

10 S 218/09  
20 C 8/09  
Amtsgericht Essen



Verkündet am 24.09.2009

L  
Justizbeschäftigte  
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

**Landgericht Essen**  
**IM NAMEN DES VOLKES**

**Urteil**

In dem Rechtsstreit

der N. I.

Klägerin und Berufungsklägerin,

Prozessbevollmächtigter:

Rechtsanwalt L

g e g e n

I AG

Beklagte und Berufungsbeklagte,

Prozessbevollmächtigte:

Rechtsanwälte C

hat die 10. Zivilkammer des Landgerichts Essen  
aufgrund der mündlichen Verhandlung vom 24.09.2009  
durch den Vorsitzenden Richter am Landgericht N, die Richterin am Landgericht S  
und die Richterin I  
für Recht erkannt:

Die Berufung der Klägerin gegen das am 03.04.2009 verkündete Urteil des  
Amtsgerichts Essen – Az: 20 C 8/09 – wird auf ihre Kosten zurückgewiesen.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

### Tatbestand

Wegen des Tatbestands wird auf die Feststellungen in dem angefochtenen Urteil Bezug genommen, § 540 II ZPO.

Das Amtsgericht hat die Klage abgewiesen. Die Berufung ist zugelassen worden. Mit der Berufung macht die Klägerin unter Wiederholung ihres bisherigen Vortrags geltend, das Amtsgericht habe den Begriff der stationären Behandlung nicht richtig interpretiert.

### Entscheidungsgründe

Die zulässige Berufung der Klägerin ist nicht begründet. Das Amtsgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen.

Die Klägerin kann von der Beklagten nicht Erstattung des ihr durch Prof. Dr. T mit Rechnung vom 7.7.2008, Blatt 15, berechneten Arzthonorars verlangen, weil deren Gegenstand nicht solche Leistungen sind, die von der zwischen den Parteien bestehenden stationären Zusatzversicherung erfasst werden.

Gem. Ziffer 1, 1 des Vertrags werden Aufwendungen für Wuhlleistungen ( gesondert berechnete Unterkunft im Ein – oder Zweibettzimmer sowie privatärztliche Behandlung; § 4 Teil II i AVB ) bei einer **stationären** Behandlung zu 100% erstattet.

Nach dem Inhalt der hier streitigen Rechnung wurde bei der Klägerin eine Magenspiegelung im Rahmen einer vorstationären Behandlung zur Verkürzung der Liegezeiten vorgenommen.

Nach zutreffender Ansicht, auf die auch das Amtsgericht von der Berufung unangegriffen geblieben abgestellt hat, ist maßgebliches Indiz für eine stationäre Behandlung die für die Dauer zumindest eines vollen Tagesablaufs behandlungsbedingte volle Eingliederung des Patienten auf der entsprechenden Fachstation und die Berechnung des Pflegesatzes durch das Krankenhaus ( Schoenfeldt/ Karlis in Bach/ Moser, Private Krankenversicherung, § 4 MB / KK Rdn. 71 ).

Ambulant ist eine Behandlung im Krankenhaus im Gegensatz dazu in der Regel dann, wenn sich der Aufenthalt des Patienten auf die Vornahme ärztlicher oder nichtärztlicher Maßnahmen beschränkt, die eine weitergehende Eingliederung in den Krankenhausbetrieb – etwa zur Vorbereitung oder Nachbeobachtung – nicht erfordern ( Schoenfeldt / Karlis aaO Rdn. 72 ).

Unstreitig ist die Klägerin nicht auf einer Fachstation aufgenommen worden. Zwar erfolgte die berechnete Untersuchung nach dem Rechnungsinhalt, wie bereits ausgeführt, im Rahmen einer vorstationären Behandlung.

Abgesehen davon, dass nicht nachvollziehbar dazu vorgetragen worden ist, der Vorbereitung welcher konkreten vollstationären Behandlung die Maßnahme diene – die Klägerin ist noch am 20.6.2008 wieder entlassen worden -, handelt es sich hierbei um einen im Rahmen der sozialen Krankenversicherung geprägten Begriff.

Gem. § 39 I Satz 1 SGB V wird die Krankenhausbehandlung vollstationär, teilstationär, vor – und nachstationär ( § 115 a SGB V ) sowie ambulant ( § 115 b ) erbracht.

Um die Kostenvorteile einer vor- oder nachstationären Krankenhausbehandlung nutzen zu können, erlaubt § 115 a SGB V den Krankenhäusern, Versicherte, denen durch den behandelnden Arzt Krankenhausbehandlung verordnet wurde, in geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung zu behandeln. Vorstationäre Krankenhausbehandlung dient dazu, insbesondere durch diagnostische Maßnahmen die Notwendigkeit vollstationärer Krankenhausbehandlung zu klären und deren Durchführung vorzubereiten. Da dies ohne Unterkunft und Verpflegung erfolgt und die Maßnahme auf einen kurzen Zeitraum beschränkt ist, handelt es sich um eine Form der ambulanten Behandlung (Krauskopf, Soziale Krankenversicherung , Pflegeversicherung § 39 SGB V Rdn. 9 ).

Ambulant erbrachte ärztliche Leistungen werden aber nicht von der zwischen den Parteien bestehenden Zusatzversicherung erfasst.

Die Klägerin kann nicht damit gehört werden, der in Ziffer 1,1 des Versicherungsvertrags gewählte Begriff der stationären Behandlung sei im Hinblick auf § 305 c II BGB so auszulegen, dass davon auch eine vorstationäre Behandlung erfasst wird.

Das Amtsgericht hat in diesem Zusammenhang zutreffend darauf abgestellt, dass Versicherungsbedingungen so auszulegen sind, wie sie ein verständiger Versicherungsnehmer ohne versicherungsrechtliche Spezialkenntnisse versteht.

Mit dem Begriff der stationären Behandlung wird unter Berücksichtigung des allgemeinen Sprachgebrauchs die zumindest einen Tag andauernde Integration des Patienten in den allgemeinen Krankenhausbetrieb verbunden. Das sachgerechte Verständnis des hier in Rede stehenden Begriffs der vorstationären Behandlung erfordert jedoch besondere Kenntnis des sozialen Krankenversicherungsrechts, über die ein verständiger Versicherungsnehmer, auf dessen Horizont abzustellen ist, üblicherweise nicht verfügt.

Daraus folgt zugleich, dass entgegen der von der Klägerin vertretenen Ansicht § 115 a SGB V nicht im Rahmen der Auslegung des zwischen den Parteien bestehenden Vertrags heranzuziehen ist.

Die in diesem Zusammenhang zitierte Rechtsprechung rechtfertigt keine der Klägerin günstigere Deutung. Sie betrifft eine nicht vergleichbare Fallgestaltung. Im Urteil des BGH vom 29.6.1994 – AZ: IV ZR 129/93 – ging es um die Auslegung einer Diebstahlsklausel. Da dort der Begriff des Diebstahls explizit angeführt worden war, hat der BGH entschieden, dass dem verständigen Versicherungsnehmer hierdurch verdeutlicht werde, dass nur dann Leistungen erbracht werden sollen, wenn bezogen auf den versicherten Gegenstand der mit Strafe bedrohte Tatbestand des Diebstahles erfüllt ist.

Anders als dort wird in der hier in Rede stehenden Klausel nicht der Begriff der vorstationären Behandlung verwendet.

Selbst wenn im Rahmen der Auslegung der von der Beklagten formulierten Umschreibung der Versicherungsleistungen §§ 39, 115 a SGB V heranzuziehen wären, ergäbe dies unter Berücksichtigung der zuvor zitierten einschlägigen Fachliteratur, dass eine vorstationäre Behandlung keine stationäre Behandlung im übergekommenen Sinne darstellt.

Auch kann der Begriff der stationären Behandlung nicht so verstanden werden, dass hiervon stets dann auszugehen ist, wenn die Mittel des Krankenhausbetriebes zur Verfügung stehen, unabhängig davon, ob sie tatsächlich in Anspruch genommen werden. Denn eine solche Definition würde die Unterscheidung zwischen stationärer und ambulanter Krankenhausbehandlung überflüssig machen.

Der Umstand, dass die Beklagte der Klägerin im Jahre 2004 versehentlich das für eine unter identischen Bedingungen durchgeführten Darmspiegelung berechnete privatärztliche Honorar erstattet hat, veranlasst zu keiner anderen Bewertung. Die Beklagte hatte zutreffend mit Schriftsatz vom 12.3.2009 darauf verwiesen, dass infolge dessen kein Vertrauenstatbestand zu Gunsten der Klägerin erzeugt worden ist.

Die Nebenentscheidungen folgen aus §§ 97, 708 Nr. 10 ZPO.

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des § 543 II ZPO, da in Literatur und Rechtsprechung kein Streit darüber besteht, wie der hier maßgebliche Begriff der stationären Behandlung zu definieren ist.