

Die Kosten der stationären Psychiatrie und Psychotherapie in der privaten Krankenversicherung

Dr. Sascha Berst, Rechtsanwalt, Freiburg i. Br.*

I. Einleitung

In den vergangenen Jahren und Jahrzehnten hat sich das Gesicht der stationären Psychiatrie ganz erheblich verändert¹. Galten früher insbesondere schwere und lang anhaltende psychiatrische Leiden als chronifizierte Dauerzustände, von denen man annahm, sie seien medizinisch-ärztlich nicht mehr beeinflussbar², kam insbesondere in den Jahren nach 1980 ein neues Verständnis solcher Erkrankungen auf, das in verstärktem Maß auch neue Behandlungsmöglichkeiten eröffnete³. Neue Konzepte sehen den Verlauf psychischer/psychiatrischer Erkrankungen durch das Bewältigungsverhalten der betroffenen Personen, durch Einflüsse der sozialen Umgebung sowie einige weitere, beispielsweise auch genetische Faktoren bestimmt und reagieren hierauf, indem sie bei der Behandlung biologische (Arzneimittel, Reiztherapie), psychologische (Psychotherapie, Verhaltenstherapie) und sozialtherapeutische Verfahren (Milieugestaltung, lebenspraktisches Alltagstraining) kombinieren. In den Krankenhäusern erfolgt die Behandlung durch ein multiprofessionelles Team von Ärzten, Therapeuten, Pädagogen und besonders geschultem Pflegepersonal. Konkret kann hier ein Patient ganz „klassisch“ psychiatrisch-pharmakologisch medikamentiert, dann aber in einzel- und gruppentherapeutischen Sitzungen psychotherapeutisch weiterbehandelt werden. Im Zuge der Weiterbehandlung werden auch „weiche“ therapeutische Ansätze wie Mal-, Reit- oder Balneotherapien eingesetzt. Patienten mit Phobien werden bei Verrichtungen des täglichen Lebens begleitet, um ihren Ängsten entgegenzuwirken und sie auf ein Leben in normaler Umgebung einzustellen.

Auf der Basis dieses multidimensionalen und multiprofessionellen Ansatzes gelten heute auch zum Teil schwerwiegendste psychiatrische Erkrankungen wie beispielsweise die Schizophrenie als behandel- und heilbar⁴. Diese Entwicklung war natürlich nicht auf das staatliche Gesundheitswesen beschränkt, sondern wurde von zahlreichen psychiatrisch arbeitenden Privatkliniken mitgeprägt oder doch übernommen. Während sich aber die Rechtsprechung der Sozialgerichte sehr früh und sehr dezidiert mit den durch diesen Prozess aufgeworfenen Fragen beschäftigt hat – hier geht es u. a. um die Abgrenzung zwischen Heil- und Reha-Behandlung und deren Zuordnung zum jeweiligen Kostenträger⁵ – gibt es bis heute erst wenig obergerichtliche Rechtsprechung zum privaten Krankenversicherungsrecht, die die durch die neuen Therapien aufgeworfenen Fragen behandelt und keine Entscheidung, die sich insbesondere mit den Kombinationstherapien befasst. Dabei gibt es gerade in erster Instanz zunehmend Auseinandersetzungen über die Erstattung der bei solchen Klinikaufenthalten erwachsenden Heilbehandlungskosten⁶. Hier geht es regelmäßig um die Frage der Notwendigkeit der stationären Heilbehandlung, um die Abgrenzung der versicherten Heilbehandlung von der nicht versicherten Sanatoriums- oder Reha-Behandlung, die Unterscheidung zwischen Krankenhaus und gemischter Anstalt sowie um die Wirksamkeit von Versicherungsbedingungen, die die Kostenübernahmepflicht stationärer oder ambulanter Psychotherapie einzuschränken versuchen. Die damit verbundenen Probleme sollen hier dargestellt und anhand der bisher ergangenen Rechtsprechung erörtert werden.

II. Psychische Krankheit und stationärer Krankenhausaufenthalt

1. Psychische Krankheit

Dass auch die Behandlung psychischer Erkrankungen zum allgemein versicherten Risiko in der privaten Krankenversicherung gehört, kann nicht weiter zweifelhaft sein. Krankheit i. S. d. § 178 b VVG ist ein anormaler körperlicher oder *geistiger* Zustand, der eine nicht ganz unerhebliche Störung körperlicher oder geistiger Funktionen mit sich bringt⁷. Darauf, ob die Störung einem bestimmten medizinisch diagnostizierten Krankheitsbild zugeordnet werden kann, kommt es nicht an⁸. Entscheidend für die Diagnose einer Krankheit bzw. für die Bewertung eines anomalen körperlichen oder geistigen Zustands als behandlungsbedürftige Krankheit sind die Erkenntnisse und Standards der Medizin. Danach sind heutzutage insbesondere Psychosen und Neurosen mit ihren diversen Unterformen (Demenz, Depression, Dysthymia, Schizophrenie u. a.) als psychische Erkrankungen anerkannt⁹, wobei die Krankheitswertigkeit der Neurose je nach Begrifflichkeit problematisch ist¹⁰.

Die Beweislast für das Vorliegen einer behandlungsbedürftigen Krankheit liegt im Streitfall beim VN¹¹. Diesen Beweis kann er im Prozess regelmäßig nur durch ein gerichtliches Sachverständigengutachten führen, das auf der Grundlage der ärztlichen Befunde sowie gegebenenfalls einer Untersuchung des Patienten erstellt worden ist. Die Benennung eines sachverständigen Zeugen, z. B. des behandelnden Arztes selbst, dagegen genügt regelmäßig nicht als Beweis¹². Die Einschätzung der den VN behandelnden Ärzte ist im Rahmen der Begutachtung von Bedeutung, kann diese aber nicht ersetzen.

2. Stationäre Heilbehandlung

Die Kosten der *stationären* Heilbehandlung der psychischen Erkrankung sind regelmäßig nur dann zu erstatten, wenn eine ambulante Behandlung den erstrebten Erfolg nicht gleichermaßen erzielen konnte¹³. Dass die stationäre Heilbehandlung insbesondere wegen der intensiveren Betreuung nützlicher ist als die ambulante Therapie, genügt hierzu nicht. Die stationäre Heilbehandlung ist aber als notwendig anzusehen, wenn sie

* Dr. Sascha Berst ist Sozulus der in Freiburg i. Br. ansässigen Kanzlei Lübbert, Haaf, Beeretz, Berst & Kollegen. Das Medizinrecht gehört zu seinen Schwerpunkten.

1 Vgl. hierzu BSG vom 16. 2. 2005 – B 1 KR 18/03 R – juris Tz. 24 ff.

2 Vgl. beispielsweise BSGE 59, 116 (118).

3 Die medizinische Entwicklung beschreibt sehr ausführlich: BSG vom 20. 1. 2005 – B 3 KR 9/03 R – juris Tz. 22 ff.

4 BSG vom 16. 2. 2005 – B 1 KR 18/03 R – juris.

5 Vgl. insbesondere BSG vom 16. 2. 2005 – B 1 KR 18/03 R – juris und vom 20. 1. 2005 – B 3 KR 9/03 R – juris.

6 Nach dem Tätigkeitsbericht des Ombudsmanns Private Krankenversicherung betrafen im Jahr 2005 2,8 % der an ihn gerichteten Beschwerden allein den Problembereich der Abgrenzung der gemischten Anstalt vom Akutkrankenhaus.

7 *Prölss/Martin*, VVG 27. Aufl. 2004 § 1 MBKK Rn. 4.

8 OLG Hamm VersR 1997, 1342.

9 Vgl. nur *Schumann/Reuter*, Essays zu den Stichworten: „Neurosen“ und „Psychosen“ in Springer-Lexikon Medizin 2004.

10 Hierzu: *Witter* VersR 1981, 301 und NJW 1964, 1166.

11 BGH VersR 1979, 221.

12 LG Frankfurt/M. VersR 1993, 1138.

13 *Prölss/Martin* aaO (Fn. 7) § 1 MBKK 94 Rn. 44.

gegenüber der ambulanten Behandlung die wesentlich größeren Erfolgchancen aufweist¹⁴, wobei die Notwendigkeit der Heilbehandlung ex post nur noch auf ihre objektive Vertretbarkeit überprüft werden¹⁵ und im Prozess wiederum nur im Wege des Sachverständigenbeweises festgestellt werden kann. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Notwendigkeit der stationären Heilbehandlung gerade auf einem besonderen Persönlichkeitsprofil des VN beruht, was gerade bei psychischen Erkrankungen sehr häufig der Fall sein wird. Typische Mittel der Therapie wie das Herauslösen aus dem häuslichen Milieu, die Gewöhnungen des Patienten an einen klaren Tagesablauf und die Durchbrechung pathologischer Gewohnheiten sind oft nur im Rahmen eines Krankenhausaufenthalts möglich, weshalb schon bei mittleren Depressionen ein durchaus längerer Krankenhausaufenthalt indiziert sein kann¹⁶. Allerdings ist gerade im Fall einer längeren psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlung in einer Klinik die Dauer der Behandlung kritisch zu prüfen, denn die Frage nach der Notwendigkeit der stationären Heilbehandlung stellt sich jeden Behandlungstag neu¹⁷. Die Verweilzeiten in psychiatrisch-psychologisch arbeitenden Kliniken sind dabei nicht unerheblich. Bei einer rezidivierenden Depression liegt diese durchschnittlich bei 68, bei bipolaren Störungen bei 74, bei depressiven Episoden bei 62 und bei Dysthymia bei 58 Tagen. Die mittlere Behandlungsdauer einer Anpassungsstörung beträgt 48,5 Tage¹⁸.

Entgegen einer weit verbreiteten Auffassung muss der stationären Heilbehandlung aber kein ambulanter Heilungsversuch vorausgegangen sein. Dies folgt schon daraus, dass es psychische Erkrankungen gibt, die sich akut manifestieren und innerhalb kürzester Zeit verschlimmern können, sofern der Patient nicht eine effektive ärztliche Betreuung erfährt, beispielsweise im Fall der Dekompensation depressiver Patienten¹⁹. Eine erfolglose ambulante Behandlung besitzt für die Erforderlichkeit der stationären Behandlung allenfalls Indizwirkung.

III. Heilbehandlung vs. Reha- und Sanatoriumsbehandlung

1. Problemstellung

Die private Krankenversicherung bietet Versicherungsschutz für die medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen, leistet aber nicht bei Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen²⁰. Bei der Frage der Erstattungsfähigkeit von Heilbehandlungskosten einer psychiatrisch-psychotherapeutisch arbeitenden Privatklinik stellt sich damit das zentrale Problem der Unterscheidung zwischen medizinisch notwendiger Heilbehandlung und nicht versicherter Sanatoriums- oder Reha-Behandlung.

In Anlehnung an ältere Rechtsprechung der Sozialgerichte wird hier oft argumentiert, die Heilbehandlung habe in erster Linie die Genesung des Patienten, die Sanatoriumsbehandlung dagegen die Wiederherstellung seiner Arbeitsfähigkeit zum Ziel²¹. Wie die Rechtsprechung des BGH aber klar herausgearbeitet hat, ist dieses Abgrenzungskriterium unzureichend. Sowohl die Heilbehandlung im engeren Sinn als auch die Sanatoriumsbehandlung oder Kur bezwecken gleichermaßen Heilung oder Linderung von Krankheiten²². Eine Heilung wird in der Regel auch die Arbeitsfähigkeit wiederherstellen, umgekehrt setzt Arbeitsfähigkeit in der Regel Gesundheit voraus. Dementsprechend steht der Begriff der Kur- oder Sanatoriumsbehandlung auch nicht im Gegensatz zum Begriff der medizinisch notwendigen Heilbehandlung²³. Die Übergänge sind vielmehr fließend, zumal anerkannt ist, dass sich die rehabilitative Medizin

und die Akut-Medizin gleicher Behandlungsmethoden bedienen können. Insbesondere die Psychotherapie steht beiden Disziplinen als Behandlungsform zur Verfügung²⁴.

Mitunter wird die Unterscheidung der Behandlungsformen daher anhand der zu therapierenden Erkrankung selbst versucht und behauptet, dass insbesondere chronische Erkrankungen nur noch der Rehabilitation, dagegen keiner Krankenbehandlung im engeren Sinn mehr zugänglich seien. Auch dieses Unterscheidungsmerkmal ist jedoch zu verwerfen. Bevor nicht sämtliche Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind, wird sich gerade eine psychische Erkrankung kaum abschließend als chronisch oder heilbar qualifizieren lassen. Darüber hinaus umfasst die private Krankenversicherung gerade auch Versicherungsschutz für die Behandlung chronischer Erkrankungen, sofern die Therapie mit nicht nur geringer Wahrscheinlichkeit geeignet ist, einer Verschlimmerung der Erkrankung entgegenzuwirken oder deren Verlauf zumindest zu verlangsamen²⁵.

2. Lösungsansätze

Angesichts dieser Schwierigkeiten hat die neuere Sozialrechtsprechung zur Abgrenzung der stationären Krankenhausbehandlung von der Reha-Maßnahme oder Kur vor allem formelle Kriterien entwickelt²⁶. Wesentlich ist hier beispielsweise die Zulassung der Einrichtung, in welcher die therapeutische Maßnahme durchgeführt wird.

Ein dem Sozialrecht vergleichbares Zulassungssystem gibt es im Bereich der privaten Krankenversicherer jedoch nicht und der BGH hat es schon früh abgelehnt, anstelle der Zulassung der Klinik auf deren Gewerbeausübung zu rekurrieren²⁷. Wie es seine Rechtsprechung aufzeigt, wird man also tatsächlich eine Qualifizierung der therapeutischen Maßnahmen selbst versuchen müssen²⁸. So beurteilt die Rechtsprechung den Behandlungscharakter bei der Therapie somatischer Erkrankungen am Einsatz chemischer Mittel, der bekannten Apparatedechnik, stetiger Bettruhe und den anderen typischen Instrumenten der Akutkliniken²⁹. Eine Depression kann man aber weder operieren noch ausschließlich durch den Einsatz von Psychopharmaka heilen; Bett-ruhe anzuordnen, wäre in vielen Fällen geradezu kontraindiziert³⁰. Es liegt daher nahe, sich bei der Qualifikation der Krankenbehandlung an den Verfahren und Methoden zu orientieren, die beispielsweise in Landeskrankenhäusern zur Behandlung psychischer und psychiatrischer Erkrankungen gebraucht werden und von psychiatrisch arbeitenden Reha-Kliniken abweichen. Hier sind insbesondere die Behandlungsdichte, das Zahlenver-

14 Prölss/Martin aaO (Fn. 7) § 1 MBKK 94 Rn. 44.

15 Prölss/Martin aaO (Fn. 7) § 1 MBKK 94 Rn. 25 sowie BGHZ 133, 208 (215) = VersR 1996, 1224 (1226).

16 OLG Hamm VersR 1992, 222 = r+s 1991, 280.

17 OLG Köln r+s 1998, 125.

18 Vgl. Härter et al. DÄBl 2004, A 1970 (1971).

19 Huber, Psychiatrie 6. Aufl. S. 222 ff.

20 Vgl. hierzu § 1 Abs. 2 MBKK einerseits und § 5 Abs. 1 d MBKK andererseits – abgedr. und kommentiert u. a. bei Prölss/Martin aaO (Fn. 7) S. 1807 ff.

21 Vgl. nur Bach/Moser, Private Krankenversicherung 3. Aufl. 2002 § 5 MBKK Rn. 46.

22 Grundlegend BGH VersR 1995, 1040.

23 Prölss/Martin aaO (Fn. 7) § 5 MBKK 94 Rn. 10.

24 Eikelmann et al. Nervenheilkunde 2006, 278 (279).

25 BGHZ 133, 208 (215) = VersR 1996, 1224 (1226).

26 Zum Folgenden BSG vom 20. 1. 2005 – B 3 KR 9/03 – juris.

27 BGH VersR 1971, 949.

28 BGH VersR 1995, 1040.

29 Bach/Moser aaO (Fn. 21) § 5 MBKK Rn. 37.

30 Faust, Depressionsfibel 2. Aufl. S. 98; Beck, Kognitive Therapie der Depression 2. Aufl. S. 160 ff.

hältnis zwischen Therapeuten und Patienten sowie die Unter- und Einordnung des Patienten in den Klinikablauf von entscheidender Bedeutung³¹.

Wird der Tagesablauf des Patienten im Wesentlichen durch Behandlungen geprägt (tägliche Visite, obligatorische Teilnahme an Gruppen- und Einzeltherapien), entspricht das Arzt-Patienten-Verhältnis dem für Landeskrankenhäuser üblichen Schlüssel und steht die Therapie im Wesentlichen unter ärztlicher Aufsicht³², ist von einer akuten medizinischen Heilbehandlung auszugehen. Unter diesen Voraussetzungen können dann auch Behandlungsformen, die nach „normalem“ Verständnis nicht zur spezifischen Krankenhausbehandlung gehören (Sport-, Bewegungs-, Entspannungstraining, autogenes Training), im Rahmen einer durch einen Arzt in einer Klinik durchgeführten Psychotherapie medizinisch notwendige Heilbehandlung sein³³. Ist der Tagesablauf des Patienten dagegen eher frei und entspricht das Arzt-Patienten-Verhältnis nicht dem eines psychiatrischen Krankenhauses, steht darüber hinaus eine gesunde Lebensführung (Sport, gesunde Ernährung, Einsatz von Heilwässern) zur Wiederherstellung der Gesundheit im Vordergrund, wird man eher von einer Reha-Maßnahme oder einem Kuraufenthalt ausgehen können³⁴.

IV. Gemischte Anstalten

1. Problemlage

Ist die Behandlung des Patienten als medizinisch notwendige Heilbehandlung erkannt, ist damit eine abschließende Entscheidung über die Erstattungsfähigkeit der hier entstandenen Kosten aber noch nicht getroffen. Die nächste Frage, die sich im Zusammenhang mit der Anwendung von Komplextherapien in privaten Krankenhäusern stellt, ist nämlich, ob diese nicht als gemischte Anstalten i. S. d. § 4 Abs. 5 MBKK einzuordnen sind, also gleichzeitig Akutbehandlungen und Reha- oder Sanatoriumsbehandlungen durchführen. In diesem Fall ist die Erstattung der Heilbehandlungskosten von einer vorherigen schriftlichen Leistungszusage des Versicherers abhängig, auf die vonseiten des VN grundsätzlich kein Anspruch besteht³⁵.

Sinn und Zweck dieser Vorschrift ist es – hierüber besteht weitgehend Einigkeit –, die privaten Krankenkassen von den Kosten von Sanatoriumsbehandlungen und -maßnahmen zu entlasten. Es soll im Einzelnen ausgeschlossen werden, dass der VN während einer medizinisch indizierten stationären Heilbehandlung kostenerhöhenden Therapien aus dem Bereich des Kur- und Sanatoriumswesens unterzogen wird oder Einrichtungen genießt, die diesem Bereich zuzuordnen sind. Insbesondere soll dem privaten Krankenversicherer jede nachträgliche Überprüfung der Notwendigkeit einer Einzelmaßnahme oder deren Zuordnung zur Heilbehandlung einerseits oder Kur- oder Sanatoriumsbehandlung andererseits erspart werden³⁶.

Während diese Grundsätze anerkannt sind, ist die eigentliche Auslegung der Norm, also der Begriff der gemischten Anstalt selbst, höchst umstritten, stehen sich hier doch die Auffassung des BGH und eine abweichende Meinung des Großteils der juristischen Literatur sowie einiger Instanzgerichte gegenüber. Der BGH hatte bisher zweimal Gelegenheit, sich mit der Auslegung des § 4 Abs. 5 MBKK zu beschäftigen. Ein erstes Urteil datiert aus dem Jahr 1971, die weitere und hier maßgebliche Entscheidung stammt aus dem Jahr 1980. Im Jahr 1971 stellt der BGH lediglich fest, dass es für den Begriff der gemischten Anstalt nicht darauf ankomme, ob die zu beurteilende Klinik über eine Gewerbeerlaubnis nach § 30 GewO verfüge, sondern auf das Klinikangebot, wie es sich aus der objektiven Sachlage und den

vorhandenen Prospekten ergibt³⁷. 1980 hatte sich der BGH dann mit einer Klinik zu befassen, die neben der üblichen Krankenversorgung auch „Annehmlichkeiten“ bot, die man nach damaligem Verständnis für gewöhnlich einem Sanatorium vorbehalten glaubte. In diesem Urteil nahm der BGH eine restriktive Auslegung des § 4 Abs. 5 MBKK vor und entschied, nur solche Kliniken könnten als gemischte Anstalten bezeichnet werden, die zwei *verschiedene* Personengruppen aufnehmen, von denen die eine eine Krankenhausbehandlung im engeren Sinn erfährt, während die Angehörigen der anderen Gruppe wie Kur- oder Sanatoriumspatienten behandelt werden³⁸.

Diese Interpretation leitete der BGH maßgeblich aus dem Wortlaut der Vorschrift her. Sinn und Zweck der Klausel bestehe zwar darin, den Versicherer von der schwierigen nachträglichen Überprüfung zu entheben, ob der Aufenthalt in einer gemischten Anstalt als Krankenhausaufenthalt im engeren Sinn oder als Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt anzusehen sei. Dies beziehe sich aber nicht auf vorhandene Einrichtungen, sondern auf verschiedene Patientengruppen.

An diesem Punkt setzt nun die Kritik der Lehre und einiger Instanzgerichte an. Stimme man überein, dass der Zweck des § 4 Abs. 5 MBKK darin bestehe, die privaten Krankenkassen von den Kosten von Sanatoriumsbehandlungen und -maßnahmen zu entlasten, so werde dieser Zweck nur dann verwirklicht, wenn auch solche Krankenhäuser aus dem Leistungsspektrum der privaten Krankenkassen ausgeschlossen würden, die zwar keine Kurgäste aufnehmen, ihre Kranken aber mit Annehmlichkeiten versorgen, die *üblicherweise* den Sanatorien oder Kurkliniken vorbehalten sind. Denn es liege auf der Hand, dass gerade solche Einrichtungen (Trinkkuren und Diäten, Spiel- und Sportgelegenheiten) die Kosten der Heilbehandlung in die Höhe treiben und die Versichertengemeinschaft zu Unrecht belasten. Dieser Auffassung haben sich in der Literatur die maßgeblichen Kommentare u. a. von *Bach/Moser*³⁹, *Müller-Stein*⁴⁰ und *Prölss/Martin*⁴¹ angeschlossen. Sie wird auch von einigen Instanzgerichten, insbesondere vom LG Bochum⁴² und vom LG Stuttgart⁴³, geteilt.

2. Diskussion

So einleuchtend diese Meinung auf ersten Blick scheint, so wenig hält sie einer näheren methodischen Überprüfung stand. Tatsächlich behandelt sie § 4 Abs. 5 MBKK wie ein Gesetz und nutzt zum Verständnis dieser Tarifnorm zulasten des Versicherungskunden Methoden der Gesetzesauslegung, insbesondere die teleologische Interpretation. Dies jedoch ist unzulässig⁴⁴. Die MBKK sind keine Gesetze, sondern AGB. Sie müssen daher auch entsprechend der hierzu geltenden Normen, insbesondere nach § 305 c BGB, ausgelegt werden. Da-

31 BGH VersR 1995, 1040.

32 Dieses Kriterium betont zu Recht OLG Karlsruhe VersR 2006, 1203 = NJOZ 2006, 1408.

33 OLG Karlsruhe VersR 2006, 1203 = NJOZ 2006, 1408.

34 BGH VersR 1995, 1040.

35 Herrschende Meinung vgl. nur *Prölss/Martin* aaO (Fn. 7) § 4 MBKK 94 Rn. 27 m. w. N.

36 Statt aller *Bach/Moser* aaO (Fn. 21) § 5 MBKK Rn. 94 ff.

37 BGH VersR 1971, 949.

38 BGH zfs 1981, 247.

39 *Bach/Moser* aaO (Fn. 21) § 4 MBKK Rn. 111.

40 *Müller-Stein* in Handbuch des Versicherungsrechts 1. Aufl. 2000 § 16 Rn. 68.

41 *Prölss/Martin* aaO (Fn. 7) § 4 MBKK 94 Rn. 25.

42 LG Bochum VersR 1997, 441.

43 LG Stuttgart VersR 1989, 1254.

44 OLG Nürnberg VersR 2002, 605.

nach findet jede Auslegung der Tarifnorm in ihrem Wortlaut und in der Unklarheitenregel des § 305 c Abs. 2 BGB ihre Grenze. Zweifel bei der Auslegung der Geschäftsbedingungen gehen zulasten des Verwenders⁴⁵, nicht zulasten des VN.

Hier muss zunächst festgestellt werden, dass der Wortlaut des § 4 Abs. 5 MBKK grundsätzlich mehrere Deutungen zulässt. Er kann – ganz im Sinne des BGH – in der Weise zu lesen sein, dass nur solche Krankenhäuser als gemischte Anstalten gelten, die zwei verschiedene Personengruppen aufnehmen und unterschiedlich therapieren. Die Norm kann aber durchaus auch im Sinne der herrschenden Lehre so zu verstehen sein, dass sie alle Krankenhäuser erfasst, die neben Einrichtungen der Heilbehandlung im engeren Sinn auch Sanatoriumseinrichtungen aufweisen.

Stellt man jedoch zwei Auslegungsmöglichkeiten fest, die beide gleichermaßen plausibel sind, ist eine Auslegung, die zulasten der Versicherungswirtschaft geht, *zwingende* gesetzliche Folge. Dies kann nur die Auslegung sein, die der BGH bereits im Jahr 1980 zur Deutung der Tarifnorm herangezogen hat. Neben diesem formalen Argument spricht aber auch ein gewichtiger Sachgrund gegen die herrschende Literaturmeinung: Es ist völlig unstrittig, dass die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer psychischen Erkrankung vom Versicherungsschutz der privaten Krankenversicherer umfasst ist. Die hier notwendige Heilbehandlung kann aber keine andere als diejenige sein, die sich in der Psychiatrie seit dem Jahr 1980 als wirksame Behandlung psychischer Leiden herauskristallisiert hat, nämlich die gängige Komplextherapie unter Einschluss der Psychotherapie. Allein aus der Tatsache, dass ein Privatpatient nicht nur medikamentös behandelt wird, sondern darüber hinaus in Gruppen- und Einzeltherapien eingebunden ist und möglicherweise auch an weicheren Therapieformen teilnimmt, kann daher *nicht* auf das Vorliegen einer gemischten Anstalt geschlossen werden, weil ihm ansonsten das normale Leistungsspektrum moderner stationärer Psychiatrie vorenthalten würde – der Versicherungsschutz wäre ausgehöhlt. Sehr zu Recht hat daher insbesondere das OLG Karlsruhe in einer jüngst ergangenen, freilich noch nicht rechtskräftigen Entscheidung darauf hingewiesen, dass *alle* im Rahmen einer durch einen Arzt in einer Klinik überwachten und geführten psychotherapeutischen Behandlung angeordneten Begleittherapien (Sport-, Bewegungs- und Entspannungstraining etc.) zum Spektrum der medizinisch notwendigen Heilbehandlung und nicht zur Sanatoriumsbehandlung gehören. Sie können das Krankenhaus daher auch nicht zur gemischten Anstalt machen⁴⁶.

V. Psychotherapieklauseln

Zur Umgehung der dargestellten Abgrenzungsprobleme verwenden zahlreiche private Krankenversicherer in ihren AVB über die durch die MBKK hinaus empfohlenen Klauseln spezielle Regelungen zur Erstattungsfähigkeit von Psychotherapiekosten, sogenannte Psychotherapieklauseln. In der Regel wird auch hier die Kostenerstattung für ambulante oder stationäre psychotherapeutische Behandlung von einer vorherigen schriftlichen Zusage abhängig gemacht. Typisch sind die folgenden Bestimmungen:

Bei ambulanter und stationärer Psychotherapie wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben hat;

oder

Erstattungsfähig sind auch die Kosten für

Psychoanalyse und Psychotherapie, soweit Leistungen dafür vom Versicherer vorher schriftlich zugesagt wurden;

oder

Leistungen für psychotherapeutische Behandlungen werden im tariflichen Rahmen erbracht, wenn der Versicherer dies vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Die Genehmigung wird für höchstens 30 Sitzungen bzw., wenn eine stationäre Behandlung erforderlich ist, für 30 Tage während der Vertragsdauer erteilt⁴⁷.

Das Verständnis, die rechtliche Tragweite und die rechtliche Wirksamkeit dieser Klauseln sind außerordentlich umstritten und haben Rechtsprechung und Literatur in den vergangenen Jahren vielfach beschäftigt. Dabei sind die Fragen der Auslegung der Klauseln und die Diskussion über deren rechtliche Wirksamkeit im Grundsatz zu unterscheiden, stets bleibt jedoch die Wechselwirkung zwischen Auslegung und Wirksamkeitsdiskussion zu beachten.

1. Auslegung

Alein die Erörterung der Auslegung der Psychotherapieklauseln weist auf drei verschiedene Aspekte hin. Der erste betrifft die durch die Klausel begründete rechtliche Bindung des Versicherers. Wenn die Erstattung von psychotherapeutischen Leistungen von einer vorherigen Leistungszusage abhängig ist, stellt sich sofort die Frage, ob diese Leistungszusage erteilt werden muss, sofern nur eine behandlungsbedürftige Krankheit vorliegt, oder ob die Leistungszusage im Ermessen, möglicherweise sogar im Belieben des Versicherers steht.

In diesem Zusammenhang erschließt sich der zweite Problemkreis, die Frage nämlich, ob der Patient ungeachtet einer fehlenden Zusage Ersatz der notwendigen Heilbehandlungskosten verlangen kann, sofern nur im Übrigen die Leistungsvoraussetzungen gegeben waren. Der dritte und letzte Aspekt betrifft die Wirkung der Psychotherapieklauseln bei der heute üblichen Komplexbehandlung psychiatrischer Erkrankungen.

a) Zwei Meinungen haben sich gebildet, wenn es um die Beantwortung der Frage geht, ob der Versicherer Anspruch auf Erteilung der Leistungszusage besitzt. Nach der ersten Auffassung, die vor allem durch das LG und das OLG Köln vertreten wird, steht die entsprechende Zusage im – mehr oder minder – freien Ermessen des Versicherers. Nach dem Verständnis des 5. Senats des OLG Köln etwa handelt es sich bei den üblichen Psychotherapieklauseln um tertiäre Risikobegrenzungen in Form vertraglich vorgesehener Sondervereinbarungen. Danach ist die Entscheidung des Versicherers über die Erteilung oder Nichterteilung der Leistungszusage eine Ermessensentscheidung, auf die nur unter den engen Voraussetzungen des Rechtsmissbrauchs Anspruch bestehen soll⁴⁸.

Ähnlich argumentiert das LG Köln, das eine gedankliche Verbindung zwischen den Psychotherapieklauseln und § 4 Abs. 5 MBKK herstellt. Danach steht die Leistungszusage im freien Ermessen des Versicherers. Eine rechtliche Bindung, wie dieses Ermessen auszuüben sei, sieht es nur in Ausnahmefällen⁴⁹.

Die vom BGH und ihm folgend auch von *Pröiss* formulierte Gegenauffassung grenzt die üblichen Psychotherapieklauseln dagegen von der Regelung in § 4 Abs. 5 MBKK ab und räumt dem Versicherer bei Erteilung der Leistungszusage kein Ermessen ein. Zwar sei den üblichen Psychotherapieklauseln im Allgemeinen nicht zu

45 OLG Nürnberg VersR 2002, 605.

46 OLG Karlsruhe VersR 2006, 1203 = NJOZ 2006, 1408.

47 Vgl. entsprechende Tarifbestimmung in BGH VersR 1999, 745.

48 OLG Köln r+s 1996, 195 m. w. N.

49 OLG Köln VersR 1992, 1345.

entnehmen, wann der Versicherer die Zusage erteilen müsse; dies erschließe sich jedoch aus dem Zusammenhang der Bestimmungen. Das vom Versicherer umfassend gegebene Leistungsversprechen betreffe auch die Kosten der Psychotherapie. Ist sie notwendige Heilbehandlung, hat der VN Anspruch auf eine entsprechende Zusage, die dann die Grundlage für die Erstattung der Heilbehandlungskosten bilde⁵⁰.

b) Beginnt der VN eine Psychotherapie, ohne dass ihm eine Leistungszusage erteilt worden wäre, so hat er allerdings nach beiden Auffassungen keinen Anspruch auf Kostenersatz. Aus Sicht des LG und des OLG Köln ist dies konsequent. Wenn der Versicherer schon in der Zusage der Kostenerstattung frei ist, dann ist er dies erst recht bei der Kostenerstattung ohne vorherige Zusage.

Aber auch nach Auffassung von *Prölss* und des BGH ist die Leistungszusage wesentlicher Dreh- und Angelpunkt der Zahlungsverpflichtung des Versicherers. Ist dieser berechtigt, vor Beginn der Psychotherapie eine gerade *ex ante* zu treffende Überprüfung der Notwendigkeit der Heilbehandlung zu beanspruchen, entfällt seine Kostenerstattungspflicht, wenn diese Überprüfung nicht mehr erfolgen kann. Aus dem Umstand allerdings, dass ein Anspruch auf die Zusage besteht, folgen hier deutlichere Bindungen. So kann sich der Versicherer nach dieser Auffassung auf eine fehlende Zusage insbesondere dann nicht berufen, wenn im konkreten Fall Eile geboten war und die Zusage deswegen nicht eingeholt werden konnte⁵¹.

c) Welche Wirkungen Psychotherapieklauseln bei Komplex-Therapien haben sollen, ist noch völlig ungeklärt. Obwohl gerade die Kombination psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung heute zum gängigen Behandlungsstandard gehört, hat sich die Zivilrechtsprechung mit diesem Problemkreis bis heute nicht beschäftigt. Sind bei einem Leistungsausschluss infolge der Geltung einer Psychotherapieklausel auch psychiatrische Maßnahmen der stationären Heilbehandlung vom Kostenersatz ausgeschlossen oder gelten Psychotherapieklauseln generell nur dann, wenn die VN auch nicht ansatzweise psychiatrisch, sondern ausschließlich psychotherapeutisch behandelt werden? Die Frage ist gänzlich offen.

2. Wirksamkeit

Ebenso kontrovers wie die Diskussion über die Auslegung der Psychotherapieklauseln ist die Diskussion über deren Wirksamkeit. Dabei wird von einigen Autoren schon die Auffassung vertreten, die Wirksamkeit der Psychotherapieklauseln stehe generell nicht zur gerichtlichen Überprüfung, jedenfalls nicht anhand der Vorschriften über AGB. Zur Rechtfertigung beruft sich diese Auffassung namentlich auf Art. 4 Abs. 2 der EG-Richtlinie 93/13 über missbräuchliche Klauseln in Verbraucherverträgen. Danach sind Leistungsbeschreibung und Preisgestaltung privatrechtlicher Verträge der richterlichen Kontrolle grundsätzlich entzogen, sofern die entsprechenden Klauseln klar und verständlich abgefasst sind. Es sei nicht Sache des Richters zu entscheiden, welche Leistungen erbracht und welcher Preis hierfür verlangt wird⁵².

Zu Recht besteht dagegen die herrschende Auffassung auf einer Kontrolle der Psychotherapieklauseln anhand der Vorschriften über AGB. Es ist zwar richtig, dass die vertraglichen Hauptleistungspflichten auch nach der Vorstellung des deutschen Rechts kontrollfrei bleiben sollen. Die Gerichte können jedoch überprüfen, ob durch AGB nicht die Hauptleistungspflichten heimlich ausgehöhlt werden⁵³.

Auch die Rechtsprechung, die die grundsätzliche Überprüfbarkeit der Psychotherapieklausel bejaht, diskutiert deren Wirksamkeit aber kontrovers. Eine dem BGH zur Überprüfung gestellte Psychotherapieklausel, die Leistungen für stationäre und ambulante Behandlung von einer vorherigen schriftlichen Leistungszusage abhängig machte und diese zugleich auf 30 Sitzungen beschränkte, hat das Gericht in ihrem ersten Teil für wirksam und in ihrem zweiten Teil für unwirksam gehalten⁵⁴. Eine grundsätzliche Leistungsbeschränkung für Maßnahmen der Psychotherapie sei legitim, weil gerade diese Form der Therapie erfahrungsgemäß nicht nur als Heilbehandlung, sondern nicht selten zur allgemeinen Lebenshilfe, ja sogar als Statussymbol eingesetzt werde⁵⁵. Daraus erwachse ein besonderes Interesse des Versicherers an der Prüfung der medizinischen Indikation der Psychotherapie, und zwar vor deren Einsatz. Allerdings stelle es eine Aushöhlung des Versicherungsschutzes dar, trotz erwiesener Indikation ein Leistungsversprechen für die Heilbehandlung auf 30 Sitzungen zu beschränken⁵⁶.

Bis ins Jahr 1995 haben auch das LG Köln und das OLG Köln solche Psychotherapieklauseln für wirksam gehalten⁵⁷, obwohl diese Gerichte die Bestimmungen nicht als anspruchsbegründend deuteten. Eine Wende brachte jedoch ein Urteil des OLG Köln vom 7. 2. 1996⁵⁸. Nach dieser Entscheidung stellt eine Psychotherapieklausel insbesondere dann eine unangemessene Benachteiligung des Versicherungskunden dar, wenn sie undurchschaubar ist und unklar bleibt, unter welchen Voraussetzungen die Versicherung die schriftliche Zusage zu erteilen habe. AVB, mit denen der Versicherer seine Leistungsversprechen modifiziere bzw. der Sache nach einschränke, müssten klar und für den durchschnittlichen Kunden verständlich formuliert sein. Wenn – wie in der Regel und auch im entschiedenen Fall – eine Psychotherapieklausel unter der allgemeinen Überschrift „Umfang der Leistungspflicht“ versteckt werde und sich mit allgemeinen Auslegungsregeln nicht ermessen lasse, unter welchen Voraussetzungen das Leistungsversprechen stehe, sei das Transparenzgebot verletzt, die Klausel unwirksam.

3. Diskussion

Verlauf und Ergebnis sowohl der Auslegungs- als auch die Wirksamkeitsdiskussion zu den Psychotherapieklauseln sind unbefriedigend. Systematisch ist insbesondere der BGH-Rechtsprechung vorzuwerfen, keine Erklärung für die unterschiedliche Deutung der Psychotherapieklauseln einerseits und der Tarifnorm zu gemischten Anstalten andererseits vornehmen zu können. Obwohl beide Bestimmungen meist gleich formuliert sind und unter der gleichen Überschrift verwendet werden, sollen Psychotherapieklauseln dem Versicherungskunden grundsätzlich einen Anspruch auf Leistungszusage gewähren, § 4 Abs. 5 MBKK dagegen nicht. Unbefriedigend ist die Auffassung des BGH auch da, wo die Fallgruppe der unzulässigen Verweigerung der Leistungszusage diskutiert wird. Soll ein kranker und behandlungsbedürftiger

50 BGH VersR 1999, 745; *Prölss/Martin* aaO (Fn. 7) § 4 MBKK Rn. 3.

51 *Prölss/Martin* aaO (Fn. 7) § 4 MBKK Rn. 3.

52 Statt aller: *Bach/Moser* aaO (Fn. 21) § 4 MBKK Rn. 4.

53 *Beckmann/Matusche-Beckmann*, Versicherungsrechts-Handbuch 2004 § 10 Rn. 299; *Schimikowski*, Versicherungsvertragsrecht 3. Aufl. 2004 Rn. 421.

54 BGH VersR 1999, 745.

55 *Kalis* r+s 1996, 197.

56 BGH VersR 1999, 745; vgl. auch *Prölss/Martin* aaO (Fn. 7) § 4 MBKK 94 Rn. 3 a. E.

57 OLG Köln VersR 1992, 1345.

58 OLG Köln r+s 1996, 195.

Versicherungskunde denn tatsächlich darauf angewiesen sein, eine medizinisch notwendige Heilbehandlung zu verschieben und seine private Krankenversicherung auf Erteilung der Leistungszusage zu verklagen, wenn diese zu Unrecht verweigert wird, oder soll er sich in Behandlung begeben mit dem Risiko, die hier anfallenden und durchaus bedeutsamen Kosten selbst tragen zu müssen?

Darüber hinaus verletzt auch der BGH bei seiner Rechtsprechung die Grundsätze der ergänzenden Auslegung von AGB. Ähnlich wie die gesetzesähnliche Auslegung ist eine ergänzende Auslegung von Versicherungsbedingungen zwar zulässig, jedoch nur zugunsten des Versicherungskunden, nicht zu seinen Lasten⁵⁹. Die Frage, welche Auslegung dem Kunden günstig ist, ist aufgrund der Wechselwirkung von Wortlautinterpretation und Wirksamkeitskontrolle jedoch in zwei Schritten zu beantworten. Bevor das Gericht eine zunächst kundenfreundliche Deutung der Versicherungsbedingungen vornimmt, hat es die kundenfeindlichste mögliche Interpretation der Klausel auf ihre Wirksamkeit hin zu überprüfen⁶⁰. Erst wenn auch die kundenfeindliche Bestimmung wirksam wäre, darf das Gericht aufgrund systematischer und teleologischer Erwägungen eine kundenfreundliche Deutung der Bestimmung vornehmen. Diesen Kriterien wird die Entscheidung des BGH aus den Jahren 1999 aber nicht gerecht. Nach der kundenfeindlichen Deutung der Psychotherapieklauseln steht die Erteilung der Leistungszusage im Ermessen/Belie-

ben des Versicherers. Dies höhlt jedoch das grundsätzliche Leistungsversprechen des Krankenversicherers auf Kostenersatz im Fall medizinisch notwendiger Heilbehandlung aus. Die Klausel ist daher grundsätzlich als unwirksam zu betrachten. Damit bleibt kein Raum mehr für eine ergänzende Vertragsauslegung im Sinne einer angeblich kundenfreundlichen Deutung der Bestimmung.

VI. Fazit

Die Psychiatrie hat sich in den letzten 20 bis 30 Jahren entscheidend verändert. Während diese Veränderungen jedoch von der Sozialgerichtsrechtsprechung nachvollzogen wurde, fehlt bis heute eine umfassende juristische Auseinandersetzung mit allen durch die heute gängige Komplex-Therapie aufgeworfenen Fragen. Die Rechtsprechung hat zwar bereits einzelne Problemkreise angeschnitten und beleuchtet. Die Tatsache, dass die Psychiatrie selbst sich maßgeblich verändert hat, ist aber bis heute noch nicht ins Bewusstsein der zivilgerichtlichen Diskussion gerückt. Gerade von der Betrachtung der neuen Therapien müssen aber die Antworten auf die schwierigen Fragen des Versicherungsschutzes ausgehen.

59 Palandt/Heinrichs, BGB 65. Aufl. 2006 § 305 c Rn. 17.
60 BGHZ 133, 184 (189) m. w. N.

Die Bergung in der Transportversicherung

Dr. Dieter Schwampe, Rechtsanwalt, Hamburg*

Geraten Schiff und Ladung in Seenot und kommen Dritte zu Hilfe, entsteht ein vielfältiges Geflecht von Rechtsbeziehungen. Häufig wird der Berger aufgrund eines Vertrags tätig, der die Rechtsbeziehungen umfassend regelt. Geschieht dies nicht, enthält das Gesetzesrecht Vorschriften, die die Rechtsverhältnisse zwischen Berger und gerettetem Gut sowie deren Eigentümern regelt. Dieser Beitrag stellt diese schiffrechtsrechtlichen Rechtsverhältnisse nur einleitend kurz dar, grenzt die Bergung von anderen Rechtsinstituten ab und widmet sich dann im Wesentlichen der Frage, welche Auswirkungen die Bergung auf die Versicherungsverhältnisse des Schiffs und der Ladung hat.

I. Gesetzliche Regelungen im See- und Binnenschiffahrtsrecht

Die Ursprünge des Seerechts wie auch des Seeversicherungsrechts lassen sich weit zurückverfolgen. Für das heutige Deutsche Seerecht werden die Wurzeln in der Antike ausgemacht¹, für das Seeversicherungsrecht gar bei den Phöniziern². Das Rechtsinstitut der Bergung ist dagegen viel jüngeren Datums. Die erste Regelung eines Bergelohns soll sich in einem Edikt Kaiser Sigismunds aus dem Jahr 1415 finden³. Bis in das 18. Jahrhundert hinein gab es aber im Allgemeinen einen eher als rechtlos zu bezeichnenden Zustand, in dem gestrandetes Gut demjenigen zufiel, der es fand. Entsprechendes galt für die Errettung aus Seenot⁴. Erste gesetzliche Vorschriften über einen Bergelohn fanden sich im preussischen Allgemeinen Landrecht und verschiedenen landesrechtlichen oder gar lokalen Regelungen, die dann in Art. 742 ff. ADHGB zusammengefasst wurden. Diese Vorschriften wurden im Wesentlichen unverändert in das HGB 1897 übernommen.

Auf internationaler Ebene entstanden bereits Mitte des 19. Jahrhunderts Bestrebungen, das Bergungsrecht zu vereinheitlichen. Ergebnis dieser Bemühungen war 1910 der Abschluss des Brüsseler Übereinkommens zur einheitlichen Feststellung von Regeln über die Hilfeleistung und Bergung in Seenot (IÜS), welches nach Ratifizierung durch den Reichstag für das Deutsche Reich am 1. 3. 1913 Wirksamkeit erlangte⁵. Parallel dazu wurde das Recht der Bergung und Hilfeleistung des HGB an das IÜS angepasst. In dieser Form hatte das Recht Bestand bis zum Ersten Rechtsänderungsgesetz vom 21. 6. 1972, welches am 6. 4. 1973 in Kraft trat. Während nach altem Bergungsrecht dem Berger primär nur ein Pfandrecht an den geborgenen und geretteten Gegenständen zustand, wurde jetzt eine persönliche Verpflichtung des Eigentümers der geretteten Gegenstände eingeführt. Insofern blieb die Parallelität zum Havarie-grosse-Recht erhalten, welches bis 1972 gleichfalls nur eine dingliche Haftung für die Havereibeträge kannte, neben welcher seit 1972 die persönliche Haftung trat.

Die letzte große Umgestaltung, die das Bergungsrecht der Seeschifffahrt in die heutige Gestalt brachte, war das Internationale Bergungsübereinkommen von 1989, aufgrund dessen durch das Dritte Seerechtsänderungs-

* Der Autor ist Partner der Sozietät Dabelstein & Passehl, Hamburg/Leer.

1 Rabe, Seehandelsrecht 4. Aufl. Einl. Rn. 19 ff.

2 De la Motte in Thume/de la Motte, Transportversicherungsrecht München 2004 Einführung Rn. 31 ff.

3 Schimming, Bergung und Hilfeleistung im Seerecht und im Seeversicherungsrecht S. 2.

4 Rabe aaO (Fn. 1) vor § 740 Rn. 1; Schimming aaO (Fn. 3) S. 2 f.

5 RGBl 1913, 66 und 89.