



BUNDESGERICHTSHOF

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

VI ZR 173/99

Verkündet am:
9. Mai 2000
Holmes,
Justizangestellte
als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle

in dem Rechtsstreit

Nachschlagewerk: ja

BGHZ: nein

SGB V § 27 Abs. 1, § 39 Abs. 1

BGB §§ 611, 612, 145

- a) Humanitäre Gründe, die daraus erwachsen, daß sich ein Patient der an sich gebotenen Verlegung aus dem Krankenhaus in ein Pflegeheim ohne Verschulden durch Verweigerung der Nahrungsaufnahme entzieht, machen eine stationäre Krankenhausbehandlung im sozialversicherungsrechtlichen Sinne allein nicht notwendig.
- b) Ein Krankenhausbehandlungsvertrag mit privatrechtlichem Vergütungsanspruch kann durch konkludentes Verhalten trotz Widerspruchs des Patienten gegen die Zahlungspflicht zustande kommen, wenn dieser weiterhin im Krankenhaus verbleibt, obwohl er über das Ende der Kostenübernahme seitens der gesetzlichen Krankenkasse unterrichtet worden ist.

BGH, Urteil vom 9. Mai 2000 - VI ZR 173/99 - OLG Hamm

LG Dortmund

Der VI. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs hat auf die mündliche Verhandlung vom 9. Mai 2000 durch den Vorsitzenden Richter Groß und die Richter Dr. Lepa, Dr. v. Gerlach, Dr. Greiner und Wellner

für Recht erkannt:

Auf die Revision des Klägers wird das Urteil des 3. Zivilsenats des Oberlandesgerichts Hamm vom 21. April 1999 aufgehoben.

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil der 3. Zivilkammer des Landgerichts Dortmund vom 10. Oktober 1997 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt die Kosten der Rechtsmittelzüge.

Von Rechts wegen

Tatbestand:

Der Kläger, Träger eines Zentrums für Psychiatrie in D., nimmt die Beklagte auf Bezahlung der Kosten für einen Krankenhausaufenthalt vom 5. Oktober 1995 bis 13. Juni 1996 in Anspruch. Die 1923 geborene und 1952 wegen eines schizophrenen Defektzustandes entmündigte Beklagte befand sich in dem Krankenhaus des Klägers seit 1965 in ständiger ärztlicher Behandlung, nachdem sie dort bereits zuvor ab 1951 mehrfach vorübergehend untergebracht war.

Die gesetzliche Krankenkasse der Beklagten kam in den Jahren 1992 und 1993 vollständig, 1994 für bestimmte Zeiträume und 1995 vom 27. Januar bis 5. Juni und vom 25. August bis 5. Oktober für die angefallenen Krankenhauskosten auf. In den übrigen Zeiten zahlte die Beklagte die Krankenhauskosten selbst, wobei ihr diese überwiegend von der zuständigen Beihilfestelle erstattet wurden. Nachdem die AOK bis zum 5. Juni 1995 Versicherungsschutz gewährt hatte, teilte der Kläger der Beklagten mit, daß es sich bei ihr nach Auffassung des behandelnden Arztes nicht mehr um einen stationären Behandlungsfall im krankenversicherungsrechtlichen Sinne handele; die Pflegekosten würden von diesem Zeitpunkt an von der Krankenkasse nicht mehr getragen. Daraufhin zahlte die Beklagte die anfallenden Kosten bis zum 25. August 1995. Ein in etwa gleich lautendes Schreiben richtete der Kläger am 4. Oktober 1995 an den Betreuer der Beklagten, worin er mitteilte, daß die Beklagte ab dem 5. Oktober 1995 nicht mehr im Krankenhaus behandlungsbedürftig sei; die anfallenden Pflegegebühren würden ihr ab diesem Tag in Rechnung gestellt. Seit dem 8. Juni 1998 lebt die Beklagte in einem Pflegeheim, weil die Station im Krankenhaus des Klägers, in der sie sich bisher aufhielt, aufgelöst worden ist.

Der Kläger begehrt von der Beklagten Zahlung von Krankenhausbehandlungskosten in Höhe von 83.122,71 DM für die Zeit vom 5. Oktober 1995 bis 13. Juni 1996. Er behauptet, in dieser Zeit sei eine stationäre Behandlung der Beklagten in seinem Krankenhaus nicht mehr erforderlich gewesen. Diese sei vielmehr lediglich wie ein Pflegefall betreut worden.

Das Landgericht hat der Klage stattgegeben. Das Berufungsgericht hat sie nach Einholung eines Sachverständigengutachtens zur Frage der stationä-

ren Behandlungsbedürftigkeit der Beklagten abgewiesen. Mit der Revision verfolgt der Kläger das Klageziel weiter.

Entscheidungsgründe:

I.

Nach Auffassung des Berufungsgerichts steht dem vom Landgericht zuerkannten Vergütungsanspruch für die Krankenhausbehandlung in der Zeit vom 5. Oktober 1995 bis 13. Juni 1996 ein Schadensersatzanspruch der Beklagten gegenüber, weil der Kläger seine sich aus dem Behandlungsvertrag ergebenden Pflichten verletzt habe.

Für den Arzt bestehe aufgrund des Behandlungsvertrages gemäß § 242 BGB die Pflicht, den Patienten auf die Ersatzfähigkeit von notwendigen Heilbehandlungskosten hinzuweisen, wenn sich die Möglichkeit einer wirtschaftlichen Schädigung aufdrängen müsse. Erforderlich sei nicht nur ein rechtzeitiger Hinweis auf die bevorstehende Umstellung vom Behandlungs- zum Pflegefall, sondern auch ein Hinweis, der vom ärztlichen Standpunkt aus gesehen den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft entspreche. Hier sei der Hinweis im Schreiben vom 4. Oktober 1995 auf den Wegfall der stationären Behandlungsbedürftigkeit aus objektiv medizinischer Sicht nicht zutreffend gewesen. Tatsächlich habe nämlich in dem fraglichen Zeitraum eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit bestanden, und zwar entweder um den status quo zu erhalten oder um eine Enthospitalisierung zu versuchen.

Gemäß § 249 Satz 1 BGB habe der Kläger den Zustand herzustellen, der bestehen würde, wenn der zum Ersatz verpflichtende Umstand nicht eingetreten wäre. Hätte der Kläger die stationäre Behandlungsbedürftigkeit zu treffend bejaht, wäre die Beklagte nicht als Selbstzahlerin eingestuft worden und es hätte dem Kläger obliegen, die Frage der Behandlungsbedürftigkeit im Rahmen der Abrechnung gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse zu klären.

II.

Diese Ausführungen halten der rechtlichen Überprüfung nicht stand.

1. Das Berufungsurteil kann mit der gegebenen Begründung nicht bestehen bleiben.

Das Berufungsgericht hat ohne nähere Darlegung dem Landgericht folgend einen privatrechtlichen Vergütungsanspruch des Klägers gegen die Beklagte aus § 611 BGB angenommen, was die Revision als ihr günstig nicht angreift. Andererseits hat es die Notwendigkeit einer stationären Behandlung der Beklagten für den hier fraglichen Zeitraum vom 5. Oktober 1995 bis 13. Juni 1996 bejaht und wegen Verstoßes des Klägers gegen die wirtschaftliche Aufklärungspflicht einen Schadensersatzanspruch der Beklagten in gleicher Höhe als gegeben erachtet. Diese Begründung ist widersprüchlich und damit rechtsfehlerhaft.

Sollte nämlich, wie das Berufungsgericht annimmt, die Beklagte für den hier maßgeblichen Zeitraum weiterhin stationär behandlungsbedürftig gewesen sein, so könnte dem Kläger ein privatrechtlicher Vergütungsanspruch für die erbrachten Krankenhausleistungen von vornherein nicht zustehen. Denn in

einem solchen Fall richtet sich bei einem Kassenpatienten - wie hier der Beklagten - der Vergütungsanspruch des Krankenhausträgers unmittelbar und ausschließlich gegen die gesetzliche Krankenkasse (BGHZ 89, 250, 255 ff.). Dieser Anspruch ist öffentlich-rechtlicher Natur und vor den Sozialgerichten zu verfolgen (BGHZ 89, 250, 260; BGH, Beschluß vom 30. Januar 1997 - III ZB 110/96 - VersR 1997, 1552, 1553; BSGE 70, 20, 22; BSG, Urteil vom 21. August 1996 - 3 RK 2/96 - NJW-RR 1998, 273, 274). Dies gilt unbeschadet des Umstandes, daß das Behandlungsverhältnis zwischen dem Patienten und Krankenhaus auf einem privatrechtlichen Vertrag beruht (BGHZ 89, 250, 255; 96, 360, 363; Senatsurteil vom 14. Juli 1992 - VI ZR 214/91 - VersR 1992, 1263).

2. Das angefochtene Urteil läßt sich auch nicht mit anderer Begründung aufrechterhalten. Im Ergebnis hat das Berufungsgericht allerdings einen privatrechtlichen Vergütungsanspruch des Klägers gegen die Beklagte aus § 611 BGB zu Recht bejaht. Diesem Anspruch steht indes entgegen der Auffassung des Berufungsgerichts kein Anspruch der Beklagten gegenüber.

a) Eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit im sozialversicherungsrechtlichen Sinne bestand in Wahrheit nicht. Insoweit rügt die Revision zu Recht, daß das Berufungsgericht von einem unzutreffenden Begriff der stationären Behandlungsbedürftigkeit ausgegangen ist. Das hat zur Folge, daß eine Pflicht der gesetzlichen Krankenkasse zur Erstattung der Krankenhauskosten nicht besteht und der Kläger die Bezahlung der von ihm erbrachten dienstvertraglichen Leistungen allein von der Beklagten auf privatrechtlicher Grundlage verlangen kann.

Der Sachverständige, dem das Berufungsgericht gefolgt ist, hat in Übereinstimmung mit den Ärzten im Krankenhaus des Klägers angenommen, daß

die Beklagte nicht heilbar sei und aus diesem Grunde an sich eine Dauerenthospitalisierung hätte stattfinden müssen, weil die bei chronisch schizophren Erkrankten an sich begrüßenswerten Bemühungen zur Dauerenthospitalisierung zunächst gescheitert seien. "Es gibt", wie der Sachverständige ausgeführt hat, "eine kleine Gruppe von Patienten, die nicht enthospitalisiert werden können. Diese Patienten bedürfen dann der stationären ärztlichen Behandlung... In dem Zeitraum vom 5.10.1995 bis zum 13.6.1996 war die stationäre Behandlungsbedürftigkeit gegeben. Wenn alle Behandlungsmaßnahmen zur Enthospitalisierung scheiterten, dann kann eine gezielte Behandlung auch darin liegen, eine Verschlechterung des gegenwärtigen Zustandes zu verhindern. Die stationäre Behandlung war entweder aus dem Grund erforderlich, um den status quo zu erhalten oder aber, um eine Enthospitalisierung zu versuchen. Eine andere Entscheidung wäre medizinisch nicht vertretbar gewesen... Auf das Verlassen der Station hat und hätte Frau B. mit Hungerstreik reagiert... Alle anderen Maßnahmen, von dem Versuch einer Enthospitalisierung abgesehen, als die Erhaltung des status quo wären inhuman gewesen. Sie wäre wahrscheinlich verhungert."

aa) Diese Ausführungen rechtfertigen entgegen der Auffassung des Berufungsgerichts und der von der Revisionserwiderung vorgetragenen Ansicht nicht die Annahme, die Beklagte sei im hier fraglichen Zeitraum stationär behandlungsbedürftig im Sinne des § 39 Abs. 1 SGB V gewesen.

Nach § 27 Abs. 1 SGB V hat der Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Durch das Erfordernis einer behandlungsfähigen und behandlungsbedürftigen Krankheit unterscheidet sich die Krankenbehandlung von bloßen Pflegelei-

stungen nach dem am 1. April 1995 in Kraft getretenen SGB XI, die vom Vorliegen einer Krankheit unabhängig sind (BGHZ 134, 381, 386).

Dementsprechend besteht keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse, wenn die ärztliche Behandlung keine hinreichende Erfolgsaussicht mehr bietet und die Pflege deshalb im wesentlichen nur noch um ihrer selbst willen und nicht im Rahmen eines zielstrebigem Heilplanes durchgeführt wird (BSGE 47, 83, 85; 49, 216, 217 f.; 63, 107, 110 f.; BSG SozR 2200 § 184 RVO Nr. 11 und 28). Die Erforderlichkeit von Pflege allein begründet keinen Anspruch auf stationäre Behandlung in einem Krankenhaus, soweit die dortige Unterbringung nur aus Verwahrungsgründen erfolgt oder um einem Zustand der Hilflosigkeit des Betroffenen zu begegnen.

Die danach erforderlichen Voraussetzungen für eine stationäre Krankenhausbehandlung lagen, was das Berufungsgericht verkannt hat, bei der Beklagten im fraglichen Zeitraum nicht vor. Die Beklagte litt zwar an einer Krankheit, denn bei ihr bestand nach den Feststellungen des Berufungsgerichts eine chronifizierte schizophrene Psychose mit erheblicher Residualproblematik und einem fixierten Wahnsystem. Doch fehlte es auf der Grundlage des festgestellten Sachverhältnisses an der Notwendigkeit, diese Krankheit stationär in einem Krankenhaus zu behandeln. Die Beklagte befand sich seit 1965 ununterbrochen im Zentrum für Psychiatrie in D.. Irgendeine Heilung oder Besserung ihres Leidens ist in dieser Zeit nach den Feststellungen des Berufungsgerichts nicht eingetreten und für die Zukunft auch nicht mehr zu erwarten. Ein Behandlungsplan für die Beklagte bestand im fraglichen Zeitraum nicht mehr. Die Krankenhausbehandlung war auch nicht erforderlich, um Krankheitsbeschwerden zu lindern oder eine Lebensverlängerung herbeizuführen.

Die Dauer der Unterbringung stellt zwar für sich allein noch kein ausreichendes Abgrenzungskriterium der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit einerseits und der reinen Pflegebedürftigkeit andererseits dar (BSGE 47, 83, 86; BSG SozR 2200 § 184 RVO Nr. 11). Doch besteht insbesondere bei psychiatrischen Dauererkrankungen, die Jahrzehnte hindurch ohne nennenswerten Erfolg stationär behandelt worden sind, eine Vermutung dafür, daß das Leiden keiner Kranken(haus)behandlung mehr zugänglich ist (BSGE 59, 116, 118). Diese Vermutung ist im vorliegenden Fall nach den Feststellungen des Berufungsgerichts nicht widerlegt.

bb) Soweit das Berufungsgericht demgegenüber meint, eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit sei sehr wohl noch vorhanden gewesen, und dies damit begründet, daß die stationäre Behandlung erforderlich gewesen sei, um den status quo zu erhalten oder um eine Enthospitalisierung zu versuchen, verkennt es, wie die Revision zu Recht rügt, den Zweck einer stationären Krankenhausbehandlung. Diese dient der Behandlung einer Krankheit, nicht dagegen der Vermeidung von Schwierigkeiten im Zusammenhang mit einer Umstellung auf eine allein erforderliche Pflegebehandlung. Die weitere Aufnahme der Beklagten im Krankenhaus des Klägers diene insbesondere auch nicht der Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit im Sinne von § 27 Abs. 1 Satz 2 SGB V. Die Gefahr einer Verschlimmerung muß nämlich gerade wegen der drohenden Entwicklung der Krankheit selbst gegeben sein (Peters, Handbuch der Krankenversicherung Teil II - SGB V, § 39 Rdn. 171).

Gewiß kann bei grundsätzlich nicht mehr therapierbaren psychisch Kranken immer ein Zustand eintreten, der der ärztlichen Behandlung bedarf. Das genügt aber nicht, um in Abgrenzung zur Pflegebedürftigkeit die Notwendigkeit einer stationären Krankenbehandlung anzunehmen. Denn von einer

Krankenhausbehandlung kann nicht mehr gesprochen werden, wenn die ärztliche Behandlung nur noch einen die stationäre Versorgung und die pflegerischen und pädagogischen Maßnahmen begleitenden Charakter hat (BSG SozR 2200 § 184 RVO Nr. 28). So lag es hier. Eine ärztlich durchgeführte oder auch nur überwachte psychiatrische Behandlung der Beklagten fand im fraglichen Zeitraum nicht mehr statt. Die Beklagte wurde lediglich aus humanitären Gründen weiterhin im Krankenhaus des Klägers belassen.

Derartige Erwägungen vermögen jedoch die Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung nicht zu begründen. Entscheidend ist allein, daß die andauernde Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen notwendig sein muß. Soziale Belange oder familiäre Umstände allein rechtfertigen keinen Anspruch auf Krankenhausbehandlung; sozialen Gefährdungen zu begegnen, ist nicht Zweckbestimmung des Krankenhauses (BSGE 49, 216, 218). Das Gesetz verpflichtet die in der gesetzlichen Krankenkasse organisierte Solidargemeinschaft der Versicherten nicht, Krankenhausplätze ihrem eigentlichen Bestimmungszweck zu entfremden und für Pflegefälle auf ihre Kosten zur Verfügung zu stellen. Insbesondere dürfen Krankenhäuser im Sinne von § 107 Abs. 1 SGB V nicht die Funktion einer ärztlich versorgten Pflegeanstalt übernehmen (Peters aaO § 39 SGB V Rdn. 184). Diese Grundsätze gelten auch dann, wenn - wie im vorliegenden Fall - der Betroffene ohne Verschulden versucht, sich einer an sich notwendigen Verlegung aus dem Krankenhaus in ein Pflegeheim durch Verweigerung der Nahrungsaufnahme oder ähnliche Reaktionen zu entziehen. Andernfalls könnte die Weigerung eines Patienten, das Krankenhaus zu verlassen, dazu führen, daß er dort auf unabsehbare Zeit behalten werden müßte. Das aber wäre mit der Zweckbestimmung des Krankenhauses nicht vereinbar.

Aus alledem ergibt sich, daß eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit der Beklagten im Sinne von § 27 Abs. 1 und § 39 Abs. 1 SGB V nicht aus dem Bedürfnis hergeleitet werden kann, den "status quo zu erhalten" oder eine Enthospitalisierung zu versuchen. Gewiß muß das ärztliche Bestreben dahin gehen, eine Verschlimmerung des jeweiligen Zustandes, etwa infolge autistischer Reaktionen auf eine Verlegung in ein Pflegeheim, zu vermeiden. Die Gefahr der Verschlechterung des status quo erwächst in solchen Fällen aber nicht aus der Krankheit selbst, sondern aus der Verweigerungshaltung des Patienten. Solche Reaktionen vermögen eine dauerhafte stationäre Behandlungsbedürftigkeit nicht zu begründen. Krisensituationen, die daraus erwachsen, muß auf andere Weise begegnet werden, etwa durch ambulante ärztliche Behandlung oder durch eine vorübergehende Krankenhauseinweisung (BSGE 59, 116, 118 f.; BSG SozR 2200 § 184 RVO Nr. 28).

Da die Beklagte somit in der Zeit vom 5. Oktober 1995 bis 13. Juni 1996 nicht stationär krankenbehandlungsbedürftig war, kommt ein öffentlich-rechtlicher Anspruch des Klägers gegen die zuständige gesetzliche Krankenkasse der Beklagten nicht in Betracht.

b) Dem Kläger steht vielmehr, wie die Vorinstanzen mit Recht angenommen haben, gegen die Beklagte ein privatrechtlicher Vergütungsanspruch für die betreffende Zeit in der geltend gemachten Höhe zu (§ 611 BGB).

aa) Die Beklagte, vertreten durch ihren Betreuer, hat mit dem Kläger für den genannten Zeitraum einen Krankenhausbehandlungsvertrag abgeschlossen, der sie zur Bezahlung der erbrachten Dienstleistungen verpflichtete. Dabei kann die Frage, ob sich eine Zahlungspflicht der Beklagten bereits aus dem von ihrem ehemaligen Betreuer unterzeichneten und zeitlich nicht befristeten Kostenübernahmeschein vom 7. November 1978 ergibt, offen bleiben.

Jedenfalls beruht der Vertragsschluß für die Zeit vom 5. Oktober 1995 an auf einem konkludenten Verhalten der Parteien. Verbleibt nämlich ein Patient, obwohl er über das Ende der Kostenübernahme seitens der gesetzlichen Krankenkasse wegen Wegfalls der Behandlungsbedürftigkeit unterrichtet wurde und er weiß, daß der Krankenhausträger seine Leistungen nur gegen Bezahlung durch den Patienten selbst erbringt, gleichwohl im Krankenhaus, so gibt er durch schlüssiges Verhalten seinen Willen zu erkennen, einen Vertrag über die weitere stationäre Aufnahme und Betreuung zu dem dafür üblicherweise festgesetzten Pflegesatz zu schließen (BGHZ 102, 107, 111; OLG Koblenz NJW-RR 1991, 876, 877).

bb) Die Beklagte hat einer vertraglichen Vergütungspflicht letztlich auch nicht widersprochen. Mit Anwaltsschreiben vom 20. Oktober 1995 hat ihr Betreuer lediglich um Mitteilung gebeten, warum die Beklagte nunmehr wieder als Pflegefall eingestuft worden sei. Mit anwaltlichem Schreiben vom 10. Januar 1996 hat der Betreuer sodann darauf hinweisen lassen, daß noch ungeklärt sei, ob die Beklagte einen stationären Behandlungsfall im krankenversicherungsrechtlichen Sinne darstelle oder ob sie als reiner Pflegefall zu qualifizieren sei. Bevor keine Klarstellung vorliege, wolle er die Pflegekosten der Beklagten nicht begleichen.

Damit hat der Betreuer zunächst nur der Verneinung einer stationären Behandlungsbedürftigkeit widersprochen. Ob darin auch ein Widerspruch gegen die Kostenlast für den Fall zum Ausdruck gebracht wurde, daß keine stationäre Behandlungsbedürftigkeit festgestellt werden sollte, kann offen bleiben. Es spricht zwar viel dafür, daß sich der Betreuer lediglich gegen die Einstufung als Pflegefall wehren, im übrigen aber, falls er damit keinen Erfolg haben sollte, eine Kostenübernahme nicht ablehnen wollte. Das bedarf jedoch keiner Ent-

scheidung. Selbst wenn der Betreuer eine derartige Erklärung nicht abgab und die Kosten in keinem Fall bezahlen wollte, wäre ein solcher Widerspruch unbeachtlich. Ein Vertrag kommt auch dann wirksam zustande, wenn die Partei, die eine Leistung in Anspruch nimmt, die im allgemeinen nur gegen Entgelt erbracht wird, ausdrücklich erklärt, sie werde keine Vergütung zahlen. Sie muß in solchem Fall vielmehr den objektiven Erklärungswert ihres Verhaltens gegen sich gelten lassen. Zeigt nämlich jemand ein Verhalten, das nach Treu und Glauben und der Verkehrssitte nur als Ausdruck eines bestimmten Willens aufgefaßt werden kann, so ist seine wörtliche Verwahrung gegen eine entsprechende Deutung des Verhaltens unbeachtlich, denn er setzt sich in Widerspruch mit seinem eigenen tatsächlichen Verhalten (sog. *protestatio facto contraria*) und hat durch sein tatsächliches Verhalten die Geltendmachung einer anderweitigen Auslegung verwirkt (BGH, Urteile vom 16. Dezember 1964 - VIII ZR 51/63 - NJW 1965, 387, 388; vom 13. Juli 1970 - VIII ZR 241/68 - DB 1970, 1636; vgl. auch BGHZ 95, 393, 399).

So liegen die Dinge auch hier. Der Betreuer der Beklagten war sich darüber im klaren, daß ein Krankenhaus Leistungen wie hier nur gegen Entgelt zu erbringen pflegt und deshalb einen Vertrag über die stationäre Aufnahme bei fehlender Eintrittspflicht der gesetzlichen Krankenkasse nur abschließt, wenn der Patient die anfallenden Kosten selbst zahlt, wie dies in der Vergangenheit bei der Beklagten auch wiederholt der Fall war. Der Betreuer mußte zumindest damit rechnen, daß sich bei der von ihm gewünschten Prüfung die mangelnde stationäre Behandlungsnotwendigkeit der Beklagten herausstellen würde. Wenn er unter diesen Umständen die Beklagte dennoch im Krankenhaus beließ, so konnte sein Verhalten von dem Kläger nach Treu und Glauben nur dahin verstanden werden, daß er im Falle eines für ihn negativen Ausgangs der Prüfung die Kosten für die Beklagte zahlen werde.

Gründe, die den zwischen den Parteien stillschweigend zustande gekommenen Krankenhausvertrag ausnahmsweise als sittenwidrig erscheinen lassen könnten (vgl. BGHZ 102, 106), liegen hier nicht vor. Die Beklagte, die nach Feststellung des Landgerichts Vermögen besaß, war in der Vergangenheit stets in der Lage, die anfallenden Kosten zu bezahlen.

c) Dem Vergütungsanspruch stehen keine Gegenansprüche aus der Verletzung vertraglicher Nebenpflichten des Klägers entgegen. Derartige Gegenansprüche sind der Beklagten entgegen der Annahme des Berufungsgerichts nicht entstanden.

Es gehört zwar zu den Pflichten der Behandlungsseite, einen Patienten vor unnötigen Kosten und unverhältnismäßigen finanziellen Belastungen zu bewahren, soweit sie aus ihrer Expertenstellung heraus über bessere Kenntnisse und ein besseres Wissen verfügt (BGHZ 102, 106, 112; Senatsurteil vom 1. Februar 1983 - VI ZR 104/81 - VersR 1983, 443, 444; BGH, Urteil vom 19. Dezember 1995 - III ZR 233/94 - NJW 1996, 781). Dazu zählt auch ein rechtzeitiger Hinweis des Krankenhausträgers gegenüber einem Patienten über eine bevorstehende Umstufung von einem stationären Behandlungs- zu einem Pflegefall, damit sich der Patient möglichst frühzeitig auf das Erlöschen der Leistungspflicht der Krankenkasse einstellen kann und vor unnötigen finanziellen Belastungen bewahrt wird (BGHZ 102, 106, 112; OLG Koblenz NJW-RR 1991, 876, 877). Bei einem schuldhaften Verstoß gegen diese (wirtschaftliche) Aufklärungspflicht kann dem Patienten ein Schadensersatzanspruch zustehen, den er dem Anspruch des Krankenhausträgers auf Bezahlung der Behandlungskosten entgegenhalten kann.

Der Kläger hat indessen gegen diese Verpflichtung nicht verstoßen. Zunächst hat er den Betreuer der Beklagten mit Schreiben vom 4. Oktober 1995

aus medizinischer Sicht zutreffend darauf hingewiesen, daß die Beklagte ab dem 5. Oktober nicht mehr stationär behandlungsbedürftig sei, die Kosten von der Krankenkasse nicht mehr übernommen und der Beklagten diese nunmehr wieder privat in Rechnung gestellt würden. Dieser Hinweis war auch noch rechtzeitig. Der Betreuer der Beklagten war vom Kläger seit Anfang 1994 mehrfach, zuletzt mit Schreiben vom 8. Juni 1995, darauf hingewiesen worden, daß die Beklagte aus ärztlicher Sicht nicht mehr stationär behandlungsbedürftig sei, sondern als Pflegefall eingestuft werden müsse. Entsprechend waren der Beklagten seit Anfang 1994 Zeiträume ihres Klinikaufenthalts privat in Rechnung gestellt worden, die von ihr auch bezahlt wurden. Für den Betreuer der Beklagten handelte es sich bei dem Schreiben vom 4. Oktober 1995 mithin um keine inhaltlich neue Mitteilung, sondern lediglich um einen in der Vergangenheit bereits mehrfach erfolgten Hinweis. Im übrigen ist nicht ersichtlich, daß der Betreuer sich bei einem früheren Hinweis auf den Wegfall der stationären Behandlungsbedürftigkeit anders verhalten hätte. Dieser war nämlich der Auffassung, bei der Beklagten sei weiterhin eine stationäre Behandlung notwendig und eine Verlegung in ein Pflegeheim dürfe deshalb nicht erfolgen. Anzeichen dafür, daß er sich bei früherer Information um eine anderweitige Unterbringung der Beklagten bemüht hätte, sind nicht erkennbar und werden auch nicht geltend gemacht.

III.

Nach alledem ist das angefochtene Urteil aufzuheben. Da keine weiteren Feststellungen zu erwarten sind, macht der Senat von der Möglichkeit Gebrauch, durch Wiederherstellung des landgerichtlichen Urteils unter Zurück-

weisung der Berufung der Beklagten in der Sache selbst abschließend zu entscheiden (§ 565 Abs. 3 ZPO).

Groß

Dr. Lepa

Dr. v. Gerlach

Dr. Greiner

Wellner