

Nachschlagewerk: ja

BGHZ: ja

AVB. f. Krankheitskosten- u. Krankenhaustagegeldvers.,
Musterbedingungen des Verbandes der privaten Kranken-
versicherung (VerBAV 1966, 247 ff) § 5 Nr. 1 d

Zu den Begriffen der Kur- und Sanatoriumsbehandlung und
der Rehabilitationsmaßnahme.

BGH, Urt. v. 4. Mai 1983 - IVa ZR 113/81 - OLG Bamberg
LG Würzburg

BUNDESGERICHTSHOF

IM NAMEN DES VOLKES

IVa ZR 113/81

URTEIL

Verkündet am

4. Mai 1983

Justizamtsinspektor

als Urkundsbeamter
der Geschäftsstelle

in dem Rechtsstreit

des Museumsaufsehers Norbert K., Bei der N.,
W.,

Klägers und Revisionsklägers,

- Prozeßbevollmächtigter: Rechtsanwalt Dr. -

g e g e n

die D. K.versicherung AG, gesetzlich vertreten
durch den Vorstand: Hans-Georg T., Berend F.,
Dr. Horst G., Georg L. und Heinz P.,
A. Straße, K.,

Beklagte und Revisionsbeklagte,

- Prozeßbevollmächtigter: Rechtsanwalt -

- 2 -

Der IVa - Zivilsenat des Bundesgerichtshofs hat durch den Vorsitzenden Richter Dr. Hoegen und die Richter Rottmüller, Dehner, Dr. Schmidt-Kessel und Dr. Zopfs auf die mündliche Verhandlung vom 16. Februar 1983

für Recht erkannt:

Auf die Revision des Klägers wird das Urteil des 3. Zivilsenats des Oberlandesgerichts Bamberg vom 6. Mai 1981 aufgehoben. Die Sache wird zur anderweiten Verhandlung und Entscheidung, auch über die Kosten der Revision, an das Berufungsgericht zurückverwiesen.

Von Rechts wegen

Tatbestand:

Der Kläger ist in der Zeit vom 5. Dezember 1979 bis zum 20. Februar 1980 in der psychosomatischen Klinik He[REDACTED] des Rhönklinikums B[REDACTED] stationär behandelt worden. Die Behandlung war ihm von der Landesversicherungsanstalt Unterfranken mit Bescheid vom 18. Oktober 1979 "als medizinische Leistung zur Rehabilitation" gem. § 1236 RVO bewilligt worden.

Der Kläger beansprucht von der Beklagten aufgrund eines mit ihr im Februar 1972 abgeschlossenen Krankenhauskostenversicherungsvertrages die Zahlung von Krankenhaustagegeld, das nach den maßgeblichen Tarifen unstreitig 100 DM täglich beträgt. Im Versicherungsschein vom



29. Februar 1972 wird auf die allgemeinen Versicherungsbedingungen der Beklagten Bezug genommen. Diese enthalten u.a. folgende Bestimmungen:

"§ 4

- (4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und den privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden arbeiten und Krankengeschichten führen.
- (5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenzen aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen des Abs. 4 erfüllen, werden tarifliche Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

§ 5

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
- d. für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Versicherungsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht."

Die Parteien sind sich darüber einig, daß es sich bei der psychosomatischen Klinik H. um eine gemischte Anstalt im Sinne von § 4 Abs. 5 der AVB handelt. Der Kläger hat aus diesem Grunde vor Beginn der Behandlung versucht, von der Beklagten eine schriftliche Zusage der Kostenerstattung zu erlangen; die Beklagte hat dies jedoch verweigert. Daraufhin hat der Kläger beim Amtsgericht Würzburg den Erlaß einer einstweiligen Verfügung beantragt,

durch die die Zahlungspflicht der Beklagten für den Aufenthalt in der Klinik festgestellt werden sollte; das Amtsgericht hat den Antrag zurückgewiesen, weil kein Verfügungsgrund bestehe.

Die Beklagte meint, daß sie sowohl aufgrund von § 4 Abs. 5 als auch von § 5 Abs. 1 d der Versicherungsbedingungen nicht zur Zahlung von Krankenhaustagegeld verpflichtet sei.

Das Landgericht hat die auf Zahlung von 7.800,-- DM nebst Zinsen gerichtete Klage abgewiesen. Die Berufung des Klägers ist erfolglos geblieben. Mit der Revision verfolgt der Kläger seinen Klageanspruch weiter.

Entscheidungsgründe:

I.

Dem Versicherungsverhältnis zwischen den Parteien liegen unstreitig die im Rechtsstreit vorgelegten allgemeinen Versicherungsbedingungen der Beklagten zugrunde. Diese entsprechen - insbesondere in den hier interessierenden §§ 4 und 5 - den Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK), wie sie im Jahre 1966 vom Bundesaufsichtsamt in seinen Veröffentlichungen (S. 247) bekannt gegeben worden sind; sie sind also ebenso wie diese auszulegen.

II.

1. Zur Begründung der Klageabweisung hatte das Landgericht darauf verwiesen, daß die Landesversicherungsanstalt die Unterbringung des Klägers in der psychosomatischen

Klinik H [REDACTED] als Maßnahme zur Rehabilitation bewilligt habe. Dieser "formale Gesichtspunkt" rechtfertige es, die Ausschlußbestimmung des § 5 Abs. 1 d der AVB der Beklagten anzuwenden. Es komme nicht darauf an, ob der Sozialversicherungsträger etwa fälschlich die rechtlichen Voraussetzungen für die Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen angenommen habe. Unerheblich sei es auch, ob die erfolgte Behandlung der Heilung oder der Rehabilitation gedient habe; eine scharfe Abgrenzung zwischen diesen beiden Behandlungsmöglichkeiten sei ohnehin nicht möglich. Die Ausschlußklausel greife auch dann ein, wenn es sich bei der Maßnahme um eine medizinisch notwendige Heilbehandlung im Sinne von § 4 Abs. 4 AVB gehandelt habe. Der Leistungsausschluß bestehe ohne Rücksicht auf eine medizinische Notwendigkeit der Maßnahme allein deshalb, weil ein Sozialversicherungsträger die Kosten übernehme.

Das Berufungsgericht hat diese Begründung gebilligt und sich zu eigen gemacht. Es hat hinzugefügt, daß die Bestimmung des § 5 Abs. 1 d keine Unklarheiten enthalte; der Rechtsgedanke des § 5 AGBG komme daher nicht zur Anwendung. Auch liege kein Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz vor, da § 5 Abs. 1 d AVB die Rehabilitationsmaßnahme aller gesetzlicher Versicherungsträger erfasse.

2. Auf den ersten Blick kann die von den Vorinstanzen übereinstimmend vertretene Auffassung durchaus einleuchten. Die allgemeinen Versicherungsbedingungen der Klägerin sprechen nicht von Rehabilitationsmaßnahmen schlechthin, sondern von Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Versicherungsträger. Es sind also nur solche Maßnahmen gemeint, die Sozialversicherungsträger

in Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben durchführen. Dann liegt es allerdings nahe, den Begriff Rehabilitation ebenso zu verstehen wie in dem Recht, das für die Träger der Rehabilitation maßgeblich ist. § 5 Abs. 1 d MB/KK wäre daher als eine Verweisung auf den sozialrechtlichen Rehabilitationsbegriff zu verstehen, wie er sich aus der Reichsversicherungsordnung, dem Rehabilitationsangleichungsgesetz und anderen Versicherungsgesetzen ergibt. Von diesem Standpunkt aus ist es auch folgerichtig, es nicht auf die objektive Rechtslage abzustellen, also nicht darauf, ob der Sozialversicherungsträger tatsächlich zur Rehabilitation verpflichtet war und ob die von ihm finanzierte Maßnahme bei richtiger rechtlicher Beurteilung unter dem Begriff der Rehabilitation fiel, sondern darauf, ob der Sozialversicherungsträger die Maßnahme zum Zwecke der Rehabilitation bewilligt hat.

3. Bei näherer Betrachtung erweisen sich diese Überlegungen jedoch nicht als stichhaltig. Die Musterbedingungen, auf denen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Beklagten beruhen, sind bereits im Jahre 1966 formuliert und vom Bundesaufsichtsamt veröffentlicht worden. Zum damaligen Zeitpunkt gab es noch keinen feststehenden sozialrechtlichen Begriff der Rehabilitation. Die Versicherungsgesetze sahen zwar bereits damals Leistungen vor, die nach heutigem Verständnis unter den Begriff der Rehabilitationsmaßnahmen fallen. Der Ausdruck "Rehabilitation" selbst wurde jedoch vom Gesetz nicht verwandt; er ist vielmehr erst durch das Rehabilitationsangleichungsgesetz (Bundesgesetz vom 7. August 1974 - BGBl I, 1881 Reha-AnglG) und durch die von diesem Gesetz vorgenommene Änderung verschiedener sozialversicherungsrechtlicher Vorschriften in die Gesetzessprache eingeführt worden. Bei

der Auslegung der MB/KK aus dem Jahre 1966 darf daher nicht die heutige Gesetzessprache zugrundegelegt werden; es muß vielmehr geprüft werden, wie ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer im Jahre 1966 den Ausdruck "Rehabilitation" bei Berücksichtigung des damaligen Sprachgebrauchs und des Regelungszusammenhangs verstehen mußte.

4. Der Rehabilitationsbegriff des Sozialversicherungsrechts ist sehr weitgehend. Nach § 10 RehaAnglG umfaßt die medizinische Rehabilitation - um die es hier allein geht - "alle Hilfen ... die erforderlich sind, um einer drohenden Behinderung vorzubeugen, eine Behinderung zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten". Zu diesen Hilfen rechnet das Gesetz die ärztliche Behandlung im Krankenhaus. Auch eine Krankenhausbehandlung herkömmlicher Art kann daher eine Rehabilitationsmaßnahme im Sinne der Sozialversicherungsgesetze sein; sie ist es, wenn durch sie eine "Behinderung" beseitigt oder gebessert, ihr vorgebeugt oder ihre Verschlimmerung verhütet werden soll. Entscheidend für die Auslegung von § 10 Reha-AnglG ist, was man unter einer "Behinderung" und einem "Behinderten" zu verstehen hat. Ersichtlich ist unter letzterem etwas anderes als unter einem Schwerbehinderten im Sinne des Schwerbehindertengesetzes i.d.F. vom 8. Oktober 1979 (BGBl 1979, 1649), auch etwas anderes als unter einem Körperbehinderten im Sinne der ursprünglichen Fassung des § 39 des Bundessozialhilfegesetzes und unter einem "wesentlich Behinderten" im Sinne der heutigen Fassung dieser Gesetzesvorschrift zu verstehen. Das Landgericht will dem Begriff offenbar eine sehr weite Auslegung geben. Es führt aus, daß der Leistungsausschluß nach § 5 Nr. 1 d AVB immer dann eingreife, wenn ein Sozialversicherungsträger

die Kosten übernehme. Es will also jeden, von einem Sozialversicherungsträger finanzierten Anstaltsaufenthalt als eine Rehabilitationsmaßnahme ansehen. Diese Ansicht erscheint sozialversicherungsrechtlich durchaus vertretbar: Im versicherungsrechtlichen Schrifttum wird angenommen, daß eine Behinderung immer dann anzunehmen sei, wenn der Versicherte infolge eines regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustandes noch nicht oder noch nicht wieder über die Fähigkeiten und Kräfte verfügt, die erforderlich sind, um einen angemessenen Platz im Arbeitsleben und/oder in der Gemeinschaft einzunehmen oder wenn der Verlust dieser Kräfte und Fähigkeiten nach allgemeiner ärztlicher oder sonstiger fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten sei (Elsner/Pelikan Reha-AnglG § 1 Rdn. 4 Abs. 4). Ist aber eine Krankheit so schwer, daß eine stationäre Heilbehandlung medizinisch notwendig ist (MB/KK § 4 Abs. 4), dann läßt sich kaum ein Fall denken, in dem beim Unterlassen jeglicher ärztlicher Hilfe nicht gesundheitliche Dauerschäden zu befürchten wären, die den Patienten daran hindern würden, einen angemessenen Platz im Arbeits- oder Gemeinschaftsleben einzunehmen. Es liegt auf der Hand, daß dieser Rehabilitationsbegriff für die Auslegung der MB/KK und der auf ihnen beruhenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Klägerin nicht maßgeblich sein kann; würde man ihn zugrunde legen, so wäre kaum ein Fall denkbar, in dem der Krankenversicherer bei einem Krankenhausaufenthalt eines Sozialversicherten nicht leistungsfrei wäre; die Krankenhaustagegeldversicherung würde für diesen Personenkreis leerlaufen.

Aber auch dann, wenn man den Begriff der Behinderung enger fassen würde, würde dadurch noch kein angemessenes Ergebnis erzielt. In diesem Fall wäre zwar nicht jeder

Krankenhausaufenthalt eines Sozialversicherten als eine Rehabilitationsmaßnahme anzusehen; der Ausschlußgrund des § 5 Nr. 1 d MB/KK käme nur bei besonders schweren Erkrankungen zum Zug. Es fehlt aber jeder einleuchtende Grund dafür, warum gerade in besonders schweren Krankheitsfällen die Pflicht zur Zahlung des Krankenhaustagegelds entfallen sollte. Noch unverständlicher ist es, daß dieser Rechtsnachteil nur den Sozialversicherten treffen soll, der zusätzlich eine private Krankenhaustagegeldversicherung abgeschlossen hat, während einem ausschließlich privat versicherten Patienten das Krankenhaustagegeld ohne Einschränkung gezahlt wird. Entgegen der Auffassung des Berufungsgerichts läge in einer solchen Regelung eine sachlich nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung der Versicherungsnehmer. Es kann hier dahingestellt bleiben, inwieweit sich allgemeine Versicherungsbedingungen an den Grundrechtsnormen des Grundgesetzes, insbesondere am Gleichheitssatz, messen lassen müssen. Eine solche Auslegung käme hier schon deshalb nicht in Betracht, weil sozialversicherte Personen, die sich zusätzlich bei einem privaten Krankenversicherer versichern, die berechnete Erwartung hegen dürfen, daß ihnen die tarifmäßigen Leistungen in gleichem Umfang gewährt werden wie den nichtsozialversicherten Versicherungsnehmern.

5. Nach alledem erscheint es nicht angebracht, den in § 5 Abs. 1 d MB/KK gebrauchten Ausdruck der "Rehabilitationsmaßnahme" einen so weiten Sinn zu geben, wie dies dem Sprachgebrauch der heutigen Sozialversicherungsgesetze entsprechen würde. Dieses Ergebnis wird durch folgende Überlegungen bestätigt:

a) Auch heute ist es im allgemeinen Sprachgebrauch nicht üblich, eine von einem Sozialversicherungsträger zu bezahlende Krankenhausbehandlung herkömmlicher Art

als eine Rehabilitationsmaßnahme zu bezeichnen. Dies gilt erst recht für die Zeit um 1966, als der Gesetzgeber den Begriff der Rehabilitation noch nicht definiert hatte. Man sprach damals zwar bereits von Rehabilitationsmaßnahmen, und zwar sowohl im medizinischen Schrifttum als auch in der Verwaltungspraxis der Sozialversicherungsträger; man meinte damit aber in der Regel nur solche die Wiedereingliederung eines Behinderten bezweckende Maßnahmen, die über den ursprünglichen Leistungskatalog der Sozialversicherungsträger hinausgingen und erst durch die Nachkriegsgesetzgebung eingefügt worden waren, nicht aber eine Krankenbehandlung herkömmlicher Art.

b) Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die vor 1966 für die Krankenversicherung galten (vgl. dazu Balzer/Ohrt Tarife und Bedingungen der privaten Krankenversicherung 1963), sahen zwar eine Erstattung der Krankenhauskosten meist nur unter bestimmten Einschränkungen vor; so war vielfach nur eine Unterbringung in einem Krankenhaus in der Nähe des Wohnorts, in einem öffentlichen Krankenhaus oder einem in einer von dem Versicherer geführten Liste aufgenommenen privaten Krankenhaus zulässig. Soweit diese Voraussetzungen erfüllt waren, wurden die tarifmäßigen Leistungen jedoch auch dann gewährt, wenn der Krankenhausaufenthalt durch eine vorhandene oder drohende Behinderung veranlaßt worden war. Bei der Aufstellung der Musterbedingungen hatten die Krankenversicherer die Absicht, den Versicherungsschutz gerade hinsichtlich des Krankenhausaufenthalts zu verbessern. In diesem Sinne haben sie die Bedingungen gegenüber dem Aufsichtsamt erläutert; dieses hat die Verbesserungen des Versicherungsschutzes begrüßt und gebilligt (vgl. Veröffentlichungen des Aufsichtsamts 1966 S. 247).

Auch im Schrifttum sind die Musterbedingungen so verstanden worden (vgl. Schulz in ZVersWes 1966, 661; Schulz VersWi 1966, 947, 948; Ullman PKV 1966, 3/18; VersPrax 1967, 39, 40). Es kann unbedenklich angenommen werden, daß auch der Versicherungsaußendienst den Versicherungsnehmern die Musterbedingungen als eine Verbesserung des Versicherungsschutzes dargestellt hat. Wenn aber der Ausdruck "Rehabilitationsmaßnahme" in § 5 Nr. 1 d MB/KK ebenso zu verstehen wäre wie in § 10 Reha-AnglG, so wären die Krankenversicherer durch die Einführung der Musterbedingungen in vielen Fällen leistungsfrei geworden, in denen sie nach den alten Bedingungen zur Leistung verpflichtet gewesen wären.

c) Der von den Krankenversicherern gefertigte Entwurf der Musterbedingungen enthielt noch keine Rehabilitationsklausel; in § 5 Abs. 1 d war lediglich von Kur- und Sanatoriumsaufenthalt die Rede (vgl. Schulz ZVersWes 1966, 661, 667); die Worte "Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Versicherungsträger" sind erst im Zuge der Prüfung durch das Bundesaufsichtsamt in den Text eingefügt worden (Schulz ZVersWes 1967, 53, 55). Dazu bemerkte der Sachbearbeiter des Bundesaufsichtsamts in dessen Veröffentlichungen (1966, 266, 267):

"Dabei (das heißt bei der Prüfung durch das Aufsichtsamt) wurde der Text an einigen Stellen geringfügig geändert, um den Umfang des Versicherungsschutzes deutlicher herauszustellen und Auslegungsschwierigkeiten zu vermeiden".

Das Aufsichtsamt hatte also nicht die Absicht, die Grenzen des Versicherungsschutzes enger zu ziehen, als dies von den Krankenversicherern vorgeschlagen worden war;

es wollte vielmehr nur das, was die Versicherer wollten, deutlicher zum Ausdruck bringen. Nach seiner Auffassung wären also die in der endgültigen Fassung des § 5 Abs. 1d MB/KK genannten Rehabilitationsmaßnahmen bei richtiger Auslegung auch schon nach der Fassung des Entwurfs von der Deckungspflicht ausgeschlossen gewesen. Es muß sich also um Maßnahmen handeln, die man zumindest bei einer weiten Auslegung unter den Begriff der Kur- und Sanatoriumsbehandlung subsumieren könnte. Daraus folgt, daß nur solche von der Sozialversicherung gewährte Hilfen als Rehabilitationsmaßnahme im Sinne der MB/KK und der AVB der Beklagten angesehen werden können, die mit einer Kur- oder Sanatoriumsbehandlung vergleichbar sind. Es ist deshalb geboten, die Frage zu erörtern, was unter einer Kur- oder Sanatoriumsbehandlung zu verstehen ist.

III.

1. Nach einer weit verbreiteten Meinung unterscheiden sich Krankenhäuser von Kuranstalten und Sanatorien dadurch, daß in ihnen Patienten wegen einer Krankheit behandelt werden, während der Aufenthalt in Kuranstalten und Sanatorien lediglich der Festigung des Gesundheitszustandes des Patienten dient. Teilweise wird angenommen, daß auch der frühere IV. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs in seinem Urteil vom 7. Juli 1971 - IV ZR 6/71 - sich für diese Auffassung ausgesprochen habe (VersR 1971, 949). Dies ist jedoch nicht zutreffend. Die Stellen, die man dabei im Auge hat, enthalten lediglich ein Referat über den Inhalt der Entscheidungsgründe des damaligen Berufungsurteils, nicht aber eine Darlegung der eigenen Auffassung des Senats. In der Tat kann die Abgrenzung zwischen Krankenhäusern und Kuranstalten oder Sanatorien

nicht davon abhängig gemacht werden, ob die in den betreffenden Einrichtungen getroffenen Maßnahmen der Heilung einer Krankheit oder lediglich der Festigung der Gesundheit dienen.

Nicht nur nach ärztlicher Auffassung, sondern auch nach dem allgemeinen Sprachgebrauch versteht man unter einem Sanatorium eine unter (fach-)ärztlicher Leitung stehende, klimatisch günstig gelegene, meist einer speziellen Zielrichtung gemäß ausgestattete stationäre Einrichtung zur Behandlung und Betreuung genesender und/oder chronisch Kranker bei denen kein Krankenhausaufenthalt (mehr) erforderlich ist. Die Patienten werden dort durch spezielle Heilandwendungen z.B. ernährungs- und physikalische Therapie, behandelt, wobei ihre Herauslösung aus der gewohnten Umwelt als wichtiger Heilfaktor hinzukommt (vgl. die Artikel "Sanatorium" im Reallexikon der Medizin, in der Brockhaus-Enzyklopädie und in Meyer's Enzyklopädischem Lexikon). Ein Sanatoriumsaufenthalt ist daher etwas anderes als ein lediglich der Festigung der Gesundheit und der Erhaltung der Arbeitskraft dienender Erholungsurlaub.

Erst recht gilt dies für den Begriff der Kur. Vielfach bezeichnet man mit diesem Ausdruck lediglich ein bestimmtes Heilverfahren. In der Hauptsache wird jedoch diese Bezeichnung für eine Trink- oder Badekur in einem Heilbad gebraucht. Schon der Ausdruck "Heilbad" zeigt, daß der Gebrauch des Quellwassers zu Trink- und Badezwecken der Heilung einer Krankheit dienen soll. In der Tat gibt es auch für jeden Badeort ganz bestimmte medizinische Indikationen. Daran ändert es nichts, daß vielfach auch gesunde Personen ihren Urlaub in einem

Badeort verbringen, weil sie die reizvolle landschaftliche Umgebung oder das in Kurorten übliche reichhaltige Freizeitangebot schätzen.

Auch für einen Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt ist es demnach charakteristisch, daß er der Behandlung einer Krankheit dient (vgl. Vogt/Amelung, Einführung in die Balneologie und medizinische Klimatologie, 2. Aufl. S. 2, 167 f, 204 ff; Amelung/Evers, Handbuch der Bäder- und Klimaheilkunde 1962, S. 262 ff).

2. Der Begriff des Krankenhauses kann auch nicht aus § 4 Abs. 4 AVB entnommen werden. Wenn es dort heißt, daß die versicherte Person die freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern hat, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden arbeiten und Krankengeschichten führen, so wird damit nicht der Begriff des Krankenhauses definiert, sondern als bekannt vorausgesetzt.

Mit den Ausdrücken "Krankenhaus" und "Sanatorium" (bzw. "Kuranstalt") verbindet der allgemeine Sprachgebrauch deutlich unterschiedene Vorstellungen. Von diesen ist nach ständiger höchstrichterlicher Rechtsprechung auch bei der Auslegung von allgemeinen Versicherungsbedingungen auszugehen. Danach ist für den Begriff des Krankenhauses kein bestimmtes Einzelmerkmal entscheidend; es kommt vielmehr auf das Gesamtbild der Einrichtung und der angebotenen Behandlung an. Eine scharfe Abgrenzung ist nicht immer möglich; die Beurteilung ist vor allem dann erschwert, wenn ein Haus neuartige, aus dem bisher üblichen Rahmen fallende Leistungen anbietet. Ein Kranken-

haus dient in der Regel, aber nicht immer der Behandlung von akuten Krankheiten. Die Patienten werden meist unmittelbar nach der Erkrankung aufgenommen und vielfach bereits vor der vollständigen Genesung entlassen. Sie sind in der Regel bettlägrig und haben keine Möglichkeit, das Haus zu Spaziergängen, Ausflügen etc. zu verlassen. Daß die Kranken von Ärzten und ausgebildetem Krankenpflegepersonal betreut werden, macht noch nicht das Wesen eines Krankenhauses aus; denn auch in Sanatorien und Kuranstalten werden Ärzte und Krankenpflegekräfte beschäftigt. In Krankenhäusern findet jedoch, verglichen mit Sanatorien, ein weitaus intensiverer Einsatz des medizinischen Personals statt. Charakteristisch ist vor allem die ständige ärztliche Überwachung des Heilungsverlaufs, insbesondere durch die täglichen Visiten des Arztes. Bei der Behandlung stehen physikalische und chemische Mittel im Vordergrund.

Im Gegensatz dazu werden in Sanatorien Patienten aufgenommen, die entweder an einer leichteren chronischen Krankheit leiden, oder solche, die bereits einen Krankenhausaufenthalt oder eine sonstige Heilbehandlung hinter sich haben, einer weiteren Krankenhausbehandlung nicht mehr bedürfen, jedoch noch nicht völlig wiederhergestellt sind. Der Heilerfolg wird in erster Linie von einer geordneten Lebensweise, einer zweckmäßigen Diät, der Herausnahme aus der gewohnten Umgebung und der Fernhaltung störender Umwelteinflüsse (Lärm, Luftverschmutzung) erwartet. Die Sanatoriumsgäste sind meist nicht bettlägrig; sie haben daher auch die Möglichkeit, das Sanatorium zu Spaziergängen zu verlassen. Ähnliches gilt für einen Aufenthalt in einem Kurbad.

Eine (medizinische) Rehabilitationsmaßnahme kann zwar einer Sanatoriumsbehandlung nicht völlig gleichgestellt werden; sie unterscheidet sich von ihr vor allem dadurch, daß der Heilerfolg nicht so sehr von der Herausnahme aus der gewohnten Umgebung, der Fernhaltung schädlicher Umwelteinflüsse und einer geregelten Lebensweise erwartet wird, sondern in erster Linie von einer Anleitung des Patienten zu eigener Tätigkeit, durch die er diejenigen Kräfte und Fähigkeiten (wieder-)erwerben soll, die ihn zu einer Teilnahme am Arbeits- und Gemeinschaftsleben befähigen. Sie entspricht auch nicht in jeder Beziehung einer Kur. Dennoch bilden die drei in § 5 Nr. 1 d der Musterbedingungen genannten Anstalten eine Gruppe, die sich deutlich von den Krankenhäusern unterscheidet. Maßgebliches Kriterium ist dabei nicht der Zweck der Unterbringung; auch mit einer Kur, einer Sanatoriumsbehandlung und einer Rehabilitationsmaßnahme soll die Wiederherstellung der (vollen) Gesundheit des Patienten erreicht werden; der Ausschlußgrund des § 5 Abs. 1 d der Musterbedingungen kann daher nicht durch den Nachweis ausgeräumt werden, daß eine medizinisch notwendige Heilbehandlung vorliege. Entscheidend ist vielmehr die Ausgestaltung der Behandlung, insbesondere der äußere Rahmen, in der sie stattfindet und der sich deutlich von dem Krankenhaus herkömmlicher Art unterscheidet.

3. Zusammenfassend ist demnach festzustellen: Für den Ausschlußgrund des § 5 Nr. 1 d MBKK kommt es nicht darauf an, ob die Anstaltsunterbringung unter den sozialversicherungsrechtlichen Begriff der Rehabilitation fällt. Es ist demnach auch unerheblich, ob die Unterbringung von einem Sozialversicherungsträger als Rehabilitationsmaßnahme bewilligt worden ist. Andererseits kann das Vorliegen einer Rehabilitationsmaßnahme nicht schon deshalb verneint werden, weil es sich bei der Unterbringung um

eine medizinisch notwendige Heilbehandlung gehandelt hat. Entscheidend ist vielmehr, ob die Behandlung, die dem Versicherungsnehmer gewährt ist, einer Krankenhausbehandlung herkömmlicher Art oder eher einem Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt entspricht. Der Senat verkennt nicht, daß diese Auffassung in Einzelfällen zu Abgrenzungsschwierigkeiten führen kann; diese müssen aber in Kauf genommen werden, weil sonst eine sachgerechte Lösung des Interessenkonfliktes zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer nicht möglich wäre.

Im Zweifel wird man davon ausgehen können, daß eine Rehabilitationsmaßnahme vorliegt, wenn der Versicherungsnehmer nach vollständiger Durchführung der Krankenhausbehandlung herkömmlicher Art in einer anderen Anstalt auf Kosten eines Sozialversicherungsträgers eine zusätzliche Behandlung zur Herstellung seiner vollen Leistungsfähigkeit erhält.

Für die Beurteilung des vorliegenden Falles kommt es entscheidend darauf an, wie sich die Behandlung des Klägers in der psychosomatischen Klinik Heidelberg abgespielt hat. Hierzu fehlt es nicht nur an ausreichenden tatsächlichen Feststellungen des Berufungsgerichts, sondern bereits an einem hinreichend substantiierten Parteivortrag.

III.

Die Entscheidung des Berufungsgerichts kann auch nicht mit einer anderen Begründung (§ 563 ZPO) aufrechterhalten werden.

Die Parteien sind sich zwar darüber einig, daß die psychosomatische Klinik Heidelberg eine sogenannte gemischte Anstalt ist. Es ist auch unstreitig, daß der Kläger von der Beklagten keine Kostenzusage erhalten hat. Der Anspruch auf Krankenhaustagegeld ist daher an sich durch § 4 Abs. 5 der allgemeinen Versicherungsbedingungen der Beklagten ausgeschlossen.

Der Berufung auf diese Bestimmung kann jedoch unter gewissen Voraussetzungen der Gegeneinwand der unzulässigen Rechtsausübung entgegengesetzt werden (vgl. dazu Ullmann/Schäfer bei Balzer/Jäger Leitfragen der privaten Krankenversicherung Teil D S. 61 Abs. 3; Prölss/Martin VVG 22. Aufl. § 4 MB/KK Anm. 4; die dort gegebenen Beispiele sind nicht erschöpfend). Eine unzulässige Rechtsausübung ist dann anzunehmen, wenn bei dem Kläger eine medizinisch notwendige Heilbehandlung durchgeführt wurde, die nicht unter den Begriff der Kur- oder Sanatoriumsbehandlung fiel, und wenn der Kläger keine Möglichkeit hatte, die Behandlung in einer reinen Krankenanstalt durchführen zu lassen (Senatsurteil vom 2. Dezember 1981 - IVa 2R 206/80 - LM AVB für Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Nr. 10 = VersR 1982, 285). Das Landgericht hatte dies zutreffend erkannt und eine entsprechende Beweisaufnahme angeordnet. Es hat später geglaubt, es komme auf das Ergebnis der Beweisaufnahme nicht an, weil auf jeden Fall die Rehabilitationsklausel durchgreife. Es hat deshalb - ebenso wie das Oberlandesgericht - davon abgesehen, das erstattete Sachverständigengutachten tatrichterlich zu würdigen.

Das Berufungsgericht wird diese Prüfung nachzuholen haben, sofern sich ergeben sollte, daß die Unterbringung in H~~.....~~ nicht als Rehabilitationsmaßnahme anzusehen ist.

Dr. Hoegen

Rottmüller

Dehner

Dr. Schmidt-Kessel

Dr. Zopfs