

**OLG München: Ansprüche des Krankenhauses gg. private
Krankenversicherung aus Klinik-Card-Vereinbarung**

Urteil vom 18.10.2005 – 25 U 4903/04

- 1. Aus dem zwischen den Parteien geschlossenen sog. Klinik – Card-Vertrag 1987 (Direktabrechnung zwischen Krankenhaus und privatem Krankenversicherer) ergibt sich weder ein Garantieverprechen im Sinne der Begründung einer eigenständigen, von der gesicherten Schuld unabhängigen Verpflichtung des Krankenversicherers noch dessen Schuldbeitritt.**
- 2. Die Parteien des Klinik-Card -Vertrages haben vereinbart, dass Voraussetzung einer unmittelbaren Abrechnung zwischen Krankenhausträger und Krankenversicherer die Abtretung der Forderung des Patienten gegen seinen Krankenversicherer an den Krankenhausträger ist. Dies stellt keinen unzulässigen Vertrag zu Lasten Dritter dar, da es dem Versicherungsnehmer unbenommen bleibt, von der Möglichkeit der Direktabrechnung keinen Gebrauch zu machen.**
- 3. Die Vorlage der Klinik-Card durch den Versicherungsnehmer rechtfertigt im Hinblick auf den auf der Rückseite aufgedruckten Text die Annahme einer konkludenten Abtretung. Den Krankenhausträgern obliegt es, insoweit auftretende Schwierigkeiten dadurch auszuräumen, dass sie bei Aufnahme des Versicherungsnehmers eine ausdrückliche Erklärung bezüglich der Abtretung der Ansprüche gegen den Krankenversicherer herbeiführen.**
- 4. Der Krankenversicherer kann sich ggü. dem Krankenhausträger auf die Fälligkeitsregelung des § 11 VVG berufen, da dieser einen Anspruch des Versicherungsnehmers aus abgetretenem Recht geltend macht.**
- 5. Die Bezugnahme in § 2 Abs. 1 des Klinik-Card-Vertrages auf den jeweils gültigen Pflegesatztarif führt nicht zu einer Einbindung des Privatversicherers in die Abrechnungsmodalitäten zwischen Krankenhausträgern und gesetzlichen Versicherungen.**

Gründe:

I.

Die Klagepartei verlangt von der Beklagten die Erstattung von Behandlungskosten für den Versicherungsnehmer der Beklagten, Herrn ... sowie Verzugszinsen.

Die Klägerin ist u.a. Trägerin des Krankenhauses ... Die Beklagte ist eine private Krankenversicherung. Klägerin und Beklagte sind Parteien eines sog. Klinik-Card-Vertrages, welcher im Jahr 1987 geschlossen wurde.

Die Parteien haben in diesem Vertrag auszugsweise folgendes vereinbart:

§ 2

Kostenübernahmegarantie

- (1) Wird dem Krankenhaus vor Beginn der Behandlung ein ordnungsgemäß unterschriebener Krankenausweis vorgelegt, so garantiert das im Ausweis genannte Krankenversicherungsunternehmen dem Krankenhaus bei medizinisch notwendiger stationärer Behandlung die Erstattung des Pflegesatzes und/oder des Zuschlags für eine gewählte Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer sowie gesondert berechenbarer Nebenleistungen nach Maßgabe des jeweils gültigen Pflegekostentarifs im Rahmen des Versicherungstarifs, dessen Deckungsgrad im Krankenausweis ausgewiesen ist.
- (2) Die Garantie umfasst nicht die Erstattung wahlärztlicher Leistungen. Diese Kosten werden, wie bisher, mit dem Patienten abgerechnet.
- (3) Die Ansprüche des Versicherungsnehmers gegen das im Ausweis genannte Krankenversicherungsunternehmen werden durch Vorlage des Krankenausweises in Höhe der in Abs. 1 definierten Krankenhauskosten unwiderruflich an das Krankenhaus abgetreten.
- (4) Das im Ausweis genannte Krankenversicherungsunternehmen behält sich das Recht des Widerrufs der Kostenübernahme-Garantie in begründeten Ausnahmefällen vor. Der Widerruf erfolgt telefonisch und im Anschluss daran schriftlich an das Krankenhaus. Die Kostenübernahme-Garantie erlischt mit dem Beginn des Tages, der dem telefonischen Widerruf nachfolgt.

- (5) Das Krankenhaus ist berechtigt, jederzeit (ab dem 3. Tag) ohne Angabe von Gründen Zwischenrechnungen zu erstellen. Bei erkennbar langfristigen stationären Behandlungen kann Vorschuss beantragt werden. Hierdurch wird die Möglichkeit, Teilzahlungen i.S.v. § 9 Abs. 4 Satz 1 und 2 Bundespflegesatzverordnung verlangen zu können, nicht eingeschränkt.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten der vertraglichen Vereinbarungen wird auf die Anlage K 1 Bezug genommen.

Der Versicherungsnehmer der Beklagten, ..., begab sich am2003 ins Krankenhaus ... Bei Aufnahme wies er die ihm von der Beklagten ausgehändigte Klinik-Card vor, auf deren Rückseite, wie die Beklagte in der Berufungsinstanz unbestritten vorgetragen hat, folgender Text aufgedruckt ist:

„Bei einem ambulanten Versicherungsschutz weist die ...-Card Sie als Privatversicherten aus. Die garantiert dem Krankenhaus im Rahmen der getroffenen Vereinbarung die auf der Vorderseite angegebenen Versicherungsleistungen. Mit der Vorlage dieses Ausweises erklären sich die Unterzeichner damit einverstanden, dass die im Ausweis garantierten Leistungen unmittelbar mit dem Krankenhaus abgerechnet werden. Insoweit werden die Ansprüche gegen die an das Krankenhaus unwiderruflich abgetreten“.

Mit Rechnung vom2003 stellte die Klägerin die Kosten für den stationären Aufenthalt des Versicherungsnehmers i.H.v. € 56.128,45 der Beklagten unmittelbar in Rechnung. Die Rechnungsstellung erfolgte aufgrund des gem. § 17b KHG eingeführten pauschalierten Entgeltsystems, das auf Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRG) beruht. Die Parteien streiten im Wesentlichen über die Frage, ob die Regelung in § 10 der Pflegesatzvereinbarung für 2003, wonach zur zeitnahen Zahlung der Pflegesätze die Bestimmungen des Landesvertrages gem. § 112 Abs. 1 SGB V zu § 112 Abs. 2 NR.1 SGB V (Zahlung innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungseingang; § 21 Abs. 1 des Landesvertrages zu § 112 Abs. 2 NR. 1 SGB V) auch für die Privatversicherer gelten.

Am 4.11.2003 forderte die Beklagte die Klägerin zur Überprüfung und Korrektur der Rechnung auf, da nach dem Versicherungstarif des Versicherungsnehmers die Erstattung des Zweibettzimmerzuschlages nicht vereinbart war. Die Klägerin reduzierte daraufhin am 10.11.2003 ihre Rechnung auf einen Betrag von

€ 55.653,15. Daraufhin bezahlte die Beklagte auf die streitgegenständliche Rechnung einen Betrag i.H.v. € 55.648,45.

Die Klägerin hat die Auffassung vertreten, die Beklagte habe sich spätestens 30 Tage nach Rechnungsstellung, somit ab dem 7.7.2003 in Verzug befunden. Die Zahlungen i.H.v. € 55.648,15 sei bei der Klägerin erst am 6.12.2003 eingegangen, weshalb die Beklagte diese Forderung ab Verzugsbeginn bis zu diesem Zeitpunkt zu verzinsen habe.

Auf Antrag der Klägerin vom 27.8.2003 wurde am 18.9.2003 ein Mahnbescheid über € 56.128,45 erlassen, welcher der Beklagten am 23.9.2003 zugestellt wurde. Gegen diesen hat sie am 29.9.2003 Widerspruch eingelegt. Mit Schriftsatz vom 5.1.2004 hat die Klägerin ihre Klage i.H.v. € 475 zurückgenommen sowie die Hauptsache i.H.v. € 55.648,45 für erledigt erklärt. Die Beklagte hat sich dieser Erledigterklärung nicht angeschlossen, woraufhin der Kläger seinen Antrag im Termin vom 7.7.2004 geändert und zuletzt beantragt hat:

- I. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin € 4,70 nebst Zinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz zu bezahlen hieraus seit 7.7.2003 sowie aus € 55.653,15 vom 7.7.2003 bis 6.12.2001 zu bezahlen.
- II. Es wird festgestellt, dass sich die die Hauptsache i.H.v. € 55.648,45 erledigt hat.

Die Beklagte hat beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie hat die Auffassung vertreten, die Erstattung der Behandlungskosten sei gem. § 6 Abs. 1, Abs. 2 MB-KK i.V.m. § 11 VVG erst nach Beendigung der nötigen Erhebungen innerhalb angemessener Bearbeitungsfrist fällig geworden, so dass die Beklagte vor diesem Zeitpunkt nicht habe in Verzug geraten können. Zu diesen notwendigen Erhebungen gehöre im Rahmen der Krankheitskostenversicherung auch die Überprüfung der ärztlichen Unterlagen, insb. des Arztberichtes. Diesen habe die Beklagte wiederholt erbeten. Ihre Erhebungen hätten erst am 4.11.2003 abgeschlossen werden können. Demnach habe sie innerhalb angemessener Bearbeitungsfrist geleistet, das Konto der Beklagten sei am 17.11.2003 belastet worden. Die geltend gemachten Zinssätze i.H.v. 8 Prozentpunkten über dem Basiszins seien nicht berechtigt, da die Klägerin originär einen Anspruch des Versicherungsnehmers gegen die Beklagte geltend machte und somit ein Verbraucher an diesem Rechtsgeschäft beteiligt sei.

Die Klägerin hat demgegenüber die Ansicht vertreten, § 11 VVG sei für das Verhältnis zwischen Krankenhausträger und privater Krankenversicherung nicht einschlägig. Bei Direktabrechnung ggü. der Privaten Krankenversicherung regle § 17c Abs. 5 KHG als abschließende Sondervorschrift, welche Unterlagen einer Behandlungskostenabrechnung als Prüfbarkeits- und damit Fälligkeitsvoraussetzung beigelegt werden müssen. Die Prüfungs- und Zahlungsfrist von 14 Tagen gelte sodann nach der Pflegesatzvereinbarung auch für die Beklagte als Privatversicherer. Es sei der Beklagten unbenommen, die Patientenakten zu Prüfungszwecken einzusehen, sofern eine Schweigepflichtentbindungserklärung des Patienten vorgelegt werde. Dies könne jedoch keinen Einfluss auf die Fälligkeit haben. Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten wird auf die in erster Instanz gewechselten Schriftsätze Bezug genommen.

Das LG hat dem Zahlungsantrag sowie Feststellungsantrag der Klagepartei entsprochen. Hinsichtlich des 5 Prozentpunkte über dem Basiszinssatz übersteigenden Zinssatzes sowie hinsichtlich des Anspruchs auf Verzinsung des Betrages von €55.653,15 hat es die Klage abgewiesen.

Zur Begründung hat es ausgeführt, die Beklagte habe nicht substantiiert dargelegt, wann der Betrag der Restforderung i.H.v. €4,70 eingegangen und die Forderung damit erloschen sei. Hinsichtlich der Höhe der Verzinsung sei darauf abzustellen, dass es sich bei dem streitgegenständlichen Anspruch um einen abgetretenen Anspruch des Versicherungsnehmers handle, weshalb sich die Höhe der Verzinsung nach § 288 Abs. 1 und nicht nach 288 Abs. 2 BGB richte. Hinsichtlich der geltend gemachten Zinsen aus dem übrigen Rechnungsbetrag sei ein Anspruch bereits dem Grunde nach nicht gegeben. Die Beklagte sei insoweit nicht in Verzug geraten. Bei dem Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten handle es sich um einen Anspruch aus übergeleiteten Recht des Versicherungsnehmers, welcher nach § 11 VVG zu beurteilen sei. Zwar sei der Wortlaut des Klinik-Card-Vertrages nicht eindeutig. Während § 2 Abs. 1 des Vertrages vorsehe, dass die Krankenversicherung die Erstattung vor Beginn der Behandlung garantiere, sei in § 2 Abs. 3 davon die Rede, dass die Ansprüche des Versicherungsnehmers gegen das Versicherungsunternehmen mit Vorlage des Krankenhausausweises unwiderruflich an das Krankenhaus abgetreten würden. Aus der gegenseitigen Interessenlage folge jedoch, dass der Klinik-Card-Vertrag nicht als Schuldbeitritt eingeordnet werden könne. Sinn und Zweck des Klinik-Card-Vertrages sei es, dem Krankenhausträger

die Abrechnung dadurch zu erleichtern, dass ihm der finanzkräftige Versicherer als Anspruchsgegner gegenübergestellt werde. Es sei nicht nachvollziehbar, warum der Versicherer im Interesse einer zügigen Abwicklung zusätzlich sich seiner ihm im Verhältnis zu dem Versicherungsnehmer zustehenden Einwände entledigen sollte. Dementsprechend sei in § 2 Abs. 1 des Vertrages die direkte Abrechnung auf diejenigen Behandlungskosten beschränkt, die „nach Maßgabe des hierbei gültigen Pflegekostentarifs im Rahmen des Versicherungstarifs – auch dem Versicherungsnehmer gegenüber zu erstatten wären. In dieser Formulierung habe der übereinstimmende Wille der Vertragspartei Niederschlag gefunden, dass die direkte Geltendmachung nicht zusätzlich den Umfang des Anspruchs des Krankenhausträgers erweitern solle. Die Abtretung der Erstattungsansprüche erkläre der Versicherer konkludent bei Aufnahme der stationären Behandlung ggü. dem Krankenhausträger durch Vorlage der Klinik-Card. Das Abtretungsverbot gem. § 6 Abs. 5 MB/KK stehe der Auslegung nicht entgegen. Es sei seinem Schutzzweck nach durch einzelvertragliche Regelung unter Beteiligung und Zustimmung der Versicherer, wie hier in § 2 Abs. 3 des Klinik-Card-Vertrages, überwindbar. Bei Bestimmung der Fälligkeit sei daher maßgeblich auf das Verhältnis zwischen Patient und Versicherung abzustellen. Die Fälligkeit der Leistung sei gem. § 11 VVG i.V.m.

§ 6 Abs. 1, Abs. 2 MB-KK zu beurteilen. Die von der Klägerin zitierten Vorschriften der Pflegesatzvereinbarung i.V.m. dem KHG seien dagegen lediglich im Verhältnis zwischen Krankenhausträger und Patient einschlägig.

Die streitgegenständliche Zahlung sei, nachdem die Beklagte erst am 4.11.2003 die notwendigen Erhebungen abschließen konnte und die Klägerin noch eine Korrektur der Rechnung am 10.11.2003 vorgenommen hat, jedenfalls 3 Wochen danach, mithin am 25.11.2003 fällig geworden. Daher habe sich die Beklagte nicht in Verzug befunden.

Der Antrag auf Feststellung der Erledigung der Hauptsache i.H.v. € 55.648,45 sei zulässig und begründet. Die ursprünglich erhobene Leistungsklage sei zum Zeitpunkt des erledigenden Ereignisses zulässig gewesen und zum Zeitpunkt des erledigenden Ereignisses auch in diesem Umfang begründet.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten wird auf das Endurteil des LG München I vom 1.9.2004 (...) Bezug genommen. Gegen dieses Endurteil hat die Klagepartei form- und fristgerecht Berufung eingelegt und diese form- und fristgerecht begründet.

Die Klagepartei verfolgt mit ihrer Berufung den Anspruch auf Zahlung von Verzugszinsen i.H.v. 8 % über dem Basiszinssatz aus dem Betrag von 55.653,15 € unter Wiederholung und Vertiefung ihres erstinstanzlichen Vortrages weiter. Sie rügt die Rechtsanwendung durch das erstinstanzliche Gericht als fehlerhaft. Das LG München I sei zu Unrecht davon ausgegangen, dass sich die Erstattung der Behandlungskosten nach § 6 Abs. 1, Abs. 2 MB-KK i.V.m. § 11 VVG richte. Das LG habe die gesetzlichen Vorgaben des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) sowie des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) in Verbindung mit den Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner des Gesundheitssystems verkannt. Die Klägerin selbst und die Beklagte seien über ihre Spitzenverbände Partner des Klinik-Card-Vertrages. Die Beklagte garantiere danach die Erstattung der medizinisch notwendigen Behandlungskosten ihrer Versicherungsnehmer nach Maßgabe des jeweils gültigen Pflegekostentarifs im Rahmen des Versicherungstarifs. Auch die Beklagte sei als Private Krankenversicherung aufgrund § 10 der Pflegesatzvereinbarung nach § 11 KHEntG i.V.m. § 21 des Landesvertrages gem. § 112 Abs. 2 Ziff. 1 SGB V über allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung binnen 14 Tage nach Rechnungseingang unbedingt zur Zahlung verpflichtet. Rechnungsprüfungsrechte der Beklagten und mögliche Einwendungen würden diese unbedingte Zahlungspflicht nicht beeinflussen und seien ggf. im Rückforderungsprozess geltend zu machen. Die Beklagte habe sich daher unabhängig von der Vorlage der Krankenakte oder möglicher Einwendungen in Verzug befunden.

Das Entgelt für die allgemeinen voll- und teilstationären Leistungen der Klägerin richte sich nach den gesetzlichen Vorgaben des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) sowie des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG). Danach würden allgemeine Krankenhausleistungen überwiegend über diagnoseorientierte Fallpauschalen (DRG) abgerechnet. Dieses Abrechnungssystem beruhe zum einen auf den gesetzlichen Vorgaben und zum anderen auf den vertraglichen Vereinbarungen zwischen den Selbstverwaltungspartnern des Gesundheitssystems, zu denen auch die privaten Krankenversicherungen zählen würden. Das LG habe völlig unbeachtet gelassen, dass auch die Beklagte als privates Krankenversicherungsunternehmen kraft Gesetzes zwingend in diese Abrechnungssystematik eingebunden sei. Gemäß § 17b Abs. 2 KHG sei das gesamte Krankenhausvergütungssystem zwischen den Spitzenverbänden der

Krankenkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherungen gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu vereinbaren. Der Gesetzgeber habe die Liquiditätssicherung der Krankenhäuser als Leitbild des Abrechnungssystems aufgestellt und damit die Selbstverwaltungspartner, also auch die Private Krankenversicherung, verpflichtet, Bestimmungen zu vereinbaren, die eine zeitnahe Zahlung der Entgelte an das Krankenhaus gewährleisten würden. Gemäß § 8 Abs. 7 KHEntG sei dem Krankenhaus ein Vorschussanspruch gegen den selbst zahlenden Patienten eingeräumt. Um diese Vorschusspflicht von ihren Versicherungsnehmern abzuwenden, habe sich die Mehrheit der Mitglieder des Privatverbandes der Privaten Krankenversicherung bereits 1987 entschlossen, einen Krankenausweis auszugeben (sog. Klinik-Card) und damit ggü. dem Krankenhaus eine Kostenübernahmegarantie zu übernehmen. Der Klinik-Card-Vertrag müsse sich also an der gesetzlichen Vorgabe des Vorschussanspruches und dessen Wegfall bei anderweitiger Sicherstellung einer zeitnahen Zahlung des Krankenhausentgeltes messen lassen. Die gegenseitige Interessenlage ergebe daher, dass das Krankenhaus einerseits nur auf seinen Vorschussanspruch verzichten könne, wenn die zeitnahe Zahlung anderweitig gesichert sei und die Private Krankenversicherung andererseits sich gerade zur Abwendung dieses Vorschussanspruches von ihrem Versicherungsnehmer zur Kostenübernahmegarantie bereit erkläre. Daraus folge, dass der Klinik-Card-Vertrag auch und gerade der Liquiditätssicherung der Krankenhäuser dienen solle. Das LG München habe weiter übersehen, dass bereits der Wortlaut des Klinik-Card-Vertrages davon spreche, dass das private Krankenversicherungsunternehmen „nach Maßgabe des jeweils gültigen Pflegekostentarifs“ die Erstattung der Behandlungskosten garantiere. Dieser im Vertrag ausdrücklich in Bezug genommene gültige Pflegekostentarif setze sich zusammen aus den gesetzlichen Vorgaben des KHG und des KHEntG sowie den vertraglichen Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner. Zur Umsetzung der zwingenden Vorgaben des § 11 Abs. 1 Satz 4 KHEntG zur zeitnahen Zahlung des Krankenhausentgeltes werde in § 10 der Pflegesatzvereinbarung auf § 21 des Landesvertrages zu § 112 Abs. 2 Ziff. 1 SGB V verwiesen. Dort werde nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts eine unbedingte Zahlungsfrist von 14 Tagen nach Rechnungseingang festgelegt. Diese Zahlungsfrist sei daher über die Verweisungskette des Klinik-Card-Vertrages, der Pflegesatzvereinbarung und den allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemäß dem

Landesvertrag zu § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V ebenfalls Inhalt der Vereinbarung zwischen den Parteien.

Im Übrigen sei darauf hinzuweisen, dass der Versicherungsnehmer eine Schweigepflichtentbindungserklärung jederzeit widerrufen könne. Damit stünde es im Belieben der Beklagten, einen angeblichen Prüfungsbedarf vorzugeben und dazu die Behandlungsunterlagen anzufordern. Deren Herausgabe sei jedoch an eine schriftliche Einwilligung des Versicherten gebunden. Gebe dieser seine Einwilligung nicht ab, oder lege die Beklagte diese Einwilligung nicht vor, trete keine Fälligkeit ein. Es sei jedoch dem gesamten Rechtssystem völlig fremd, ein fälligkeitsauslösendes Kriterium in das Belieben des Schuldners zu stellen.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Vorbringens der Klagepartei wird auf deren Berufungsbegründung vom 10.11.2004 (...), vom 14.6.2005 (...) und dem Schriftsatz vom 29.9.2005 (...) Bezug genommen.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte unter Abänderung des am 1.9.2004 verkündeten Urteils des LG München I zu verurteilen, an die Klägerin Zinsen aus € 55.653,15 vom 7.7.2003 bis 6.12.2003 i.H.v. 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz zu bezahlen und das Urteil im Übrigen aufrecht zu erhalten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt die angefochtene Entscheidung des LG unter Wiederholung und Vertiefung ihres erstinstanzlichen Vorbringens als zutreffend. Aus dem Klinik-Card-Vertrag ergebe sich, dass sich die Versicherungsunternehmen durch den Beitritt zu diesem Vertrag nicht weitergehend hätten binden wollen als dies im Rahmen des mit dem jeweiligen Patienten/Versicherungsnehmer bestehenden Versicherungsvertrags der Fall sei. Insbesondere hätte sie nicht auf die sich hieraus ergebenden Rechte und Einwendungen verzichten wollen. Hierzu habe keine Veranlassung bestanden. In § 2 Abs. 1 werde ausdrücklich auf den Rahmen des Versicherungstarifs abgestellt. In § 2 Abs. 3 des Vertrages sei ausdrücklich geregelt, dass es sich um eine Abtretung der gegen den Versicherungsnehmer bestehenden versicherungsvertraglichen Ansprüche des Patienten/Versicherungsnehmers an den Krankenhausträger handle. Einen darüber hinaus gehenden Inhalt habe der Klinik-Card-Vertrag offensichtlich nicht. Entgegen der Ansicht der Klagepartei ergebe sich

eine Einbindung der privaten Krankenversicherer in das gesetzliche Krankenhausvergütungssystem weder aus den von der Klagepartei zitierten gesetzlichen Regelungen noch aus vertraglichen Vereinbarungen, noch aus einem Zusammenspiel der Beiden. Der von der Klagepartei zitierte § 17b KHG betreffe lediglich die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems. § 18 KHG betreffe die Verhandlungen über die Höhe der Pflegesätze, wobei eine Beteiligung der privaten Krankenversicherer nicht zwingend sei. § 9 KHEntG betreffe Vereinbarungen für ganz bestimmte dort abschließend genannte Umstände. § 10 KHEntG betreffe die Vereinbarung eines Basisfallwertes. Die Absicht des Gesetzgebers, die Liquidität der Krankenhäuser zu sichern, könne nicht dazu führen, der Beklagten versicherungsvertragliche Prüfungsrechte abzuschneiden. Im Übrigen habe es der Krankenhausträger selbst und allein in der Hand, dem Versicherer eine zeitnahe Prüfung jedenfalls insoweit zu gewährleisten, als er ihm entweder ungefragt oder spätestens auf dessen Anforderung hin zügig die zur Prüfung erforderlichen Unterlagen zur Verfügung stellt. Es entspreche keineswegs der gegenseitigen Interessenlage, den Versicherer dazu zu verpflichten, ohne Prüfung Zahlungen in beliebiger geforderter Höhe zu erbringen, um anschließend möglicherweise die zur Prüfung erforderlichen Unterlagen im Klageweg anzufordern und sodann überzahlte Beiträge zurückzufordern. Die Klägerin habe es im Übrigen ohne weiteres in der Hand, die Aufnahmemodalitäten eines Patienten so zu gestalten, dass dieser die nach Ansicht der Klägerin für eine reibungslose Abrechnung erforderliche Schweigepflichtentbindungserklärung bereits bei seiner Aufnahme abgibt. Neben der Sache liege der Hinweis, es sei dem Rechtssystem fremd, ein fälligkeitsauslösendes Kriterium in das Belieben des Schuldners zu stellen. Die Ausführungen zielten offensichtlich auf die Regelung des § 11 VVG, welche dem Rechtssystem keineswegs fremd sei. Es gehe auch nicht um das Belieben des Schuldners. Vielmehr sei es Aufgabe des Gläubigers, die Prüfungsunterlagen vorzulegen. Was für den Versicherungsnehmer gelte, gelte zwangsläufig auch für denjenigen, der Ansprüche aus abgetretenem Recht aus dem Versicherungsfall geltend macht. Hinsichtlich der weiteren Ausführungen der Beklagten wird auf deren Berufungserwiderung vom 20.5.2005 (...) und deren Schriftsatz vom 19.7.2005 samt Anlagen (...) Bezug genommen.

Mit Zustimmung der Parteien wurde durch Beschluss vom 2.8.2005 (...) angeordnet, dass gem. § 128 Abs. 2 ZPO im schriftlichen Verfahren zu entscheiden sei.

Schriftsätze, die bis zum 30.9.2005 eingingen, wurden bei der Entscheidung berücksichtigt.

Eine Beweisaufnahme fand nicht statt.

II.

Die zulässige Berufung der Klägerin ist unbegründet.

1. Auslegung des Klinik-Card-Vertrages:

1.1. Auslegungsgrundsätze:

Gemäß § 157 BGB sind Verträge so auszulegen, wie Treu und Glauben (§ 242 BGB) mit Rücksicht auf die Verkehrssitte es erfordern. Dabei ist gem. § 133 BGB der wirkliche Wille zu erforschen und nicht an dem buchstäblichen Sinne des Ausdrucks zu haften. Bestimmungen eines Vertragswerks sind so auszulegen, dass ihr Verständnis den bekundeten Intentionen beider Seiten entspricht. Verfehlt wäre eine Interpretation, die das Vertragswerk als widersprüchlich erscheinen lässt oder seinen Sinn in Frage stellt, gar ins Gegenteil verkehrt. Mit dem Gebot der Auslegung nach Treu und Glauben wird die Interpretation von Rechtsgeschäften unter eine sittliche Anforderung gestellt. Die Interpretation hat sich nicht nur an einer wechselseitigen Berücksichtigung der Interessen der Beteiligten auszurichten. Treu kann man auch der Verpflichtung zu einem sozialetisch negativ zu bewertenden Verhalten sein. „Treu und Glauben“ dagegen sind erst dann gewahrt, wenn die Auslegung darauf zielt, einen sozialetisch positiv bewertbaren Regelungsinhalt zu erschließen. Die Kriterien hierfür sind ähnlich wie zu § 138 BGB zu gewinnen: Es muss also versucht werden, rechtsgeschäftlichen Regelungen einen Sinn zuzuweisen, der mit der in der herrschenden Wirtschafts- und Sozialordnung immanenten Rechtsethik verträglich ist. Wie die guten Sitten, so unterliegt auch das von Treu und Glauben Geforderte dem Wandel. Zu weit ginge es, wollte man nach dem sozialetisch optimalen Sinn einer Regelung suchen und deshalb auch klares und erlaubtes Wollen der Parteien zugunsten einer dem Gemeinwohl mehr förderlichen Vertragsbedeutung zurückstellen. Auch § 157 BGB ist eine im Zeichen der Privatautonomie stehende Vorschrift. Sie darf nicht dazu benützt werden, ein im Übrigen eindeutiges Auslegungsergebnis zugunsten eines anderen mit besserer Gemeinwohlverträglichkeit zu korrigieren. Es gilt im Übrigen ein Gebot der möglichst rechtskonformen Interpretation: Wäre ein Vertrag bei einer Auslegung gesetzwidrig, bei einer anderen

aber noch gesetzmäßig, so ist die andere geboten (vgl. zum Ganzen Mayer-Maly/Busche in MünchKomm/BGB, 4. Aufl. 2001, § 157 Rz. 5, 9 f., 13, m.w.N.).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze stellt sich die Rechtsnatur des Klinik – Card– Vertrages wie folgt dar:

1.2. Wortlaut des Klinik-Card-Vertrages:

Trotz des in § 133 BGB enthaltenen Verbotes der Buchstabenauslegung hat die Auslegung vom Wortlaut der Erklärung auszugehen. Maßgeblich ist im Zweifel der allgemeine Sprachgebrauch, bei Texten die sich an Fachleute richten, die fachsprachliche Bedeutung (Palandt/Heinrichs, BGB, 64. Aufl., § 157 Rz. 14, m.w.N.). Hierbei ist festzustellen, dass der Klinik-Card-Vertrag die erforderliche juristische Präzision in erheblichem Maße vermissen lässt. Die Klagepartei hat in diesem Zusammenhang etwa zu Recht darauf hingewiesen, dass die Verwendung des Begriffs „unwiderruflich“ im Zusammenhang mit der in § 2 Abs. 3 genannten Abtretung wenig Sinn macht, nachdem das Gesetz den Widerruf einer Abtretung nicht kennt. Erhebliche Schwierigkeiten bereitet auch die rechtliche Umsetzung der in § 2 Abs. 4 getroffenen Vereinbarung bezüglich des Widerrufs der Kostenübernahmegarantie. Insgesamt erweckt der Vertragstext den Eindruck, als hätten bei der Abfassung kaufmännische Gesichtspunkte im Vordergrund gestanden, während juristische Belange vernachlässigt wurden. Dies gebietet bei der Auslegung Zurückhaltung, soweit der Vertrag rechtstechnische Begriffe verwendet.

1.2.1. Garantieverprechen?

Der Klinik-Card-Vertrag verwendet den Begriff „Garantie“ in der Überschrift zu § 2 sowie in § 2 Abs. 1, 2 und Abs. 4.

Bei der Garantie handelt es sich im Verhältnis zu Bürgschaft und Schuldbeitritt um die stärkste Form der Haftung. Der Garantievertrag ist gesetzlich nicht geregelt, sondern hat sich durch ein gesteigertes Sicherheitsbedürfnis auf Seiten des Gläubigers in der Rechtspraxis entwickelt. Der Garant begründet eine eigenständige Verpflichtung und muss dafür einstehen, dass ein Erfolg eintritt oder sich eine bestimmte Gefahr realisiert. Im Unterschied zur Bürgschaft wird durch die Garantie eine eigenständige, von der gesicherten Schuld unabhängige Verpflichtung

begründet. Im Gegensatz zum Schuldbeitritt kommt es bei der Garantie nicht darauf an, dass eine Hauptschuld besteht. Die Garantie entfaltet auch keine limitiert akzessorische Wirkung. Eine Garantie kann nur angenommen werden, wenn eine so weitgehende Haftung Gegenstand einer eindeutigen Vereinbarung ist und ein unbedingter Einstandswille des Garanten deutlich wird (AnwK/Beckmann, vor § 765 BGB, Rz. 14, 16, m.w.N.).

Unter Beachtung dieser Grundsätze ergibt die Auslegung, dass trotz der mehrfachen Verwendung des Begriffs „Garantie“ die Krankenversicherer kein selbständiges Garantieversprechen abgeben wollten. Es bestand für sie keinerlei Veranlassung, eine selbständige Verbindlichkeit zu begründen, die selbst für den Fall Bestand hätte, dass die Forderung des Krankenhausträgers ggü. dem Patienten/Versicherungsnehmer nicht oder nicht im behaupteten Umstand besteht. Ein solches Auslegungsergebnis entspräche nicht der gegenseitigen Interessenlage.

Angesichts dieser Umstände ergibt sich aus dem Begleitschreiben der Beklagten an ihren Versicherungsnehmer zur Aushändigung der Klinik-Card (Anlage BB 1) nicht, dass die Beklagte ein Garantieversprechen abgeben will. Sie zeigt vielmehr, dass die „Garantie“ der Beklagten dadurch umgesetzt werden soll, dass der Versicherungsnehmer seine Ansprüche gegen die Beklagte an den Krankenhausträger abtritt.

Die Auslegung des verwendeten Begriffs „Garantie“ ergibt vielmehr, dass die Parteien wollten, dass die Krankenhäuser, welche bei einer unter Umständen langwierigen und kostenträchtigen Krankenhausbehandlung in erheblichem Umfang in Vorleistung treten, für den Fall, dass sie auf die Anforderung von Vorschüssen ggü. dem Patienten/Versicherer verzichten, einen zahlungskräftigen Vertragspartner zur Seite haben, welcher ihnen die Begleichung der angefallenen Kosten garantiert. Ausgehend vom Gebot der möglichst rechtskonformen Interpretation (s.o.) stellt die Rechtsordnung hierfür das Institut des Schuldbeitritts sowie die Möglichkeit der Abtretung der Forderung des Versicherungsnehmers an den Krankenhausträger (unten 1.2. 2.) zur Verfügung.

1.2.2. Schuldbeitritt oder Abtretung?

Der rechtsgeschäftliche Schuldbeitritt ist allgemein gesetzlich nicht geregelt, aber rechtlich im Rahmen der Vertragsfreiheit zulässig und anerkannt. Der Gläubiger erhält bei einem Schuldbeitritt einen Neuschuldner, der nunmehr neben dem Altschuldner mithaftet (kumulative Schuldübernahme). Der Schuldbeitritt kann durch Vereinbarung zwischen Gläubiger und Beitretendem oder zwischen Schuldner und Beitretendem zustande kommen (AnWK/Beckmann, vor § 765 BGB, Rz. 10). Dies kann dem im Jahre 1987 geschlossenen Klinik-Card-Vertrag nicht entnommen werden. Die Schuld zwischen dem Versicherungsnehmer ... und der Klagepartei bestand zu diesem Zeitpunkt noch nicht. Nachdem eine vertragliche Vereinbarung zwischen den Parteien anlässlich der Aufnahme des Patienten zur stationären Behandlung nicht vorgetragen wurde, könnte ein Schuldbeitritt allenfalls angenommen werden, wenn die Parteien des Klinik-Card-Vertrages vereinbart hätten, dass die dem Vertrag beitretenden Krankenversicherungsunternehmen den Beitritt zu jeder künftig entstehenden Schuld eines Versicherungsnehmers erklären wollten. Eine solche Erklärung kann dem vorgelegten Vertrag nicht entnommen werden. Die Parteien haben in § 2 Abs. 3 des Vertrages vielmehr vereinbart, dass die „Kostenübernahmegarantie“ gem. § 2 Abs. 1 in Form einer Abtretung der Ansprüche des Versicherungsnehmers gegen seine Krankenversicherung an das jeweilige Krankenhaus verwirklicht werden soll. Im Falle eines Schuldbeitritts wäre eine solche Abtretung nicht erforderlich. Sie wird jedoch von den Vertragsparteien für erforderlich erachtet. Trotz mangelnder juristischer Präzision bestehen in diesem Zusammenhang keine Bedenken, davon auszugehen, dass die Vertragsparteien insoweit von einer Abtretung i.S.v. § 398 BGB ausgegangen sind.

Der Begriff der Abtretung ist auch dem juristischen Laien geläufig. Er wird davon ausgehen, dass damit die vertragliche Übertragung einer Forderung von einem Gläubiger auf einen anderen Gläubiger zu verstehen ist. Gestützt wird dieses Auslegungsergebnis durch den Umstand, dass die Parteien diesen Begriff in § 2 Abs. 3 des Klinik-Card-Vertrages, also in einer Vertragsklausel verwendet haben, welche erkennbar dem Zweck dient, die in § 2 Abs. 1 übernommene Garantie umzusetzen. Der Umstand, dass die Parteien durch die Verwendung des Adjektivs „unwiderruflich“ einen Begriff eingefügt haben, durch welchen sie offensichtlich die ohnehin nicht bestehende Möglichkeit des Widerrufs einer Abtretung ausschließen wollten, steht diesem Auslegungsergebnis nicht entgegen und spricht insb. auch nicht dafür, dass die Parteien einen – ebenfalls nicht widerruflichen- Schuldbeitritt

vereinbaren wollten. Denkbar ist, dass die Parteien damit entsprechend § 404 BGB ein Leistungsverweigerungsrecht des Versicherers für den Fall klarstellen wollten, dass der Versicherer nicht mehr leistungspflichtig ist. .

Für die so gefundene Auslegung spricht auch, dass die Klagepartei offensichtlich die von der Beklagten ausgegebenen Krankenausweise (...-Card) mit dem von der Beklagten unwidersprochen zitierten Textaufdruck (s.o.) akzeptiert. Hieraus ergibt sich unschwer, dass in der Praxis von den Parteien des Klinik-Card-Vertrages die „Abtretungslösung“ umgesetzt wird und seit 1987 praktiziert wird.

Der vom OLG Celle im Urteil vom 5.3.2003 (OLG Celle, Urt. v. 5.3.2003 – 9 U 201/02, OLGReport Celle 2003, 230; vgl. Anlage zum Schriftsatz der Klagepartei v. 14.6.2005, ...) vertretenen Rechtsansicht, wonach von einem Schuldbeitritt auszugehen sei, vermag der Senat aus den genannten Gründen nicht zu folgen. Die rechtliche Einordnung als Schuldbeitritt stand ersichtlich nicht im Mittelpunkt dieses Rechtsstreits, sie erfolgt eher beiläufig ohne weitere Begründung. Der Sachvortrag der Parteien zu den Einzelheiten der dort streitgegenständlichen „medi-card-Vereinbarung“ kann den vorgelegten Urteilsgründen nicht entnommen werden, weshalb nicht auszuschließen ist, dass im dortigen Einzelfall eine Einordnung als Schuldbeitritt gerechtfertigt war, ohne dass sich hieraus durchgreifende rechtliche Bedenken gegen das hier gefundene Auslegungsergebnis ableiten lassen.

2. Grundsätzliche Bedenken gegen die vorgenannte Auslegung bestehen ebenfalls nicht.

2.1 Abtretungsverbot

Das in § 6 Abs. 5 MB-KK vereinbarte Abtretungsrecht kann abbedungen werden. Insoweit wird auf die zutreffenden Ausführungen des angefochtenen Urteils Bezug genommen.

2.2. Konkludente Abtretung/Abtretungswillen

Soweit die Klagepartei Bedenken gegen die Annahme einer konkludenten Abtretungsvereinbarung sieht, liegt es an ihr, bei der Aufnahme eines Patienten, der eine Klinik-Card präsentiert, eine ausdrückliche Erklärung dieses Patienten bezüglich der Abtretung seiner Ansprüche gegen den Krankenversicherer herbeizuführen. Soweit sie im streitgegenständlichen Fall eine konkludente Abtretung in Frage stellt, wäre dieser Vortrag allenfalls geeignet, ihre eigene Rechtsposition im streitgegenständlichen Fall zu gefährden. Der Vortrag der Klagepartei, der Patient/Versicherungsnehmer werde von der Beklagten an keiner

Stelle darauf hingewiesen, dass sein rein tatsächliches Handeln „Vorlage des Krankenhausausweises“ eine unwiderrufliche Abtretung zur Folge haben sollte, ist jedenfalls durch den nicht bestrittenen Vortrag der Beklagten zum Textaufdruck auf der Rückseite der Klinik-Card widerlegt. Schwierigkeiten die in der Praxis dadurch auftreten, dass seitens des Krankenhausträgers die bloße Vorlage der Klinik-Card akzeptiert wird, ohne den Abtretungswillen des Patienten zu hinterfragen und eine ausdrückliche Erklärung herbeizuführen, sind nicht geeignet, das Ergebnis der gefundenen Auslegung des Klinik-Card-Vertrages in Frage zu stellen. Die Beklagte hat durch den Aufdruck auf der Rückseite der Klinik-Card jedenfalls in ausreichender Art und Weise die Voraussetzung für eine Umsetzung der „ Abtretungslösung“ in der Praxis geschaffen, weshalb es dahingestellt bleiben kann, ob es wünschenswert gewesen wäre, im Begleitschreiben zur Übersendung der Karte nochmals ausdrücklich auf die Notwendigkeit der Abtretung der Ansprüche hinzuweisen. Wenn die Klagepartei in diesem Zusammenhang darauf hinweist, es könne nicht im Interesse der Beklagten liegen, im Falle der Vorlage der Klinik -Card ohne Abtretungswillen des Patienten/Versicherten an den Krankenhausträger ohne schuldbefreiende Wirkung rechtsgrundlos zu leisten, vermag sie mit diesem Vortrag das Ergebnis der Auslegung nicht in Frage zu stellen. Diese Argumentation ist treuwidrig i.S.v. § 242 BGB, denn sie setzt eine Situation voraus, welche die Klagepartei dadurch, dass sie die bloße Vorlage der Klinik-Card akzeptiert hat, ohne den Abtretungswillen des Patienten zu hinterfragen und eine ausdrückliche Erklärung herbeizuführen, wesentlich selbst verursacht hat.

2.3.Regelung des § 2 Abs. 4 als Argument gegen die „ Abtretungslösung“?

Die vorbezeichnete Vereinbarung spricht nicht gegen die „Abtretungslösung, sondern ist mit dieser konstruktiv vereinbar. Im Falle des Widerrufs der „ Kostenübernahmegarantie“ bleibt der Versicherer für die in der Zeit bis zum Beginn des Tages, der auf den Widerruf folgt, ggü. dem Krankenhausträger leistungspflichtig, obwohl ein Anspruch des Versicherungsnehmers etwa wegen Verzugs mit der Prämienzahlung gem. § 39 VVG nicht mehr besteht und eine Abtretung insoweit tatsächlich ins Leere ginge. Konstruktiv können solche Ausnahmefälle gelöst werden, indem der Krankenversicherer sich ggü. dem Krankenhausträger nicht auf die Leistungsfreiheit beruft und ein entsprechender Anspruch des Versicherungsnehmers im Verhältnis zum Zessionar fingiert wird.

2.4 Probleme im Zusammenhang mit der Schweigepflichtentbindungserklärung.

Die Überlegungen der Klagepartei, wonach der Versicherungsnehmer es in der Hand hätte, die Fälligkeit der Ansprüche gegen die Beklagte dadurch zu beeinflussen, dass er sich weigert, eine Schweigepflichtentbindungserklärung abzugeben oder diese widerruft, vermag das Ergebnis der Auslegung nicht zu beeinflussen. Die vorzunehmende Billigkeitskontrolle führt diesem Zusammenhang zu keinem anderen Auslegungsergebnis. Der von der Klagepartei geschilderte Ernstfall eines Patienten, welcher durch die Nichterteilung bzw. den Widerruf seiner Schweigepflichtentbindungserklärung die Nachprüfung der Behandlungskostenabrechnung durch den Versicherer und damit den Eintritt der Fälligkeit verhindert, dürfte der Ausnahmefall sein. Der Patient/Versicherungsnehmer sieht sich nämlich selbst einen ihm gegenüber jedenfalls fälligen Anspruch des Krankenhausträgers ausgesetzt und muss befürchten, in Anspruch genommen zu werden. Daher liegt es in seinem Interesse, die Fälligkeit des abgetretenen Anspruchs gegen seinen Krankenversicherer herbeizuführen, indem er die geforderte Schweigepflichtentbindungserklärung abgibt und seinem Versicherer die Prüfung der geltend gemachten Ansprüche ermöglicht, damit dieser an seiner Stelle leistet.

Im Übrigen ginge es, wie eingangs dargelegt, zu weit, wollte man nach dem sozialetisch optimalen Sinn einer Regelung suchen und deshalb auch klares und erlaubtes Wollen der Parteien zugunsten einer dem Gemeinwohl mehr förderlichen Vertragsbedeutung zurückstellen. Auch § 157 BGB ist eine im Zeichen der Privatautonomie stehende Vorschrift. Sie darf nicht dazu benützt werden, ein im Übrigen eindeutiges Auslegungsergebnis zugunsten eines anderen mit besserer Gemeinwohlverträglichkeit (hier der Sicherung der Liquidität des Krankenhausträgers) zu korrigieren. Dass die Steigerung der Liquidität Geschäftsgrundlage des Klinik-Card-Vertrages geworden ist, wird von der Klagepartei zwar behauptet, kann jedoch den vertraglichen Vereinbarungen nicht entnommen werden. Der Verzicht der Klägerin auf die ihr ggü. dem Patienten zustehenden Vorschussleistungen ergibt auch dann einen Sinn, wenn der Klinik-Card-Vertrag lediglich zu einer Abtretung führt, denn diese Abtretung mindert, wie ausgeführt, das Risiko des Krankenhausträgers, in erheblichem Umfang in

Vorleistung zu treten ohne auf der anderen Seite einen zahlungskräftigen Schuldner zur Verfügung zu haben.

2. 5. Vertrag zu Lasten Dritter?

Das Auslegungsergebnis führt entgegen der Ansicht der Klagepartei auch nicht zu einem unzulässigen Vertrag zu Lasten Dritter. Eine solche Annahme ist abwegig. Von einer Abtretung des Anspruchs des Versicherten gegen seinen Krankenversicherer ohne seine eigene Beteiligung kann keine Rede sein. Die Parteien des Klinik-Card-Vertrages haben, was ihnen auch nicht möglich gewesen wäre, keine Verpflichtung des Versicherungsnehmers begründet, bei stationärer Aufnahme in ein Krankenhaus seine Forderung auf Erstattung der Behandlungskosten gegen seinen Krankenversicherer an den Krankenhausträger abzutreten. Nur dann läge ein echter Vertrag zu Lasten Dritter vor. Durch den Klinik-Card-Vertrag wurde vielmehr lediglich die Möglichkeit geschaffen, dass der Krankenhausträger unmittelbar mit dem Krankenversicherer abrechnet, was eine Abtretung der Ansprüche durch den Versicherungsnehmer voraussetzt. Es bleibt dem einzelnen Patienten/Versicherungsnehmer unbenommen, von dieser Möglichkeit keinen Gebrauch zu machen, auf die Vorlage seiner Klinik-Card- zu verzichten, selbst mit dem Krankenhausträger abzurechnen und sodann seinen Kostenerstattungsanspruch gegen den Krankenversicherer geltend zu machen.

2. 6. Wegfall der Geschäftsgrundlage?

Der Senat hat den Parteien durch den rechtlichen Hinweis im Termin vom 28.6.2005 (...) die Möglichkeit eröffnet, zur Frage des Wegfalls der Geschäftsgrundlage infolge der Einführung des neuen Abrechnungssystems „DRG“ vorzutragen. Hiervon hat die Beklagtenpartei keinen Gebrauch gemacht, die Klagepartei hat im Schriftsatz vom 29.9.2005 unter Nr. 6 (...) vorgetragen, ein Wegfall der Geschäftsgrundlage sei nicht ersichtlich. . Das schriftsätzliche Vorbringen der Parteien im Übrigen bietet keine ausreichende Grundlage, die Voraussetzungen des Wegfalls der Geschäftsgrundlage und damit auch die Möglichkeiten einer Vertragsanpassung zu prüfen. Weitere Erörterungen hierzu sind deshalb nicht veranlasst.

3. Rechtliche Konsequenz der „Abtretungslösung“:

Die Klägerin hat den Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten daher so erworben, wie er dem Versicherungsnehmer zugestanden hat. Die Beklagte kann sich daher auch ggü. der Klägerin auf die Fälligkeitsregelung des § 11 VVG berufen.

4. Einbindung der Privatversicherer in die Abrechnungsmodalitäten ggü. den gesetzlichen Versicherungen?

Eine Einbindung der Privatversicherer in die Abrechnungsmodalitäten, die primär ggü. den gesetzlichen Versicherungen gelten, und damit eine von der Fälligkeitsregelung des § 11 VVG abweichenden Vereinbarung vermag der Senat nicht nachzuvollziehen. Aus dem Gesamtzusammenhang der in § 2 Abs. 1 des Klinik-Card-Vertrages getroffenen Regelung ergibt sich, dass sich die „Garantie“ der Kostenerstattung auf den Pflegesatz und die gesondert zu berechnenden Nebenleistungen nach Maßgabe des jeweils gültigen Pflegekostentarifs bezieht, wobei noch ausdrücklich vereinbart ist, dass dies nur im Rahmen des Versicherungstarifs gilt. Damit wird hinreichend deutlich, dass an dieser Stelle nur Vereinbarungen zur Höhe der Erstattungspflicht und nicht zur Fälligkeit getroffen wurden. Für die von der Klagepartei gewünschte Auslegung ergeben sich demgegenüber keinerlei Anhaltspunkte. Zudem stammt der Klinik-Card-Vertrag bereits aus dem Jahre 1987, zum anderen enthält er in § 2 Abs. 5 durchaus Regelungen zur Abrechnung nach den Pflegesatzvereinbarungen, die allerdings nicht den Zahlungszeitpunkt betreffen. Dass sich die Privatversicherer damit für alle Zeiten zwischen anderen Vertragsparteien vereinbarten Abrechnungsregelungen mit einer so weitgehenden Folge wie der dort unbedingten Zahlungspflicht unterwerfen wollten, ist dem Vertrag jedenfalls nicht zu entnehmen.

Für diese Auslegung spricht auch der Wortlaut des § 18 Abs. 1 S. 1 KHG. Dieser spricht ausdrücklich nur von „zu verhandelnden Pflegesätzen“ und nicht von Abrechnungsregeln. Regelungen über die Abrechnung müssen nach § 11 Abs. 1 S. 4 KHEntG dementsprechend zwischen den Vertragsparteien gem. § 18 Abs. 2 KHG getroffen werden. Dies sind neben den Krankenhausträgern die Sozialleistungsträger und deren Arbeitsgemeinschaften unter näher bestimmten Voraussetzungen, nicht jedoch die privaten Krankenversicherer.

5. Damit befand sich die Beklagte nicht in Verzug, weshalb die Berufung der Klägerin zurückzuweisen war.

Die Nebenentscheidungen beruhen auf § 97 Abs. 1 ZPO (Kosten) und §§ 708 Ziff. 10, 713 ZPO (vorläufige Vollstreckbarkeit).

Die Revision war nicht zuzulassen, weil kein Zulassungsgrund i.S.v. § 543 Abs. 2 ZPO besteht. Soweit ersichtlich liegen divergierende Entscheidungen anderer OLG nicht vor. Die von der Klagepartei zitierte Entscheidung des OLG Celle vermag eine

Divergenz, wie bereits ausgeführt, nicht zu begründen. Daher werden durch die Entscheidung keine Rechtsfragen angesprochen, die der Fortbildung des Rechts oder der Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung dienen.

Billner,

VorsRiOLG

Dr. Srkal,

RiOLG

Fuchs,

RiÖLG