



# BUNDESGERICHTSHOF

## IM NAMEN DES VOLKES

### URTEIL

IV ZR 257/01

Verkündet am:  
29. Januar 2003  
Fritz  
Justizangestellte  
als Urkundsbeamtin  
der Geschäftsstelle

in dem Rechtsstreit

Nachschlagewerk: ja

BGHZ:           nein

---

AVB f. Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldvers. (MB/KK 94) § 4 Abs. 5  
Satz 1

Hat der Versicherer eine Leistungszusage nach § 4 Abs. 5 Satz 1 MB/KK 94 erteilt, hat er sein Ermessen damit endgültig ausgeübt. Eine gleichwohl vorgenommene Befristung der Zusage ist unwirksam.

BGH, Urteil vom 29. Januar 2003 - IV ZR 257/01 - OLG Düsseldorf  
LG Wuppertal

Der IV. Zivilsenat des Bundesgerichtshofes hat durch den Vorsitzenden Richter Terno, die Richter Seiffert und Wendt, die Richterin Dr. Kessal-Wulf und den Richter Felsch auf die mündliche Verhandlung vom 29. Januar 2003

für Recht erkannt:

Auf die Revision der Klägerin wird das Urteil des 4. Zivilsenats des Oberlandesgerichts Düsseldorf vom 25. September 2001 im Kostenpunkt und insoweit aufgehoben, als über den abgewiesenen Betrag von 2.030 DM nebst 4% Zinsen seit 15. Juni 2000 hinaus zum Nachteil der Klägerin erkannt worden ist.

Die Anschlußrevision des Beklagten wird zurückgewiesen.

Die Sache wird im Umfang der Aufhebung zur anderweitigen Verhandlung und Entscheidung, auch über die Kosten des Revisionsverfahrens, an das Berufungsgesicht zurückverwiesen.

Von Rechts wegen

Tatbestand:

Die Klägerin verlangt von dem Beklagten Erstattung von Krankheitskosten für einen stationären Aufenthalt in den Fachkliniken W. und von Krankentransportkosten sowie die Zahlung von Krankenhaustagegeld. Dem Vertrag zwischen den Parteien liegen die Allgemeinen Versicherungs- und Tarifbedingungen des Beklagten für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB) zugrunde. Soweit hier von Bedeutung, stimmen sie mit den empfohlenen Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 94) überein.

Am 16. September 1999 erlitt die Klägerin durch einen Sturz ein Schädel-Hirn-Trauma mit strukturellen Hirnverletzungen, die schwerste Ausfallerscheinungen im kognitiven, emotionalen und motorischen Bereich zur Folge hatten. Nach der Primärversorgung im Bundeswehrkrankenhaus U. wurde sie am 29. September 1999 zur Frührehabilitation in die Fachkliniken W. eingeliefert. Dort blieb sie bis zum 3. Mai 2000 mit einer Unterbrechung vom 26. Januar bis 8. Februar 2000. In dieser Zeit befand sie sich wegen einer neurochirurgischen Operation erneut im Bundeswehrkrankenhaus U..

Bei den Fachkliniken W. handelt es sich um eine neurologische Klinik, in der auch Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden, mithin um eine sogenannte gemischte Anstalt im Sinne von § 4 Abs. 5 Satz 1 AVB. Nach dieser Bestimmung werden für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer

diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Der Beklagte hat der Klägerin mit Schreiben vom 15. Oktober 1999 zugesagt, "für die Dauer der medizinisch notwendigen Behandlung" in den Fachkliniken W. die Kosten zu übernehmen. Zugleich hat er die Klinik gebeten, bei längerer Dauer der Behandlung einen Verlaufs- und Befundbericht über die bisher angewandte und die weiterhin beabsichtigte Therapie sowie über das Ergebnis der bisherigen Behandlung zu übersenden, denn die Erstattungszusage sei zunächst bis zum 27. Oktober 1999 befristet. Aufgrund von Arztberichten der Klinik hat der Beklagte die Leistungszusage mehrfach verlängert, zuletzt bis zum 21. Dezember 1999 und danach noch bis zum Abschluß der Prüfung durch einen von ihm beauftragten Gutachter. Mit Schreiben vom 28. Januar 2000 hat der Beklagte weitere Leistungen mit sofortiger Wirkung abgelehnt.

Der Beklagte behauptet, die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung im Sinne von § 4 Abs. 4 AVB sei spätestens am 27. Dezember 1999 beendet gewesen. Danach seien ausschließlich pflegerische Leistungen erbracht oder Rehabilitationsmaßnahmen vorgenommen worden. Dafür bestehe im Rahmen des Tarifs für stationäre Heilbehandlung gemäß § 5 Abs. 1 h und d AVB keine Leistungspflicht. Zudem fehle es an der formellen Voraussetzung einer Leistungszusage nach § 4 Abs. 5 Satz 1 AVB für den weiteren Aufenthalt in den Fachkliniken W. ab dem 8. Februar 2000. Nach Auffassung der Klägerin war während des gesamten Zeitraums bis zum 3. Mai 2000 eine stationäre Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig.

Das Landgericht hat die auf Zahlung von 61.229,68 DM (47.577,50 DM Unterbringungskosten, 2.816,98 DM Arztkosten,

2.535,20 DM Krankentransportkosten, 8.300 DM Krankenhaustagegeld) gerichtete Klage abgewiesen. Das Oberlandesgericht hat der Klägerin 505,20 DM Krankentransportkosten zugesprochen und ihre Berufung im übrigen zurückgewiesen.

Mit der Revision verfolgt die Klägerin die abgewiesenen Anträge weiter, nunmehr mit Ausnahme von 2.030 DM Krankentransportkosten. Insoweit hat der Senat die Revision nicht angenommen. Der Beklagte erstrebt mit seiner Hilfsanschlußrevision die Abweisung der zuerkannten 505,20 DM.

#### Entscheidungsgründe:

Die Revision der Klägerin führt im Umfang der Annahme zur Aufhebung des angefochtenen Urteils und zur Zurückverweisung an das Berufungsgericht, soweit zu ihrem Nachteil erkannt worden ist. Die Hilfsanschlußrevision des Beklagten ist nicht begründet.

##### I. Revision der Klägerin

1. Das Berufungsgericht hat den Anspruch auf Erstattung der Unterbringungskosten und der Arztkosten sowie auf Zahlung von Krankenhaustagegeld abgelehnt, weil es für den Zeitraum ab dem 8. Februar 2000 an einer schriftlichen Leistungszusage gemäß § 4 Abs. 5 Satz 1 AVB fehle. Die Zusage stehe im Ermessen des Versicherers und könne auch befristet werden. Die Bestimmung solle den Versicherer auch vor der Prüfung der Behandlungsdauer als Teil der Prüfung der medizini-

schen Notwendigkeit der Behandlung schützen. Bei der Ablehnung weiterer Leistungen habe der Beklagte sein Ermessen sachgerecht ausgeübt und nicht treuwidrig gehandelt. Es bestünden zumindest vernünftige Zweifel an der medizinischen Notwendigkeit einer weiteren stationären Krankenhausbehandlung, ohne daß dies abschließender Klärung bedürfe. Die ärztlichen Berichte der Fachkliniken W. vom 16. Dezember 1999 und vom 29. März 2000 deuteten darauf hin, daß die stationäre Unterbringung der Klägerin nicht einer medizinischen Behandlung, sondern der pflegerischen Sorge und Betreuung gedient habe, für die nach § 5 Abs. 1 h AVB kein Krankenversicherungsschutz bestehe, auch wenn es im Bericht vom 29. März 2000 pauschal heiße, es liege kein Pflegefall vor.

Für die Zeit ab dem 29. März 2000 könne die Klägerin ihren Anspruch auf Erstattung der Unterbringungs- und Arztkosten auch nicht auf den Tarif VK stützen, der den Ersatz von Aufwendungen für Genesungskuren und sonstige Kuren regelt. Nach Nr. 1.12 dieses Tarifs zählten Unterbringungskosten nicht zu den erstattungsfähigen Aufwendungen. Die Arztkosten seien nicht erstattungsfähig, weil es sich bei dem Klinikaufenthalt nicht um einen Kuraufenthalt gehandelt habe, sondern nach der Ausgestaltung und dem äußeren Rahmen um eine Krankenhausbehandlung.

2. Dem Anspruch der Klägerin steht nicht entgegen, daß die in der Leistungszusage vom 15. Oktober 1999 genannte und danach verlängerte Frist abgelaufen war und für den Zeitraum ab dem 8. Februar 2000 weitere Leistungen nicht zugesagt worden sind.

a) Nach Erteilung einer § 4 Abs. 5 Satz 1 AVB entsprechenden Leistungszusage für eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in einer gemischten Anstalt kann der Versicherer dem Anspruch des Versicherungsnehmers auch bei einer Befristung der Zusage nur entgegenhalten, es liege keine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung mehr vor oder die Leistungspflicht sei aus anderen Gründen als der fehlenden Zusage ausgeschlossen. Hat der Versicherer eine Zusage nach § 4 Abs. 5 Satz 1 AVB (vor oder nach Beginn der Behandlung) erteilt, hat er sein Entscheidungsermessen damit endgültig ausgeübt (ebenso OLG Zweibrücken NJW-RR 1991, 607 f.; vgl. auch OLG Hamm VersR 1994, 297 und Schlemmer, r+s 1994, 361, 362 f.). Die Bestimmung erlaubt ihm nicht, während der laufenden Behandlung die Leistungen unter Hinweis auf den gemischten Charakter der Krankenanstalt nach seinem Ermessen einzustellen.

Dies ergibt die Auslegung der Klausel aus der Sicht des durchschnittlichen Versicherungsnehmers, auf dessen Verständnismöglichkeiten es bei der Auslegung von Allgemeinen Versicherungsbedingungen ankommt (vgl. dazu BGHZ 123, 83, 85). Dabei ist auch zu berücksichtigen, daß Risikoausschlussklauseln eng auszulegen sind (st.Rspr. des Senats, vgl. Urteil vom 17. März 1999 - IV ZR 89/98 - VersR 1999, 748 unter 2 a).

§ 4 Abs. 5 Satz 1 AVB enthält erkennbar eine Einschränkung der Leistungspflicht. Die in §§ 1 Abs. 1 bis 3, 4 Abs. 4 AVB versprochenen tariflichen Leistungen (Aufwendungsersatz und Krankenhaustagegeld) für eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in einer gemischten Anstalt werden von einer vorherigen Zusage abhängig ge-

macht. Aus dem Sinnzusammenhang mit dem Leistungsausschluß für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen in § 5 Abs. 1 d AVB läßt sich auch der Zweck der Regelung erschließen. Er besteht darin, medizinischen Abgrenzungstreitigkeiten aus dem Wege zu gehen (BGH, Urteil vom 2. Dezember 1981 - IVa ZR 206/80 - VersR 1982, 285 unter III 1). Der Aufenthalt des Versicherungsnehmers in einer gemischten Anstalt ist für den Versicherer mit einem größeren Risiko verbunden, 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 (BGH, Urteil vom 16. Februar 1983 - IVa ZR 20/81 - VersR 1983, 576 unter I 1). Allein um dieses Risiko, ob nämlich die Behandlung statt in einem reinen Krankenhaus in einer bestimmten gemischten Anstalt erfolgen kann, geht es bei dem Leistungsausschluß in § 4 Abs. 5 Satz 1 AVB. Mit der Leistungszusage ist diese Prüfung abgeschlossen und zugunsten des Versicherungsnehmers entschieden, daß der Versicherer der stationären Behandlung in der konkreten gemischten Anstalt zustimmt. Der Versicherungsnehmer hat damit in gleicher Weise wie beim Aufenthalt in einem reinen Krankenhaus Anspruch auf die vertraglich versprochenen Leistungen. Der Klausel läßt sich auch nicht andeutungsweise entnehmen, daß sie dem Versicherer durch eine Befristung der Zusage oder in anderer Weise das Recht einräumt, nach seinem Ermessen darüber zu entscheiden, ob, in welchem Umfang und wie lange die genehmigte stationäre Heilbehandlung in der gemischten Anstalt medizinisch notwendig ist, und den Versicherungsnehmer in die Zwangsla-

ge zu versetzen, die begonnene Behandlung abubrechen oder selbst zu finanzieren.

b) Das Schreiben des Beklagten vom 15. Oktober 1999 enthält eine Zusage nach § 4 Abs. 5 Satz 1 AVB, die die darin enthaltene Leistungsbeschränkung beseitigt. Es kommt deshalb auf die vom Berufungsgericht offengelassene Frage an, ob der Aufenthalt der Klägerin in den Fachkliniken W. vom 8. Februar bis zum 3. Mai 2000 als medizinisch notwendige Krankenhausbehandlung im Sinne von §§ 1 Abs. 2, 4 Abs. 4 AVB anzusehen ist oder ob die Unterbringung nur durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung im Sinne von § 5 Abs. 1 h AVB bedingt war.

Daß es sich nicht um eine Kur- und Sanatoriumsbehandlung oder um damit vergleichbare Rehabilitationsmaßnahmen im Sinne von § 5 Abs. 1 d AVB gehandelt hat, hat das Berufungsgericht unter Hinweis auf die Rechtsprechung des Senats (Urteile vom 4. Mai 1983 - IVa ZR 113/81 - VersR 1983, 677 = BGHZ 87, 215 und - IVa ZR 123/81 - VersR 1983, 679 sowie vom 5. Juli 1995 - IV ZR 320/94 - VersR 1995, 1040) auf der Grundlage der bisherigen Feststellungen mit Recht angenommen.

## II. Anschlußrevision des Beklagten

Die Hilfsanschlußrevision ist zulässig. Eine Anschlußrevision kann für den - hier eingetretenen - Fall erhoben werden, daß auf die Revision der anderen Partei das Berufungsurteil aufgehoben wird (vgl. BGH, Urteil vom 21. Februar 1992 - V ZR 273/90 - NJW 1992, 1897 unter II 1). Sie ist aber nicht begründet. Die Klägerin hat nach Nr. 1.11 des Tarifs VS für stationäre Heilbehandlung auf jeden Fall einen Anspruch auf Erstattung der ihr vom Rettungsdienst B. berechneten und von ihr bezahlten Kosten des Transports vom Bundeswehrkrankenhaus U. zu den Fachkliniken W. am 8. Februar 2000. Sollten diese Kosten, wie der Beklagte meint, zu den allgemeinen, mit den Pflegesätzen abgegoltenen Krankenhausleistungen nach §§ 2 Abs. 2 Satz 1, 10 Abs. 2 Satz 1 der Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV) gehören, ist der Anspruch der Klägerin auf Erstattung der Unterbringungskosten gegebenenfalls um den Betrag von 505,20 DM zu kürzen. Dabei wird unter anderem zu prüfen sein, ob diese Transportkosten ausnahmsweise den allgemeinen Krankenhausleistungen zuzuordnen sind (vgl. dazu Tuschen/Quaas, Bundespflegegesetzverordnung 5. Aufl. Erläuterungen zu § 2 Satz 1; Dietz in

Dietz/Bofinger, Krankenhausfinanzierungsgesetz, Bundespflegesatzverordnung und Folgerecht, § 2 BPfIV Anm. 8.3) und ob die Fachkliniken W. vom Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung nach § 1 Abs. 2 BPfIV ausgenommen sind.

Terno

Seiffert

Wendt

Dr. Kessal-Wulf

Felsch