OLG Nürnberg, Hinweisbeschluss v. 22.10.2026 – 8 U 1337/26 Ver

Titel:

Private Krankenversicherung, Gemischte Anstalt, Risikobegrenzung, Leistungsausschluss, Ermessensentscheidung, Kostenerstattung, Vergleichsvorschlag

Schlagworte:

Private Krankenversicherung, Gemischte Anstalt, Risikobegrenzung, Leistungsausschluss, Ermessensentscheidung, Kostenerstattung, Vergleichsvorschlag

Tenor

I. Der Senat hat das beiderseitige Vorbringen der Parteien in der Berufungsinstanz geprüft und vorläufig gewürdigt. Danach kann das angefochtene Urteil keinen Bestand haben. Das Landgericht hat die Rechtslage in entscheidungserheblicher Weise verkannt (§ 513 Abs. 1 ZPO). Der Senat rät den Parteien daher zu einer einvernehmlichen Lösung.

Im Einzelnen:

1. Die Parteien streiten über einen Anspruch des Klägers aus § 192 Abs. 1 VVG, § 1 Abs. 1 Satz 1 lit. a) MB/KK. Es spricht sehr viel dafür, dass der Erstattungsfähigkeit der klagegegenständlich geltend gemachten Kosten § 4 Abs. 5 MB/KK entgegensteht. Bei dieser Klausel, die keinen rechtlichen Bedenken begegnet (vgl. dazu OLG Frankfurt, r+s 2007, 68; OLG Hamm, r+s 1992, 64), handelt es sich um eine Risikobegrenzung.

a) Der Wortlaut dieser Vertragsbedingung enthält zwar nicht den Begriff der „gemischten Anstalt“, umschreibt aber deckungsgleich jene Behandlungseinrichtungen, die früher mit dem überkommenen Begriff „gemischte Anstalt“ definiert waren. Die Klausel hat ihren Hintergrund darin, dass bei sog. gemischten Anstalten die Feststellung erschwert wird, ob es sich um eine medizinisch notwendige Krankenhaushandlung – und damit um einen Versicherungsfall – oder einen grundsätzlich nicht versicherten Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt i.S.v. § 6 Abs. 1 lit. d) MB/KK 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 (vgl. BGH, Urteile vom 16.02.1983 – IVa ZR 20/81, VersR 1983, 576 und vom 29.01.2003 – IV ZR 257/01, NJW-RR 2003, 598, 599).

Dem Versicherten ist es in der Regel auch zumutbar, sich vor Beginn der Behandlung in einer gemischten Anstalt mit dem Versicherer ins Benehmen zu setzen. Die rechtzeitige Abklärung liegt ausschließlich in seinem Verantwortungsbereich. Im Übrigen hat er die Möglichkeit, die ausgeschlossenen Risiken separat zu versichern (vgl. MüKo-VVG/Hütt, 3. Aufl., § 192 Rn. 57). Letztlich ist es für die Anwendung des § 4 Abs. 5 MB/KK aber unerheblich, ob dem Versicherungsnehmer der Charakter einer Klinik als gemischter Anstalt und die Notwendigkeit der Einholung einer vorherigen schriftlichen Leistungszusage bekannt sind (vgl. OLG Köln, r+s 1993, 231, 232).

b) Bereits mit der Klageerwiderung hatte die Beklagte eingewandt, dass es sich bei der hier betroffenen Klinik M. in B. um eine sog. gemischte Anstalt im Sinne der genannten Klausel handelt. Sie hatte hierbei u.a. auf eine vom Verband der Privaten Krankenversicherung geführte Liste verwiesen (Anlage B 2).

Für den Begriff der gemischten Anstalt ist ausschlaggebend, ob nach objektiver Sachlage und nach dem Gesamtbild der Einrichtung sowohl normale Krankenhausbehandlungen durchgeführt werden als auch in nicht unerheblichem Umfang Sanatoriumsbehandlungen. Für letztere ist kennzeichnend, dass die Patienten, die in der Regel an leichteren chronischen Krankheiten leiden oder nach einem Krankenhausaufenthalt bereits weitgehend genesen sind, durch eine geregelte Lebensweise, eine zweckmäßige Diät oder durch die Herausnahme aus der gewohnten Umgebung und die Fernhaltung störender Umwelteinflüsse völlig wiederhergestellt werden sollen (vgl. BGH, Urteil vom 04.05.1983 – IVa ZR 113/81, NJW 1983, 2088, 2090; OLG Koblenz, r+s 1994, 69, 70). Es genügt, dass die Anstalt auch Kuren oder Sanatoriumsbehandlungen durchführt, auch wenn das Schwergewicht nicht auf diesen Behandlungen

liegt (vgl. Prölss/Martin/Voit, VVG, 32. Aufl., § 4 MB/KK Rn. 53; HK-VVG/Rogler, 5. Aufl., § 4 MB/KK Rn. 14).

Den Nachweis dafür, dass es sich bei einem Krankenhaus um eine gemischte Anstalt handelt, hat der Versicherer zu führen (vgl. OLG Karlsruhe, BeckRS 2006, 3345 Rn. 13), hier also die Beklagte. Entsprechende Darlegungen muss der klagende Versicherte substanziell bestreiten (vgl. Baumhackel in: Staudinger/Halm/Wendt, Versicherungsrecht, 3. Aufl., § 4 MB/KK Rn. 39).

Die Einordnung eines Hauses als gemischte Anstalt ist rein rechtlich vorzunehmen; es bedarf keiner Einholung eines Sachverständigengutachtens. Vielmehr ist die Frage durch das Gericht aufgrund eigener freier Würdigung der vorgetragenen Tatsachen zu entscheiden. Dabei sind insbesondere die Unterlagen, die belegen, wie sich der entsprechende Betrieb in seinem Auftritt nach außen präsentiert, zu beurteilen (vgl. OLG Hamm, BeckRS 2012, 7610; OLG Koblenz, BeckRS 2008, 22587 Rn. 4; HK-VVG/Rogler, a.a.O. Rn. 16). Entscheidende Bedeutung haben somit die Internetpräsenz und das Prospektmaterial der Klinik (vgl. LG Dortmund, r+s 2016, 354, 355 f.). Nimmt ein Krankenhaus Rekonvaleszenten auf, so handelt es sich immer um eine gemischte Anstalt (vgl. Prölss/Martin/Voit, a.a.O. Rn. 57; Weidensteiner in: Bach/Moser, Private Krankenversicherung, 6. Aufl., § 4 MB/KK Rn. 167).

Nach dem aussagekräftigen Inhalt der von der Beklagten vorgelegten Imagebroschüre (Anlage B 1) werden sowohl für ein Krankenhaus typische Leistungen (s. auch Anlage K 10) als auch solche Leistungen angeboten, die nach allgemeinem Verständnis nicht ausschließlich der Behandlung einer akuten Erkrankung, sondern auch der Rehabilitation und der Stärkung der Selbstheilkräfte nach Überwindung der akuten Phase einer Erkrankung dienen, indem sie im Wesentlichen auf Entspannung und Selbstheilung ausgerichtet sind. Das gilt namentlich für das Waldbaden und kunsttherapeutische Angebote sowie für Sport und Wanderungen. Hinzu kommen kurtypische Eigenschaften der Einrichtung, wie die Betonung von Ruhe und Entschleunigung, gesundem Essen sowie des hauseigenen Wellness- und Kosmetikbereichs. Ferner ist zu sehen, dass es sich bei dem Standort der Klinik um einen staatlich anerkannten Kurort handelt (vgl. auch Senatsurteil vom 13.10.2025 – 8 U 447/24, NJW-RR 2026, 158 Rn. 31).

c) Der Versicherer kann sich auf die genannte Klausel in § 4 Abs. 5 MB/KK selbst dann berufen, wenn die versicherte Person nachweist, dass sie die Kur- oder Sanatoriumseinrichtungen der gemischten Krankenanstalt nicht in Anspruch genommen hat (vgl. BGH, Urteil vom 07.07.1971 – IV ZR 6/71, VersR 1971, 949). Denn für Aufenthalte in gemischten Anstalten, die ohne vorherige schriftliche Zusage erfolgt sind, besteht grundsätzlich kein Leistungsanspruch.

Es kommt in einem solchen Fall folglich nicht darauf an, ob die konkrete Behandlung des Versicherten einer Krankenhausbehandlung oder einem Kuraufenthalt entsprochen hat, welchen Therapien und Behandlungen er sich unterzogen hat und wie sein Aufenthalt in der betreffenden Klinik ausgestaltet war (vgl. OLG Koblenz, BeckRS 2008, 22587 Rn. 6). Ebenso wenig besteht eine Leistungspflicht unter dem Gesichtspunkt ersparter Kosten für eine anderweitige medizinische Heilbehandlung (vgl. OLG Celle, VersR 1985, 254; LG Mannheim, r+s 1999, 340). Auch eine Prüfung der medizinischen Notwendigkeit soll gerade nicht erfolgen (vgl. OLG Koblenz, BeckRS 2008, 22587 Rn. 7; Weidensteiner, a.a.O., Rn. 187).

Aus diesem Grund ist es unerheblich, dass das Landgericht glaubte, im Streitfall eine medizinisch notwendige stationäre Krankenhausbehandlung feststellen zu können (LGU 6). Abgesehen davon begegnet es erheblichen Bedenken, der Beklagten in diesem Kontext eine Obliegenheit zum qualifizierten Bestreiten aufzuerlegen und – in Ermangelung dessen – von § 138 Abs. 3 ZPO Gebrauch zu machen. Der Gegner einer beweispflichtigen Partei ist grundsätzlich nicht verpflichtet, die vorgebrachten Tatsachen zu überprüfen, um sich näher zu ihnen äußern zu können (vgl. BGH, Urteil vom 08.07.2009 – VIII ZR 314/07, NJW 2009, 2894 Rn. 23). Weder bei der behaupteten Erkrankung noch bei den im Streitfall durchgeführten stationären Maßnahmen handelt es sich um Umstände, die sich im Wahrnehmungsbereich der Beklagten abgespielt haben. Vielmehr kennt der Kläger die maßgeblichen Tatsachen aus eigener Anschauung. Die medizinische Notwendigkeit bestimmt sich nach objektiven Kriterien. Hierfür ist weder die Einschätzung des behandelnden Arztes noch die des Krankenversicherers maßgeblich.

d) Der Versicherungsnehmer hat keinen Anspruch auf die Zustimmung des Versicherers zur Behandlung in einer gemischten Anstalt, da es sich insoweit um eine Ermessensentscheidung handelt (vgl. OLG Hamm, BeckRS 2012, 7610). Das Zustimmungserfordernis entfällt auch nicht deshalb, weil die Beihilfestelle des Klägers für die stationäre Behandlung bereits eine entsprechende Kostenübernahme anerkannt hat. Ebenso

wenig begründet der vermeintliche Erfolg eines Aufenthaltes in der gemischten Anstalt eine Kostentragungspflicht des Krankenversicherers.

Der Versicherer kann seine Zusage mit Einschränkungen versehen, etwa im Einzelnen beschreiben, welche Behandlungsmaßnahmen er erstatten will (vgl. OLG Hamm, NJW-RR 2018, 218 Rn. 51). So liegt der Fall hier. Das vom Landgericht in den Mittelpunkt gerückte Schreiben der Beklagten vom 05.05.2025 (Anlage K 8) enthält keine Zusage der tariflichen Leistungen für eine stationäre Krankenhausbehandlung. Dieses Schreiben klärt zunächst darüber auf, dass und warum die Beklagte zwischen einer Kur-/Sanatoriumsbehandlung einerseits sowie einer stationären Krankenhausbehandlung andererseits unterscheidet. Bei ersterer werden die angefallenen Kosten tariflich nur mit einem pauschalen Tagessatz von 33,00 € abgegolten. Sodann erklärt die Beklagte in dem genannten Schreiben, dass sie die medizinische Notwendigkeit für eine akutstationäre Krankenhausbehandlung anhand der vorgelegten Unterlagen nicht erkennen könne. Die anschließend erfolgte, fett gedruckte Zusage bezog sich ausdrücklich und eindeutig nur auf die zuvor erläuterten Leistungen für Kur-/Sanatoriumsbehandlungen, mithin auf die Tagessatzerstattung. Demnach durfte ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer die abschließende Bitte der Beklagten um Übersendung der Belege nach Abschluss der Behandlung nur auf jene Tagessatzerstattung beziehen.

Bedingungsgemäß ist die Zusage des Versicherers vor Beginn der Behandlung zu erteilen. Die Behandlung begann im Streitfall am 05.05.2025 (Anlage K 11) und von diesem Tag datiert auch das als Anlage K 8 vorgelegte Schreiben der Beklagten, in dem eine Zusage für Krankenhausbehandlungen abgelehnt wurde. Es kommt daher nicht darauf an, ob die Beklagte zu einem späteren Zeitpunkt zu einer anderen Einschätzung hätte gelangen können und das Schreiben vom 05.05.2025 enthält auch keinen dahingehenden Vorbehalt.

Es kann somit auch nicht festgestellt werden, dass die Beklagte den Kläger durch ihr Verhalten vor Antritt der Behandlung dazu veranlasst hat, die gemischte Anstalt in der schutzwürdigen Erwartung einer vollständigen Kostenübernahme aufzusuchen (vgl. dazu auch OLG Hamm, BeckRS 2015, 07103).

Auch aus der späteren Erklärung der Beklagten, sie werde die Frage auf der Grundlage des Entlassungsberichts noch einmal prüfen (Anlage K 17), folgt keine nachgeholte Zusage für den Fall, dass der Entlassungsbericht eine medizinisch notwendige Heilbehandlung belegt (vgl. Weidensteiner, a.a.O., Rn. 193).

2. Der Akteninhalt spricht für einen fachärztlich bescheinigten stationären Behandlungsbedarf beim Kläger. Zumindest aus Kulanzgründen sollte sich die Beklagte daher einer Teilregulierung nicht verschließen. Dem Senat erscheint eine einvernehmliche Lösung in Höhe von 1/3 der Klageforderung sachgerecht und er unterbreitet den Parteien daher gemäß §§ 525, 278 Abs. 6 ZPO folgenden Vergleichsvorschlag (…).