

70
Nachschlagewerk: ja

BGHZ: nein

BGB § 276 Ca

Muß der Arzt, der dem Patienten eine stationäre Behandlung vorschlägt, den Umständen nach begründete Zweifel haben, ob der private Krankenversicherer des Patienten die Behandlung im Krankenhaus als notwendig ansehen und die Kosten dafür übernehmen wird, so hat er die vertragliche Pflicht, den Patienten darauf hinzuweisen.

BGH, Urt.v.1. Februar 1983 - VI ZR 104/81 - OLG Düsseldorf
LG Duisburg -

21

BUNDESGERICHTSHOF

IM NAMEN DES VOLKES

VI ZR 104/81

URTEIL

Verkündet am

1. Februar 1983

in dem Rechtsstreit

W a l z
Justizhauptsekretär
als Urkundsbeamter
der Geschäftsstelle

des Facharztes für innere Krankheiten Dr. med. Wolfgang J [REDACTED]
M [REDACTED]straße [REDACTED], D [REDACTED]

Beklagten und Revisionsklägers,

- Prozeßbevollmächtigter: Rechtsanwalt Dr. [REDACTED] -

g e g e n

den Gastwirt Manfred G [REDACTED]
W [REDACTED]straße [REDACTED], D [REDACTED],

Kläger und Revisionsbeklagten,

- Prozeßbevollmächtigter: Rechtsanwalt Dr. [REDACTED] -

- 2 -

Der VI. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs hat auf die mündliche Verhandlung vom 1. Februar 1983 durch den Vorsitzenden Richter Dr. Hiddemann und die Richter Dunz, Dr. Steffen, Dr. Ankermann und Dr. Lepa

für R e c h t erkannt:

Die Revision des Beklagten gegen das Urteil des 8. Zivilsenats des Oberlandesgerichts Düsseldorf vom 5. März 1981 wird zurückgewiesen.

Der Beklagte trägt die Kosten des Revisionsverfahrens.

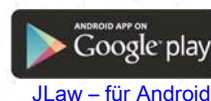
Von Rechts wegen

Tatbestand

Der Kläger suchte am 7. August 1977 den Beklagten, Chefarzt der inneren Abteilung des B.-Krankenhauses in D., als Privatpatient auf. Er klagte über erhebliche Schmerzen am rechten Hüftgelenk und Gehbeschwerden. Der Beklagte diagnostizierte eine Hüftgelenksarthrose rechts, die sich im Anschluß an einen Hüftgelenksbruch bei einem Unfall des Klägers im Jahre 1970 gebildet hatte, und wies den Kläger zur stationären Heilbehandlung in die von ihm geleitete Privatstation des Krankenhauses ein. Dort wurde der Kläger wegen der Arthrose vom 8. August bis zum 29. September 1977 behandelt. Er erhielt täglich



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



ein Dragée Dona 200 und eine, später zwei Kapseln Amuno 25, ferner 5 mal wöchentlich Paraffin-Fango-Packungen an der rechten Hüfte. Im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes verordnete der Beklagte ferner trotz normaler Leberwerte dem Kläger eine Leberschutztherapie in Form von Infusionen. Endlich wurde eine vorübergehende Hypotonie medikamentös behandelt.

Die DKV, bei der der Kläger eine Krankenhaustage- und Krankentagegeldversicherung sowie eine Krankheitskostenversicherung unterhielt, lehnte Versicherungsleistungen ab, weil ihrer Ansicht nach eine stationäre Heilbehandlung medizinisch nicht notwendig gewesen sei. Eine Klage des Klägers gegen die Versicherung blieb in zwei Instanzen erfolglos (1 O 168/78 LG Duisburg und 4 U 205/78 OLG Düsseldorf). In jenem Rechtsstreit hat der Kläger dem Beklagten den Streit verkündet.

Mit seiner Klage verlangt der Kläger vom Beklagten Rückzahlung der von ihm gezahlten Kosten in Höhe von 8.849,40 DM für die Stationspflege sowie Erstattung der Prozeßkosten in Höhe von 9.066,90 DM aus seinem Rechtsstreit mit der DKV. Er trägt vor, für eine stationäre Behandlung habe bei ihm keine medizinische Notwendigkeit bestanden. Der Beklagte hätte ihn darüber und insbesondere über die Gefahr, daß die DKV die Übernahme der Kosten für eine stationäre Behandlung ablehnen könne, pflichtgemäß belehren müssen. Durch die Verletzung dieser Hinweispflicht habe der Beklagte sich ihm schadensersatzpflichtig gemacht.

Der Beklagte meint, eine stationäre Behandlung des Klägers, die dieser gewünscht habe, sei medizinisch sinnvoll und ärztlich vertretbar gewesen, und nimmt eine Verpflichtung, den Kläger über die Zweifelhaftheit etwaiger Erstattungsansprüche gegen die Krankenversicherung aufzuklären, in Abrede.

Landgericht und Oberlandesgericht haben der Klage im wesentlichen stattgegeben. Mit der (zugelassenen) Revision begehrt der Beklagte weiter die Abweisung der Klage.

Entscheidungsgründe

I.

Das Berufungsgericht hält die Schadensersatzansprüche des Klägers dem Grunde nach für berechtigt, weil der Beklagte im Zusammenhang mit der ärztlichen Untersuchung und Beratung des Klägers vertragliche Nebenverpflichtungen verletzt und dem Kläger dadurch Schaden zugefügt habe. Dazu erwägt es im wesentlichen: Das Krankheitsbild des Klägers habe nicht eindeutig für die Erforderlichkeit einer stationären Behandlung gesprochen. Der Beklagte habe vielmehr erkennen können, daß die von ihm in Aussicht genommene Behandlung der Arthrose durchaus auch ambulant hätte durchgeführt werden können. Es habe sich dem Beklagten deshalb aufdrängen müssen, daß die private Krankenversicherung des Klägers Leistungen für eine stationäre Behandlung verweigern

könnte. Darauf habe er den Kläger hinweisen müssen. Eine solche Beratungspflicht bestehe jedenfalls in Grenzfällen, bei denen der Arzt eine stationäre Behandlung zwar für sinnvoll, aber nicht für unbedingt notwendig halten könne. Der Schaden des Klägers bestehe in den aufgewandten Kosten für die stationäre Pflege abzüglich ersparter eigener Aufwendungen für die Zeit des Krankenhausaufenthaltes. Ferner habe der Beklagte dem Kläger vergeblich aufgewandte Prozeßkosten des Rechtsstreits gegen die DKV zu ersetzen. Er habe nämlich dem Kläger vor Beginn dieses Prozesses auf dessen Befragen hinsichtlich der Erfolgsaussichten erklärt, die stationäre Behandlung sei notwendig gewesen. Auch darin liege eine schuldhaft Verletzung vor- und nachvertraglicher Aufklärungspflichten.

II.

Die dagegen gerichteten Revisionsangriffe haben keinen Erfolg.

1. Die Parteien hatten einen Arztvertrag über die Beratung und Behandlung des Klägers durch den Beklagten wegen seiner Hüftgelenksbeschwerden geschlossen. Im Rahmen dieses Vertrages war der Beklagte verpflichtet, den Kläger umfassend über die erforderlichen therapeutischen Maßnahmen zu beraten, das Einverständnis des Klägers darüber einzuholen und die Therapie durchzuführen. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß eine solche Beratung auch das Für und Wider einer stationären Behandlung umfaßt, wenn eine solche in Betracht kommt.

Darf der Arzt sie nach dem gegenwärtigen Stande der medizinischen Wissenschaft für erforderlich halten, ohne daß ernsthaft eine ambulante Behandlung als Alternative in Betracht kommt, kann er sich darauf beschränken, die Einweisung in ein geeignetes Krankenhaus zu empfehlen und vorzunehmen. Ist dagegen eine Therapie auch in ambulanter Behandlung medizinisch sinnvoll und praktikabel, hat der Arzt den Patienten darüber wie über alle ernsthaft in Betracht kommenden Behandlungsalternativen, sofern diese den Patienten unterschiedlich belasten, aufzuklären. Das ist schon deswegen erforderlich, um dem Patienten eine eigene Entscheidung darüber zu ermöglichen, ob er sich einem in seine körperlichen und seelischen Belange in der Regel viel tiefer einschneidenden Krankenhausaufenthalt unterziehen oder eine ambulante Behandlung vorziehen will, die für ihn mit ganz anderen Belastungen verbunden ist. Daß dabei für den Patienten auch die voraussichtlich von ihm zu tragenden Kosten der Behandlungsalternativen eine Rolle spielen, liegt auf der Hand und ist für beide Vertragspartner erkennbar. Auch insoweit ist meist der Arzt der Fachmann, der dem Patienten Entscheidungshilfen geben kann und muß. Hat er einen Privatpatienten vor sich, muß er nach der Lebenserfahrung davon ausgehen, daß dieser eine private Krankenversicherung eingegangen ist, häufig unter Vereinbarung eines bestimmten Selbstbehalts. Der Arzt weiß - und auch der Beklagte dieses Rechtsstreits nimmt das für sich gar nicht in Abrede -, daß der Krankenversicherer nur die Kosten für notwendige Behandlungen im Rahmen des Versicherungsvertrages erstatten wird.

Darüber, ob eine Behandlung - insbesondere eine stationäre - notwendig ist, können im Einzelfall die Ansichten des Arztes und des Versicherers freilich auseinandergehen. Das ändert nichts daran, daß der Arzt, wenn er eine stationäre Behandlung vorschlägt, sich Gedanken darüber zu machen hat, ob diese nicht nur wünschenswert und überhaupt sinnvoll erscheint, sondern ob es auch aus ärztlicher Sicht vertretbar ist, deren Notwendigkeit anzunehmen. Ist das für den Arzt erkennbar zweifelhaft, muß er nach Treu und Glauben den Patienten darauf hinweisen, daß ein von ihm vorgeschlagener Krankenhausaufenthalt möglicherweise von dem Krankenversicherer nach dessen Versicherungsbedingungen nicht als notwendig anerkannt werden könnte und der Versicherer dementsprechend auf die Kosten der stationären Behandlung nichts leisten werde. Der Arzt, der das finanzielle Risiko für den Patienten im Gegensatz zu diesem erkennt oder jedenfalls erkennen kann, andererseits wiederum anders als der Patient übersieht, daß auch andere, weniger aufwendige Therapien zum Ziele führen, darf dem Patienten nicht ohne weiteren Hinweis auf die unter Umständen diesem entstehenden und bei ihm verbleibenden hohen Kosten eine stationäre Behandlung vorschlagen. Anderenfalls würde er dem ahnungslosen und ihm vertrauenden Patienten in rechtlich nicht zu billigender Art und Weise finanzielle Aufwendungen aufbürden, die dieser, hätte er den Kenntnisstand des Arztes, unter Abwägung des Für und Wider nicht tragen will.

Die dagegen von der Revision vorgebrachten Einwendungen sind unbegründet. Es kann keine Rede davon sein, daß die angeführten Hinweispflichten dem Arzt

Unzumutbares aufbürden und ihn daran hindern könnten, seine Hauptverpflichtung zur Behandlung des Patienten zu erfüllen. Der Inhalt solcher Hinweispflichten ist auch nicht unbestimmt. Solche Pflichten muten dem Arzt insbesondere nicht zu, sich mit den finanziellen Verhältnissen des Patienten vertraut zu machen und dessen Vermögensinteressen wahrzunehmen. Es handelt sich vielmehr um einen einfachen, dem Arzt klar erkennbaren Sachverhalt, der ihn für jedermann einsehbar zu einer entsprechenden Beratung des Patienten verpflichtet, ohne daß er dabei erwarten kann, der Patient werde von sich aus die Frage der Kostentragung durch die Versicherung anschneiden. Der von der Revision gezogene Vergleich mit etwaigen Verpflichtungen eines Architekten, der Vermögensinteressen des Bauherrn wahrzunehmen hat (vgl. dazu BGHZ 60, 1), führt nicht zu einem anderen Ergebnis.

2. Nach dem rechtskräftigen Urteil des OLG Düsseldorf vom 12.6.1979 - 4 U 205/78 - steht fest, daß der Kläger keinen Anspruch gegen die DKV auf Ersatz der Pflegekosten hat, weil er nicht bewiesen hat, daß die stationäre Behandlung notwendig war. Das gilt nach §§ 74, 68 ZPO auch gegenüber dem Beklagten, dem der Streit verkündet war.

Aber auch nach den Feststellungen des Berufungsgerichts war eine stationäre Behandlung des Klägers medizinisch nicht notwendig; er hätte ohne weiteres ambulant behandelt werden können. Die sogenannte Leberschutztherapie war nicht indiziert. Die in diesem Zusammenhang verabreichten Infusionen konnten deshalb - für den Beklagten erkennbar - einen stationären Aufenthalt im Krankenhaus nicht rechtfertigen. Sie haben den Beklagten im übrigen

auch gar nicht veranlaßt, den Kläger in das Krankenhaus einzuweisen. Der Beklagte wollte therapeutisch gegen die Hüftgelenksbeschwerden des Klägers von vornherein nur so vorgehen, wie es dann im Krankenhaus geschehen ist. Es liegt auf der Hand, daß zur Verabreichung von Dragées und Kapseln kein Krankenhausaufenthalt erforderlich ist. Aber auch Paraffin-Fango-Packungen an der Hüfte hätten ambulant vorgenommen werden können. Der Kläger war nach den unangegriffenen Feststellungen des Berufungsgerichts jedenfalls in der Lage, mit Hilfe eines Taxis zu diesen Behandlungen in das Krankenhaus zu kommen und nach deren Beendigung einschließlich einer Ruhepause wieder nach Hause zurückzufahren. Die Unbequemlichkeiten für den Kläger hätten sich dabei ersichtlich in Grenzen gehalten. Ebenso ersichtlich wäre das für den Kläger erheblich billiger gewesen als die anläßlich eines stationären Aufenthaltes im Krankenhaus entstehenden Pflegekosten. Diese Umstände rechtfertigen die Annahme des Berufungsgerichts, es habe mindestens ein Zweifels- oder Grenzfall vorgelegen, bei dem es sich dem Beklagten aufdrängen mußte, daß die private Krankenversicherung des Klägers die Leistungen für eine stationäre Behandlung verweigern könnte. Mag dem Beklagten noch zugebilligt werden, daß er eine Behandlung im Krankenhaus wenigstens für vertretbar und noch sinnvoll halten konnte, so durfte er dem Kläger jedenfalls nicht verschweigen, daß dieser hinsichtlich der Übernahme der Pflegekosten durch seine Krankenversicherung ein Risiko einging.

Vergeblich beruft sich die Revision demgegenüber darauf, daß nach den Ausführungen des Berufungsgerichts der Beklagte es "für vertretbar halten durfte, die Notwendigkeit einer stationären Behandlung des Klägers an-

zunehmen". Der Zusammenhang der Entscheidungsgründe des Berufungsgerichts läßt erkennen, daß damit nicht tatsächlich festgestellt werden sollte, der Beklagte habe es als medizinisch vertretbar ansehen dürfen, die Notwendigkeit einer stationären Heilbehandlung zu bejahen (vgl. dazu BGH, Urt.v.29.November 1978 - IV ZR 175/77 - NJW 1979, 1250 = VersR 1979, 221). Nach keiner medizinischen Lehrmeinung war zu der vom Beklagten vorgesehenen Behandlung ein Krankenhausaufenthalt notwendig. Was das Berufungsgericht meint, wird aus seinen Ausführungen im übrigen deutlich: Objektiv notwendig war die stationäre Behandlung des Klägers nicht; die Annahme einer solchen Notwendigkeit war auch medizinisch nicht vertretbar; vertretbar war, so meint jedenfalls das Berufungsgericht, aus ärztlicher Sicht nur der Rat an den Kläger, sich zur Behandlung in sein Krankenhaus zu begeben. Es war mit anderen Worten nicht falsch, den Kläger stationär aufzunehmen; geboten war es unter keinem medizinischen Gesichtspunkt.

3. Ob der Kläger selbst ausdrücklich eine stationäre Behandlung gewünscht hat, ist unerheblich, weil damit nichts über die medizinische Notwendigkeit eines Krankenhausaufenthaltes ausgesagt ist, die der Kläger im Gegensatz zum Beklagten nicht beurteilen konnte. Eben deswegen trifft den Kläger auch kein Mitverschulden nach § 254 Abs. 1 BGB an der Schadensentstehung. Etwaige Übertreibungen des Klägers bei der Schilderung seiner Beschwerden haben nach den Feststellungen des Berufungsgerichts die zutreffende Diagnose des Beklagten nicht beeinflußt.

Die möglicherweise von vornherein bestehende Bereitschaft des Klägers, in das Krankenhaus zu gehen, besagt ebenfalls nichts darüber, daß er einen solchen Wunsch

auch dann geäußert haben würde, wenn er gewußt hätte, daß sein Krankenversicherer dafür nichts zahlen werde. Das Gegenteil ergeben die Feststellungen im angefochtenen Urteil, so daß an der Ursächlichkeit der Verletzung der vertraglichen Belehrungspflicht durch den Beklagten für den eingetretenen Schaden bei den Pflegekosten kein Zweifel besteht.

4. Entgegen der Ansicht der Revision ist es auch zweifelsfrei, daß der Beklagte die Verletzung seiner vertraglichen Hinweispflichten verschuldet hat. Nach den Feststellungen im Berufungsurteil kannte er alle objektiven Befunde, die für die Beurteilung der Frage maßgebend waren, ob eine stationäre Behandlung angezeigt war. Er wußte oder hätte wenigstens wissen können und müssen, daß der Kläger Schwierigkeiten mit seiner Krankenkasse wegen der Übernahme der Pflegekosten haben würde; denn das hätte sich, wie das Berufungsgericht zutreffend angenommen hat, ihm geradezu aufdrängen müssen. Ohne sich in Widerspruch zu anderen Feststellungen zu setzen, hat das Berufungsgericht daraus mit Recht den Schluß auf ein Verschulden des Beklagten gezogen.

5. Mit Recht hat das Berufungsgericht den Beklagten, der nach allem zum Ersatz der vom Kläger unnötig aufgewandten Pflegekosten verpflichtet ist, auch zur Zahlung der Prozeßkosten verurteilt, die von dem Kläger im Rechtsstreit gegen die DKV aufgewandt worden sind. Der Kläger hat den Beklagten von seiner Absicht, die Versicherung zu verklagen, vorher unterrichtet und ihn wegen der Erfolgsaussichten befragt. Der Beklagte wäre nunmehr nachvertraglich verpflichtet gewesen, dem Kläger zu offenbaren,

daß die stationäre Behandlung im Sinne der Versicherungsbedingungen keine medizinisch notwendige Heilbehandlung gewesen war, um damit weitere Schäden des Klägers zu verhindern. Dies folgt, wie das Berufungsgericht richtig erkannt hat, ebenfalls aus dem zwischen den Parteien bestehenden Arztvertrag und dessen Nachwirkungen. Der Beklagte hätte, wie die vorstehenden Ausführungen ergeben, seinerseits wiederum erkennen können und müssen, daß der vom Kläger beabsichtigte Prozeß keine Erfolgsaussichten hatte, eben weil nach keiner medizinisch vertretbaren Auffassung eine Notwendigkeit des Krankenhausaufenthaltes zu begründen war.

Dr. Hiddemann

Dunz

Dr. Steffen

Dr. Ankermann

Dr. Lepa