

19

Nachschlagewerk: ja

BGHZ: nein

AVB für Krankheitskosten- u. Krankenhaustagegeldvers.
(MB/KK 76, VerBAV 1976, 437) § 4 Abs, 4 u. 5

- a) Zum Merkmal "wissenschaftlich allgemein anerkannte Methoden" bei noch nicht erforschten Krankheiten (hier: Multiple Sklerose).
- b) Die Ablehnung der Leistungszusage nach § 4 Abs. 5 MB/KK 76 kann gegen Treu und Glauben verstoßen, wenn der Versicherte in keiner anderen Krankenanstalt in der Bundesrepublik Deutschland die medizinisch notwendige, allein erfolgversprechende Heilbehandlung erhalten kann.

BGH, Urt.v. 2. Dezember 1981 - IVa ZR 206/80 OLG München

LG München I

BUNDESGERICHTSHOF

IM NAMEN DES VOLKES

IVa ZR 206/80

URTEIL

Verkündet am

2. Dezember 1981
Hellmann,
Justizamtsinspektor
als Urkundsbeamter
der Geschäftsstelle

in dem Rechtsstreit

D[REDACTED] K[REDACTED]-AG, gesetzlich vertreten
durch ihren Vorstand, bestehend aus den Herren Hans-Georg
T[REDACTED], Berend F[REDACTED], Dr. Horst G[REDACTED], Georg
L[REDACTED], Heinz P[REDACTED] und Bernhard S[REDACTED], A[REDACTED]
Str. [REDACTED], K[REDACTED],

Beklagte und Revisionsklägerin,

- Prozeßbevollmächtigter: Rechtsanwalt [REDACTED] -

g e g e n

Herrn Vitus H[REDACTED], H[REDACTED]straße [REDACTED], P[REDACTED],

Kläger und Revisionsbeklagten,

- Prozeßbevollmächtigter: Rechtsanwalt Prof. Dr. [REDACTED] -

19

- 2 -

Der IV a - Zivilsenat des Bundesgerichtshofes hat durch den Vorsitzenden Richter Dr. Hoegen und die Richter Rottmüller, Dehner, Dr. Schmidt-Kessel und Rassow auf die mündliche Verhandlung vom 2. Dezember 1981

für Recht erkannt:

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des 25. Zivilsenats des Oberlandesgerichts München vom 20. Mai 1980 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Revisionsverfahrens.

Von Rechts wegen

Tatbestand:

Der Kläger fordert von der Beklagten auf Grund Versicherungsvertrags Krankenhaustagegeld.

Der Kläger leidet an Multipler Sklerose (MS). Nach einem zwischen den Parteien bestehenden Krankenversicherungsvertrag hat der Kläger für jeden Tag einer notwendigen stationären Behandlung einen Anspruch gegen die Beklagte auf Zahlung eines Krankenhaustagegeldes von DM 320. § 4 Abs. 4 u. 5 der dem Vertrag zugrundeliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Beklagten (im folgenden: AVB), die gleich lauten wie die entsprechenden Bestimmungen der Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherungen (MB/KK 76, VerBAV 1976, 437 ff.),



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

haben folgenden Wortlaut:

- (4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und 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. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

Der Kläger war vom 6. Juni bis 3. Juli 1976 zum sechsten Male in stationärer Behandlung der Privatklinik für MS Dr. med. Hans S. in B.-S.. Die Beklagte hat die hierfür gemäß § 4 Abs. 5 AVB erbetene Leistungszusage mit Schreiben an den Kläger vom 3. Juni 1976 abgelehnt.

Der Kläger fordert von der Beklagten Krankenhaustagegeld für 28 Tage in Höhe von insgesamt 8.960 DM zuzüglich Zinsen und Mahnauslagen. Das Landgericht hat der Klage insoweit stattgegeben. Das Oberlandesgericht hat die Berufung zurückgewiesen. Mit der zugelassenen Revision verfolgt die Beklagte ihren Klageabweisungsantrag weiter.

Entscheidungsgründe:

Die Revision hat keinen Erfolg.

I.

Das Berufungsgericht hat zunächst festgestellt, der Kläger habe sich vom 6. Juni bis 3. Juli 1976 in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befunden. Diese Feststellungen liegen auf tatsächlichem Gebiet und lassen keinen Rechtsfehler erkennen.

II.

Das Berufungsgericht meint, die Leistungspflicht der Beklagten bestehe trotz der einschränkenden Bestimmungen des § 4 Abs. 4 u. 5 AVB. Es führt dazu aus: Bei der Privatklinik Dr. S. handele es sich um ein privates Krankenhaus im Sinne von § 4 Abs. 4 AVB. Die dort angewandte Heilmethode sei dadurch gekennzeichnet, daß neben den herkömmlichen, auch anderenorts geübten Heilmethoden (Medikation von Cortison-Präparaten, Massagen und Bewegungsübungen) zusätzlich eine Bestrahlung mit Ultraschall stattfinde. Dieser Behandlungsmethode stehe zwar die überwiegende Zahl anerkannter Wissenschaftler skeptisch gegenüber; es gebe aber auch einige Fachleute - darunter anerkannte Vertreter der Schulmedizin -, die sie mit Nachdruck befürworten. Eine wissenschaftlich allgemein anerkannte Heilbehandlung von MS gebe es bisher überhaupt nicht. Die entscheidenden Fragen nach Kausalität und wirksamer Therapie könnten zur Zeit nicht beantwortet werden. Deshalb müsse im Interesse des Patienten auf jede nach ärztlichem Ermessen vertretbare Hilfe versprechende Behandlungsmethode zurückgegriffen werden.

Das Berufungsgericht geht davon aus, daß möglicher-

weise in der genannten Klinik auch Kuren oder Sanatoriumsbehandlungen durchgeführt werden. Es meint jedoch, die Beklagte hätte die in diesem Fall nach § 4 Abs. 5 AVB vorgesehene Zustimmung nach Treu und Glauben nicht verweigern dürfen. Der Kläger sei nämlich auf diese spezielle von seinem Hausarzt empfohlene Behandlung angewiesen und könne sie anderenorts nicht erhalten. Er sei kurz vor dem hier in Frage stehenden Krankenhausaufenthalt in stationärer Behandlung der Universitätsklinik M. gewesen und dort ohne erkennbare Besserung entlassen worden. Es sei unbestritten, daß die Ultraschall-Therapie innerhalb der Bundesrepublik Deutschland nur in der Klinik von Dr. S. angewandt werde.

III.

Die vorstehenden Ausführungen enthalten keinen Rechtsfehler.

1. Der frühere IV. Zivilsenat des Bundesgerichtshofes hat in seinem Urteil vom 7. Juli 1971 (IV ZR 6/71, VersR 1971, 949 f.) ausgeführt, der Zweck der Regelung des § 4 Abs. 5 AVB bestehe darin, gerade medizinischen Abgrenzungstreitigkeiten aus dem Wege zu gehen. Es könne deshalb selbst in vermeintlichen Härtefällen nicht darauf abgestellt werden, ob eine Behandlung für ihre Gesamtdauer lediglich in einem Krankenhaus durchgeführt werden konnte und mußte. Der Versicherer habe ein berechtigtes Interesse daran, das erhöhte Abgrenzungsrisiko bei einem Aufenthalt des Versicherten in einer sogenannten gemischten Krankenanstalt dadurch einzuschränken, daß er die Gewährung der

tariflichen Leistungen von seiner vorherigen Zustimmung abhängig mache.

Daran ist grundsätzlich festzuhalten. Der vorliegende Fall weist jedoch die vom Berufungsgericht hervorgehobene Besonderheit auf, daß der Kläger die von Dr. S. praktizierte Ultraschall-Heilbehandlung seines schweren MS-Leidens nur in dieser Klinik haben erhalten können und deshalb auf Krankenhaustagegeld für die Dauer dieser Behandlung, die allein Linderung seines schweren Leidens versprach, ohne die Zusage der Beklagten überhaupt hätte verzichten müssen. Unter diesen besonderen Umständen hat das Berufungsgericht in der Weigerung der Beklagten, die nach § 4 Abs. 5 AVB vorgesehene Leistungszusage zu geben, mit Recht einen Verstoß gegen Treu und Glauben gesehen. Sie bedeutete nämlich, daß die Beklagte dem Kläger Versicherungsschutz für die einzig erfolgversprechende Krankenhausbehandlung überhaupt verweigerte. Ein solches Verhalten wäre nicht nur durch den Sinn und Zweck von § 4 Abs. 5 AVB nicht gedeckt, sondern würde auch den von der Beklagten geschuldeten Versicherungsschutz in für den Kläger unzumutbarer Weise aushöhlen.

Die Beklagte wird dadurch nicht etwa in ihr nicht zumutbarer Weise mit einer Leistungspflicht belastet, die sie bei der ihrer Tarifgestaltung zugrundeliegenden Kalkulation nicht hätte berücksichtigen können. Ein stationärer Krankenhausaufenthalt des Klägers war infolge von dessen schwerer, unstreitig vom Versicherungsschutz gedeckter Erkrankung auf jeden Fall medizinisch notwendig. Die Leistungspflicht der Beklagten wäre somit eingetreten, wenn der Kläger ein Krankenhaus aufgesucht hätte, das nicht

auch Kuren oder Sanatoriumsbehandlungen durchführte. Nachteile wären in diesem Fall allerdings für den Kläger entstanden, weil er trotz einer solchen stationären Behandlung keine Besserung seines Leidens hätte erhoffen können. Für die Beklagte verursachte die Behandlung in der Klinik Dr. S. [REDACTED] keinerlei Mehraufwendungen. Ihre Weigerung, die Leistungszusage zu geben, obwohl diese rechtzeitig erbeten war, liefe im vorliegenden Fall darauf hinaus, daß die Beklagte auf diese Weise sich die Zwangslage des Klägers zunutze machte, um von Leistungen frei zu werden, die sie bei dem ohnehin notwendigen Krankenhausaufenthalt des Klägers in einer anderen Klinik zweifelsfrei hätte erbringen müssen. Das Berufungsgericht hat deshalb den Kläger nach § 242 BGB zutreffend so gestellt, als hätte die Beklagte die Leistungszusage erteilt.

2. Die Revision meint, das Berufungsgericht habe zu Unrecht als unstreitig bezeichnet, daß die Ultraschall-Therapie in der Bundesrepublik Deutschland nur von Dr. S. [REDACTED] angewandt werde. Sie räumt zwar ein, daß die Beklagte dies so vorgetragen habe; der Kläger selbst habe jedoch vor dem Berufungsgericht bestritten, daß in keinem anderen Krankenhaus der Bundesrepublik die Ultraschall-Methode angewandt werde, und hierfür Sachverständigenbeweis angeboten.

Damit hat die Revision keinen Erfolg. Das Vorbringen des Klägers in den Vorinstanzen ging stets unverändert dahin, daß er die Ultraschall-Behandlung nach seinem Informationsstand nur in der Klinik Dr. S. [REDACTED] erhalten könne. Auch die Beklagte hat ausdrücklich vorgetragen, diese Therapie werde in Deutschland nur von Dr. S. [REDACTED] angewandt.

19

Sie hat gerade mit diesem Vorbringen ihre Ansicht zu stützen versucht, die Ultraschall-Behandlung sei eine wissenschaftlich nicht anerkannte Außenseitermethode. Wenn der Kläger seinerseits die Behauptung der Beklagten bestritt, diese Methode werde in keinem anderen Krankenhaus der Bundesrepublik angewendet, so hat das Berufungsgericht daraus mit Recht nicht entnommen, daß der Kläger sein oben genanntes Vorbringen fallen lassen oder ändern wollte. Hätte die Beklagte vortragen wollen, der Kläger hätte die gleiche Heilbehandlung auch in einer anderen - evtl. nicht unter § 4 Abs. 5 AVB fallenden - Krankenanstalt erhalten können, so wäre es ihre Sache gewesen, diese Anstalt zu benennen. Eine derartige Information hätte im Interesse beider Parteien gelegen. Das ist nicht geschehen. Nur wenn der Kläger gewußt hätte, daß die Heilmethode auch in einer anderen Krankenanstalt angewendet würde, hätte die Beklagte ihn unter Berücksichtigung der besonderen Umstände dieses Falles darauf verweisen und damit zugleich den Kläger aus seiner Zwangslage befreien können.

3. Die Revision rügt, daß das Berufungsgericht der Anregung des für die Beklagte tätigen Arztes Dr. D. [REDACTED] nicht nachgekommen sei, sich bei der Auswertung des Protokolls über die Vernehmung des Zeugen Dr. S. [REDACTED], dessen Aussage auf Kurbehandlung schließen lasse, durch einen Mediziner fachlich beraten zu lassen. Diese Anregung sei von den Anwälten der Beklagten dadurch übernommen worden, daß sie die Stellungnahme des Dr. D. [REDACTED] als Anlage zu ihrem Schriftsatz vom 12. Mai 1980 vorgelegt und sie zum Gegenstand ihres Vorbringens gemacht hätten. Sie sieht darin eine Verletzung der §§ 286, 144 ZPO.

Die Rüge ist nicht begründet. Es handelte sich hier um einen Antrag, ein weiteres Sachverständigengutachten zu erhalten. Ob das Berufungsgericht diesem Antrag zu folgen hatte, war nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden (§ 412 ZPO). Es liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, daß es dieses Ermessen fehlerhaft gebraucht hätte. Die Aussage des kommissarisch vernommenen Zeugen war Gegenstand der nachfolgenden Verhandlung vor dem Berufungsgericht. Bei dieser Verhandlung hätte auch die Beklagte Gelegenheit gehabt, ihre etwa bestehenden Bedenken zum Verständnis dieser Zeugenaussage vorzutragen und dem Berufungsgericht zu erläutern. Es bestehen auch keine Anhaltspunkte dafür, daß das Berufungsgericht seine Sachkunde auf medizinischem Gebiet überschätzt hätte. Ihm lag das vom Landgericht erholte, eingehende schriftliche Gutachten des Prof. Dr. Bauer vor, das zu allen für den vorliegenden Fall entscheidungserheblichen medizinischen Fachfragen Stellung nimmt und das in beiden Vorinstanzen Gegenstand der Verhandlung war. Dieses Gutachten war eine geeignete fachliche Entscheidungsgrundlage auch für das Berufungsgericht. An der Qualifikation des Sachverständigen zweifelt auch die Beklagte nicht. Das Berufungsgericht war daher nicht genötigt, sich nochmals sachverständig beraten zu lassen.

4. Die Revision weist darauf hin, daß der Versicherer in der Lage sein müsse, ordnungsgemäß zu kalkulieren und danach seine Prämien zu errechnen. Sie meint, es könne deshalb dem Versicherer nicht auferlegt werden, experimentelle Forschung und Therapie zu unterstützen. Die Erwägung des Berufungsgerichts, wo es keine wissenschaftlich allgemein anerkannte Heilmethode gebe, müsse die Beschränkung des § 4 Abs. 4 AVB entfallen, könne denkgesetzlich nicht richtig sein.

Dabei übersieht die Revision, daß auch die von der überwiegenden Zahl der Ärzte und Krankenanstalten geübte Behandlung von MS nach den Feststellungen des Berufungsgerichts nicht als wissenschaftlich allgemein anerkannt bezeichnet werden kann, weil die Ursache dieser Krankheit noch immer nicht erforscht ist und jede Art der Behandlung deshalb zwangsläufig experimentellen Charakter hat, ohne daß der Nachweis medizinischer "Richtigkeit" geführt werden kann. Die Auffassung der Revision würde dazu führen, daß die Beklagte Leistungen für die Behandlung von MS überhaupt nicht zu erbringen hätte, bis - vielleicht erst in weiter Zukunft - ein allgemeiner Konsens in der Wissenschaft hergestellt sein wird. Das Berufungsgericht weist mit Recht darauf hin, daß ein vollständiger Ausschluß der Leistungspflicht des Krankenversicherers für eine bestimmte Krankheit in den Versicherungsbedingungen zum Ausdruck kommen müßte. Die Beklagte will sich offenbar auch auf einen vollständigen Leistungsausschluß für MS nicht berufen. Dann liegt aber in der von der Klinik Dr. S. angewandten Methode der Ultraschall-Behandlung für die Beklagte kein größeres Risiko einer experimentellen Therapie als in der überwiegend angewandten, beim Kläger jedoch nach den Feststellungen des Berufungsgerichts erfolglosen Behandlungsweise.

5. Die Revision erbittet die Prüfung der Frage, ob § 4 AVB im Fall einer Tagegeldversicherung einer anderen Auslegung zugänglich sei als in Fällen einer Krankheitskostenversicherung.

Diese Frage ist grundsätzlich zu verneinen. Die Bestimmungen des § 4 AVB betreffen in gleicher Weise die Lei-

stungspflicht des Versicherers für beide Arten von Versicherungen. Auch bei der Tagegeldversicherung handelt es sich um eine Versicherung gegen die wirtschaftlichen Folgen einer Krankheit. Zutreffend weist die Revision darauf hin, daß Tagegeldversicherungen in höherem Maße Anreiz zum Mißbrauch bieten können. Das liegt indessen im Wesen einer derartigen Versicherung begründet. Ein Versicherer könnte für Tagegeldversicherungen andere Bedingungen aufstellen, in denen etwa ein strengerer Maßstab an seine Leistungspflicht angelegt würde. Das ist hier aber nicht geschehen; die Beklagte hat Bedingungen verwendet, die beide Arten von Krankenversicherungen insoweit gleich behandeln. Daran muß sie sich festhalten lassen.

6. Die Revision ist der Ansicht, dem Berufungsgericht sei ein Denkfehler unterlaufen: Es gehe von dem Kläger gegen die Beklagte zustehenden Ansprüchen aus und übersehe, daß damit das zu ermittelnde Ergebnis, nämlich ob dem Kläger überhaupt Ansprüche zustehen, als Prämisse behandelt werde. Sie sieht darin einen Verstoß gegen §§ 286, 313 Abs. 3, § 551 Nr. 7 ZPO.

Auch dieser Angriff geht fehl. Die beanstandete Formulierung, der Kläger "hätte nur die Wahl, sich entweder erfolglos behandeln zu lassen, oder die ihm vertraglich gegen die Beklagte zustehenden Rechte nicht geltend machen zu können", ist nicht im Berufungsurteil selbst, sondern in dem Urteil des Landgerichts enthalten. Das Berufungsgericht hat allerdings auf die Entscheidungsgründe des Landgerichts "im übrigen" Bezug genommen. Diese Bezugnahme trägt die Entscheidung des Berufungsgerichts nur, soweit

das Berufungsurteil keine eigene, vollständige Begründung aufweist. Hier handelt es sich um die rechtliche Beurteilung der Folgen der Zwangslage, in die der Kläger durch die Ablehnung der Leistungszusage seitens der Beklagten gekommen war. Dazu hat das Berufungsgericht die eigene Begründung dahin gegeben, daß die Beklagte die Zusage im vorliegenden Fall nach Treu und Glauben nicht verweigern durfte, weil der Kläger auf die spezielle Behandlung in der Klinik Dr. S. angewiesen war. Die beanstandeten Entscheidungsgründe des Landgerichts tragen somit das angefochtene Urteil nicht.

Dr. Hoegen

Rottmüller

Dehner

Dr. Schmidt-Kessel

Rassow