Revisionsgericht. Denn die Musterbedingungen der Beklagten haben einen typischen Inhalt und können in den Bezirken mehrerer Oberlandesgerichte zur Anwendung kommen. Diese Nachprüfung kann zu keinem anderen Ergebnis führen. Die Auslegung des Berufungsgerichts kann auch nicht als zu formal angesehen werden. Wenn der Zweck des Leistungsausschlusses darin besteht, gerade medizinischen Abgrenzungstreitigkeiten aus dem Wege zu gehen, kann es selbst in vermeintlichen Härtefällen nicht darauf abgestellt werden, ob die Behandlung für die gesamte Dauer lediglich in einem Krankenhaus durchgeführt werden konnte und mußte. Ein solcher Sachverhalt ist oft gar nicht objektiv nachprüfbar und schließt es nicht aus, daß insbesondere Patienten mit chronischen Leiden sich in solchen gemischten Anstalten aufnehmen und behandeln lassen, obwohl die zwingende Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung im Sinne der Versicherungsbedingungen gar nicht vorliegt.

4. Entscheidend kommt es daher darauf an, ob die Dr. v. E. [REDACTED]'sche Klinik in A. [REDACTED] als eine gemischte Anstalt im Sinne der die Leistungspflicht der Beklagten einschränkenden Klausel des § 4 Abs. 5 MB/KK anzusehen ist. Das Berufungsgericht hat dies bejaht aufgrund folgender Feststellungen:

Die nach § 30 der Gewerbeordnung durch die Bezirksregierung konzessionierte Privatklinik verfüge über eine

sog. Hauptabteilung zur Behandlung von Gemüts-, Nerven- und inneren Krankheiten und eine räumlich, wirtschaftlich und organisatorisch von ihr getrennte sog. Sanatoriumsabteilung. Die Klinik, die nur einen Namen führe, stehe unter einheitlicher Leitung und umfasse einen räumlich in sich geschlossenen Komplex. Nach außen trete sie, wie aus den Prospekten und Aufnahmebedingungen hervorgehe, und wie auch den vom Kläger vorgelegten Rechnungen zu entnehmen sei, als eine Einheit auf. Wie sich aus den von den Parteien vorgelegten Prospekten ergebe, umfasse die Klinik ein Hauptgebäude, ein Kurmittel- und Badehaus, mehrere Einzelhäuser sowie große Parkanlagen für die voneinander getrennten Abteilungen für 1. Neurologie, Neurosen und Grenzfälle der inneren Medizin und 2. seelisch Kranke. Die therapeutischen Bemühungen werden je nach Krankheitsfall unterstützt u. a. durch medizinische Bäder, Wechselbäder und leichte Kneippanwendungen. In der Abteilung für Neurologie usw. würden auch Entziehungskuren von Alkohol und anderen Suchtmitteln durchgeführt. In den Aufnahmebedingungen sei der Hinweis enthalten, daß Regelungen mit Krankenversicherungen und Kassen zweckmäßigerweise vor der Aufnahme erfolgen.

Diese Feststellungen tragen die Annahme des Berufungsgerichts, daß es sich bei der Dr. v. Ehrenwall'schen Klinik um eine gemischte Anstalt im Sinne des § 4 Abs. 5 MB/KK handelt. Die nach § 30 der Gewerbeordnung erfolgte Konzessionierung der Anstalt besagt nur, daß sie als Privatkanrankenanstalt betrieben werden darf, jedoch nicht, welche Ausgestaltung sie hat, d. h. ob es sich mehr um ein Sanatorium als um ein unter den Krankenhaustarif fallendes echtes Krankenhaus handelt. Auch die Firmierung läßt gerade bei Privatkanrankenanstalten erfahrungsgemäß häufig

ihren Charakter nicht mit Sicherheit erkennen. Ausschlaggebend kann hier nur die objektive Sachlage sein, und der Versicherungsnehmer muß, bevor er eine solche Privatkankeenanstalt in Anspruch nimmt, sich vorher über ihre tatsächliche Ausgestaltung unterrichten. In dem hier vorliegenden Fall lag eine solche Unterrichtung um so näher, als in den Aufnahmebedingungen der Anstalt der ausdrückliche Hinweis enthalten ist, daß Regelungen mit Krankenkassen zweckmäßigerweise vor der Aufnahme erfolgen.

Zutreffend hat das Berufungsgericht auch angenommen, daß die Gliederung in räumlich, wirtschaftlich und organisatorisch voneinander getrennte Abteilungen diese Abteilungen nicht zu selbständigen Anstalten machen könne. Dagegen spricht schon die Zusammenfassung der Abteilungen unter nur einem Namen, unter einheitlicher Leitung und auf einem räumlich in sich geschlossenen Komplex, mag auch die Sanatoriumsabteilung grundsätzlich nur für Patienten der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte Berlin und zweier Landesversicherungsanstalten bestimmt sein.

Da somit davon auszugehen ist, daß es sich bei der Dr. v. E. [REDACTED]'schen Klinik um eine gemischte Anstalt im Sinne des § 4 Abs. 5 MB/KK handelt, konnte eine tarifliche Leistungspflicht der Beklagten nur begründet werden, wenn einer der vom Berufungsgericht erörterten Ausnahmefälle vorlag oder die Beklagte die Leistungsgewährung vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hatte. Ein Ausnahmefall lag nicht vor, da nach dem eigenen Vortrag des Klägers seine Ehefrau die Dr. v. E. [REDACTED]'sche Klinik gerade auf ihrem Spezialgebiet in Anspruch nahm und nicht etwa wegen eines Leidens behandelt wurde, für das die speziellen Einrichtungen dieser Anstalt nicht gedacht waren,

vielmehr der Fall in gleicher Weise auch in jedem allgemeinen Krankenhaus behandelt worden wäre. Da aber un-
streitig von der Beklagten auch eine Leistungsgewährung
nicht schriftlich zugesagt worden war, hat das Berufungs-
gericht mit Recht den Ausschluß einer Leistungspflicht
der Beklagten angenommen.

5. Erfolglos muß die Rüge der Revision bleiben, das
Landgericht habe unter Verletzung von § 286 ZPO überse-
hen, daß der Kläger den das Vertragsverhältnis bestimmen-
den Versicherungsschein mit den zugrunde liegenden Allge-
meinen Versicherungsbedingungen vorgelegt habe. Die hier-
durch begründeten vertraglichen Beziehungen zwischen den
Parteien hätten aber nicht dadurch geändert werden können,
daß die Beklagte nachträglich ihre früheren Allgemeinen
Versicherungsbedingungen durch die Musterbedingungen er-
setzt habe.

Es kann dahinstehen, ob die Musterbedingungen nicht
auch zwischen den Parteien an die Stelle der früheren All-
gemeinen Versicherungsbedingungen getreten sind, da in
§ 6 Abs. 6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen be-
stimmt ist, daß die Grundbedingungen und Tarife mit Ge-
nehmigung der Aufsichtsbehörde auch mit Wirkung für be-
stehende Versicherungsverhältnisse geändert werden können.
Denn selbst wenn man die betreffende Klausel der Allge-
meinen Versicherungsbedingungen heranzieht, ändert dies
nichts an der Rechtslage. Diese Klausel lautet: Als
Krankenhäuser gelten jedoch nicht solche Anstalten,
in denen auch Kuren durchgeführt oder Rekonvaleszenten
aufgenommen werden. Ein Vergleich der beiden Bestimmungen
ergibt, daß der Versicherte nach den Musterbedingungen

sogar besser gestellt ist, als ihm bei Inanspruchnahme solcher Anstalten Versicherungsleistungen gewährt werden können, wenn sie vorher schriftlich zugesagt worden sind, während die Allgemeinen Versicherungsbedingungen diese Anstalten nicht als Krankenhäuser gelten lassen und damit eine Behandlung in ihnen schlechthin vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist.

6. Danach ist die Revision als unbegründet zurückzuweisen.

Senatspräsident Dr. Hauß Dr. Pfretzschner Dr. Reinhardt
ist abwesend und an der
Unterschriftsleistung
verhindert.

Dr. Pfretzschner

Dr. Bukow

Dr. Buchholz