

Nachschlagewerk: ja
BGHZ: nein

AVB für die Krankentagegeldversicherung § 4 Abs. 9
AVB f. Krankheitskosten- u. Krankenhaustagegeld-
vers. - Musterbedingungen 1968 des Verbandes der
privaten Krankenversicherung (MB/KK 68) § 4 Abs. 5

Zur Frage der Leistungsfreiheit des Versicherers bei
Behandlung des Versicherungsnehmers in einer "gemischten
Anstalt".

BGH, Urt. v. 16. Februar 1983 - IVa ZR 20/81 - OLG München
LG München

BUNDESGERICHTSHOF

IM NAMEN DES VOLKES

IVa ZR 20/81

URTEIL

Verkündet am

16. Februar 1983

Mutterer

Justizangestellte

als Urkundsbeamter
der Geschäftsstelle

in dem Rechtsstreit

des Herrn Jürgen Sch[REDACTED], T[REDACTED]straße [REDACTED], G[REDACTED],

Klägers und Revisionsklägers,

- Prozeßbevollmächtigter: Rechtsanwalt [REDACTED] -

g e g e n

die O[REDACTED] Krankenversicherung a.G., [REDACTED]allee [REDACTED],
D[REDACTED], vertreten durch den Vorstand, bestehend aus den
Mitgliedern Dr. Heinz B[REDACTED], Wilhelm W[REDACTED] und Günter Re[REDACTED]-
[REDACTED],

Beklagte und Revisionsbeklagte,

- Prozeßbevollmächtigte: Rechtsanwälte [REDACTED]
[REDACTED] -

12

- 2 -

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

für Recht erkannt:

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des 15. Zivilsenats des Oberlandesgerichts München vom 17. Dezember 1980 wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten des Revisionsverfahrens.

Von Rechts wegen

Tatbestand:

Der Kläger hat Ende September 1971 bei der Beklagten eine Krankentagegeldversicherung und eine Krankenhaustagegeldversicherung abgeschlossen. Vertragsinhalt wurden die durch Urkunde des Bundesaufsichtsamts für das Versicherungs- und Bausparwesen vom 2. September 1971 genehmigten "Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung" (AVB Teil I) und die durch Urkunde dieses Amtes vom 27. März 1968 genehmigten "Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung - Musterbedingungen 1968 des Verbandes der privaten Krankenversicherung" (MB/KK 68). Diese enthalten unter anderem folgende Bestimmungen:

Hinweis: Auch Teile der Urteilsammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

1. AVB Teil 1 (Krankentagegeldversicherung):

"§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) ...

(9) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, ..., werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit

a) ...

.....

f) Während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.

(2) Während des Aufenthalts in einem Heilbad oder Kurort - auch bei einem Krankenhausaufenthalt - besteht keine Leistungspflicht. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthalts durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige akute Erkrankung oder durch einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist."

2. MB KK 68 (Krankenhaustagegeldversicherung)

"§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) ...

.....

- (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 a u c h Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen 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.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

...

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

Die zuletzt genannte Bestimmung erhielt in den durch Urkunde des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen vom 30. Dezember 1977 genehmigten Musterbedingungen 1976 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB KK 76) folgende Fassung:

"§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

...

- d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht."

Der Kläger wurde wegen Diabetes mellitus mit Hyperlipidämie in der Zeit vom 6. Februar bis 9. März 1979 im Kreiskrankenhaus M. stationär behandelt. Vom 13. März bis 24. April 1979 befand er sich im Rahmen einer Anschlußheilbehandlung auf Kosten der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) in der Klinik H. in B. in stationärer Betreuung.

Nach vorausgegangenem Telefonat vom 9. März 1979 hat der Kläger der Beklagten mit Schreiben vom 10. März 1979 eine ärztliche Bescheinigung vom 1. März 1979, wonach eine "Anschlußheilmaßnahme unbedingt erforderlich" sei, sowie ein "Klinikschreiben über AHB" übersandt und darauf hingewiesen, daß er "am 13. d.M. eine Anschlußheilbehandlung ... antreten" müsse.

Mit Schreiben vom 19. März 1979 hat die Beklagte Leistungen für den beabsichtigten Aufenthalt in der Klinik H. unter Hinweis auf § 5 Abs. 1 MB KK bzw. § 5 Abs. 1 f AVB Teil I abgelehnt.

Der Kläger begehrt für die Zeit seines Aufenthalts in der Klinik H. Zahlung von Krankentagegeld und Krankenhaustagegeld in Höhe von insgesamt 4.730,- DM nebst Zinsen.

Die Klage blieb in beiden Vorinstanzen erfolglos. Mit der zugelassenen Revision verfolgt der Kläger sein Klagebegehren weiter.

Entscheidungsgründe:

Die Revision bleibt ohne Erfolg.

I. Krankenhaustagegeld:

Es kann auf sich beruhen, ob dem Berufungsgericht darin gefolgt werden kann, daß es sich bei der Anschlußheilbehandlung des Klägers in der Rehabilitationsklinik Hochstaufen um eine Rehabilitationsmaßnahme im Sinne von § 5 Abs. 1 d MB KK 68 gehandelt habe. Denn das Berufungsgericht hat seine Entscheidung in erster Linie darauf gestützt, daß die Beklagte nach § 4 Abs. 5 MB KK 68 nicht leistungspflichtig sei, weil in der Klinik Hochstaufen auch Kurzbehandlungen durchgeführt werden und die Beklagte die Gewährung von Leistungen nicht zugesagt, sondern ausdrücklich verweigert hat. Diese tatrichterlichen Feststellungen werden von der Revision nicht angegriffen. Der Ansicht der Revision, daß die Beklagte trotz der in einer "gemischten Anstalt" durchgeführten Behandlung leistungspflichtig sei, kann nicht gefolgt werden.

1. Das Berufungsgericht ist zutreffend davon ausgegangen, daß der in § 4 Abs. 5 MB KK 68 enthaltene Leistungsausschluß gültig ist. Ihm ist darin zuzustimmen, daß der Aufenthalt des Versicherungsnehmers

in einer "gemischten Anstalt" für den Versicherer mit einem größeren Risiko verbunden ist, weil er die Feststellung erschwert, ob es sich um eine medizinisch notwendige Krankenhausbehandlung und daher um einen Versicherungsfall oder um einen nicht versicherten Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt handelt. Der Versicherer hat daher ein berechtigtes Interesse daran, dieses erhöhte Risiko dadurch zu beschränken, daß er seine Leistungspflicht von einer vorhergehenden Prüfung und einer in seinem Ermessen liegenden Zusage abhängig macht. Die Gültigkeit dieser Beschränkung der Leistungspflicht des Versicherers könnte nur dann in Zweifel gezogen werden, wenn die Berufung der Beklagten auf diese Klausel gegen Treu und Glauben verstoßen würde. Daß dies hier nicht der Fall ist und auch von dem Kläger Umstände, aus denen sich ein solcher Verstoß ergeben könnte, nicht behauptet werden, hat das Berufungsgericht zutreffend dargelegt. Auch diese Ausführungen werden von der Revision nicht angegriffen.

2. Aus den unter 1. genannten Gründen kann der Revision auch nicht zugegeben werden, die Auslegung des § 4 Abs. 5 MB KK 68 könne allenfalls dazu führen, der Beklagten den Gegenbeweis freizustellen, daß sich das Risiko im Einzelfall tatsächlich erhöht habe. Eine solche Auslegung dieser Klausel würde ihrem Zweck widersprechen, einen Streit um die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung gerade auszuschließen.

Entgegen der Ansicht der Revision kann auch das Schreiben des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. vom 20. September 1978 nicht zu einer anderen Be-

urteilung führen. Denn ganz abgesehen davon, daß die in diesem Schreiben vertretene Rechtsauffassung für die Beklagte ohnehin nicht verbindlich wäre, befaßt es sich nur mit der Frage der Leistungsverweigerung wegen "ausschließlicher" Kurbehandlung, die im vorliegenden Falle keine Rolle spielt.

II. Krankentagegeld

Da nach AVB Teil I § 4 Abs. 9 ebenfalls kein Versicherungsschutz besteht, wenn die Behandlung in einer "gemischten Anstalt" durchgeführt worden ist, steht dem Kläger auch kein Anspruch auf Krankentagegeld zu.

Dr. Hoegen

Rottmüller

Richter am BGH
Dehner kann wegen
Urlaubs nicht unter-
schreiben.

Dr. Hoegen

Dr. Schmidt-Kessel

Richter am BGH
Dr. Zopfs kann wegen
Urlaubs nicht unter-
schreiben.

Dr. Hoegen