

Oberlandesgericht Braunschweig

Im Namen des Volkes

Urteil

§§ 1, 4 Abs 2, 4 Abs 4 MB/KK 1994; § 4 GOÄ, Nr 491 GOÄ, Nr 2453 GOÄ, Nr 2454 GOÄ

- 1. Von der medizinischen Notwendigkeit einer Heilbehandlung ist auszugehen, wenn eine wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethode zur Verfügung steht und angewandt wird, die geeignet ist, eine Krankheit zu heilen, zu lindern oder ihrer Verschlimmerung entgegenzuwirken. Ein Stufenverhältnis dahingehend, dass eine zur Verfügung stehende Methode erst dann zur Anwendung kommt, wenn sich eine andere als nicht erfolversprechend erwiesen hat, besteht nicht.**
- 2. Ein Leistungsausschluss von Kosten ambulanter Behandlungen, die der Versicherte in einem Krankenhaus im Sinne des § 4 Abs. 4 MB/KK 94 hat durchführen lassen, ist vom Sinn und Zweck des § 4 Abs. 2 MB/KK 94 nicht gedeckt.**
- 3. Eine Privatklinik verfügt auch dann über ausreichende diagnostische und therapeutische Mittel im Sinne von § 4 Abs. 4 MB/KK 94, wenn die dafür erforderlichen Leistungen im Wege der Ressourcenteilung aufgrund wirksamer vertraglicher Gestaltungen von Dritten erbracht werden.**

OLG Braunschweig, Urteil vom 16.09.2020 Az. : 11 U 122/18

Tenor:

Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Landgerichts Braunschweig vom 19.09.2018 teilweise abgeändert und wie folgt neu gefasst:

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 3.996,45 € nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 23.10.2017 zu zahlen.

Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

Die weitergehende Berufung wird zurückgewiesen.

Von den Kosten des Rechtsstreits erster und zweiter Instanz tragen die Klägerin 2/3 und die Beklagte 1/3.

Dieses Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf die Wertstufe bis 12.000,00 € festgesetzt.

Gründe:

I.

1

Die Klägerin unterhält bei der Beklagten eine private Krankenkostenversicherung.

2

Wegen der Inhalt des Versicherungsvertrages gewordenen Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (im Folgenden: MB/KK 94) wird auf Anlage K1 (Bl. 6 ff. d.A.), wegen der Tarifbedingungen im Tarif VA 140 auf Ablage B1 (Bl. 44 ff. d.A.) Bezug genommen.

3

Im Zeitraum von Februar 2015 bis Mai 2017 unterzog sich die Klägerin mehreren operativen Eingriffen zur Liposuktion („Fettabsaugung“) zum Zweck der Behandlung eines von ihr behaupteten Lipödems in beiden Beinen und Armen.

4

Auf Grundlage der diesbezüglich erstellten Rechnungen (vgl. Bl. 85 f., 87 f. 90 ff. d.A. sowie Anlagenband) begehrt sie von der Beklagten Erstattung der ihr entstandenen Kosten in Höhe von insgesamt 11.887,76 €.

5

Sie ist der Ansicht, die medizinische Notwendigkeit sei zu bejahen, da die konservativen Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft seien und die operative Behandlung medizinisch notwendig gewesen sei.

6

Sie hat erstinstanzlich zuletzt beantragt,

7

die Beklagte zu verurteilen, an sie 11.887,76 € nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen,

8

sowie

die Beklagte zu verurteilen, an sie die außergerichtlich entstandenen Rechtsanwaltskosten zu erstatten, soweit diese nicht auf Gebühren der gerichtlichen Tätigkeit anzurechnen sind, in Höhe von brutto 742,56 € nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit.

9

Die Beklagte hat erstinstanzlich beantragt,

10

die Klage abzuweisen.

11

Das Landgericht Braunschweig hat nach Einholung eines Sachverständigengutachtens mit Urteil vom 19.09.2018 (Bl. 311 ff.) die Klage abgewiesen.

12

Zur Begründung hat das Landgericht ausgeführt, die Klägerin habe gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten aus dem zwischen den Parteien bestehenden privaten Krankenversicherungsvertrag, da die Voraussetzungen für die Erstattungsfähigkeit der Behandlungskosten nach den vertraglichen Vereinbarungen der Parteien nicht vorlägen.

13

Gemäß § 1 Abs. 2 AVB/KK sei ein Versicherungsfall die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen.

14

Es könne dahinstehen, ob die Klägerin symmetrisch an beiden Beinen und Armen an einem Lipödem gelitten habe, da die Klägerin nicht habe beweisen können, dass die durchgeführte Liposuktion medizinisch notwendig gewesen sei, weil sie nicht habe beweisen können, dass sie bereits konservativ austherapiert gewesen sei. Eine Heilbehandlung sei medizinisch notwendig, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und Erkenntnissen im Zeitpunkt der Vornahme der ärztlichen Behandlung vertretbar gewesen sei, sie als medizinisch notwendig anzusehen. Kämen mehrere Behandlungsmethoden infrage, sei entscheidend, ob diese aus objektiv medizinischer Sicht gleichwertig seien oder ob ein Stufenverhältnis dahingehend bestehe, dass eine zur Verfügung stehende Methode erst dann zur Anwendung kommen könne, wenn sich eine andere als nicht erfolversprechend erwiesen habe.

15

Der Sachverständige habe für das Gericht plausibel und nachvollziehbar bekundet, dass zur Behandlung eines Lipödems die Durchführung eines operativen Eingriffs in Form einer Liposuktion erst dann angezeigt sei, wenn eine komplexe physikalische Entstauung in Form einer engmaschigen manuellen und mechanischen Lymphdrainage sowie einer kompressiven Wickelung stattgefunden habe, der Patient sich einer psychologischen Betreuung vorgestellt habe und eine Ernährungsumstellung mit Bewegungsprogramm jedenfalls in Betracht gezogen worden sei und diese Behandlungsschritte ohne Erfolg für den Patienten geblieben seien. Diese vorhergehenden Behandlungsschritte seien bei der Klägerin bereits nach ihren eigenen Angaben nicht durchgeführt worden. Zwar habe der Sachverständige bekundet, dass bei dem BMI der Klägerin eine Ernährungsumstellung mit Bewegungsprogramm wohl nicht in Betracht zu ziehen gewesen sei, jedenfalls aber eine komplexe physikalische Entstauung und die Beiziehung einer psychologischen Beratung vorab erforderlich gewesen sei. Dabei diene die komplexe physikalische Entstauung zum einen dazu, vor der Liposuktion angestautes Wasser abzutransportieren, um gezielter das Fett absaugen zu können, zum anderen diene sie als Bestandsaufnahme des Krankheitsbildes und könne unter Umständen auch insoweit zur Linderung der Symptome führen, so dass ein Patient kein Interesse an einer Liposuktion mehr habe und von einem operativen Eingriff abgesehen werden könne. Die Vorstellung bei einer psychologischen Betreuung sei nach den Bekundungen des Sachverständigen ebenfalls vorab erforderlich, da etwa 50% der Patienten, die unter einem Lipödem litten, depressiv seien und die Behandlung der Depression ebenfalls dazu führen könne, dass der Patient kein Interesse mehr an einer Liposuktion habe und von einem operativen Eingriff abgesehen werden könne. Beide Behandlungsschritte seien bei der Klägerin nicht durchgeführt worden. Die

Klägerin habe gegenüber dem Sachverständigen selbst angegeben, dass sie in den letzten Jahren unregelmäßige Lymphdrainagen erhalten habe und eine komplexe physikalische Entstauung nie stattgefunden habe. Darüber hinaus habe sie Kompressionsstrümpfe nie konsequent getragen, und gegenüber Ärzten geäußerte psychologische Probleme seien einer möglichen Therapie nicht zugeführt worden.

16

Im Übrigen sei von dem Gericht kein Beweis mehr hinsichtlich der vor Operation durchgeführten Behandlungsmaßnahmen zu erheben gewesen, da die Klägerin selbst angegeben habe, dass insbesondere eine von dem Sachverständigen für erforderlich gehaltene komplexe physikalische Entstauung sowie die Vorstellung bei einer psychologischen Betreuung vor Durchführung der Liposuktion nicht stattgefunden habe.

17

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten wird auf die Ausführungen in den Entscheidungsgründen des landgerichtlichen Urteils Bezug genommen.

18

Das Urteil des Landgerichts Braunschweig ist den Prozessbevollmächtigten der Klägerin am 25.09.2018 (Bl. 325 d.A.) zugestellt worden.

19

Gegen dieses Urteil hat die Klägerin am 12.10.2018 Berufung eingelegt (Bl. 332 d.A.) und diese nach entsprechender Verlängerung der Berufungsbegründungsfrist (Bl. 340 d.A.) am 18.12.2018 begründet (Bl. 342 ff. d.A.).

20

Zur Begründung ihrer Berufung führt die Klägerin aus, die Ausführungen des Landgerichts seien rechtsfehlerhaft und die zugrundeliegenden Tatsachen rechtfertigten eine andere Entscheidung.

21

Sowohl nach dem Krankenversicherungsvertrag der Parteien und seinen Bedingungen als auch auf Basis des vom Gericht herangezogenen § 192 VVG habe die Beklagte als privater Krankenversicherer der Klägerin als Versicherungsnehmerin die Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlung zu erstatten.

22

Der dem Versicherer erkennbare Zweck des Versicherungsvertrages wäre für den Versicherten nicht erreicht, wenn nicht alle innerhalb des aus ärztlicher Sicht Vertretbaren liegende Behandlungsmethoden und Behandlungsschritte abgedeckt wären. Anderenfalls träfe den Versicherten das finanzielle Risiko, wenn sich im Nachhinein eine andere Methode als vorzugswürdige herausstellte. Deshalb habe der BGH eine medizinisch notwendige Heilbehandlung bejaht, wenn es nach objektiven medizinischen Befunden und Erkenntnissen im Zeitpunkt der Vornahme der ärztlichen Behandlung vertretbar gewesen sei, sie als notwendig abzusehen. Deshalb könne nicht einmal angenommen werden, dass bei verschiedenen zur Verfügung stehenden Methoden diejenige mit der höchsten Erfolgswahrscheinlichkeit als medizinisch notwendig anzusehen sei und andere Methoden hingegen nicht.

23

Danach sei, wenn mehrere Methoden zur Verfügung stünden, die Auswahl eine Frage der medizinischen Vertretbarkeit.

24

Dem lasse sich entnehmen, dass es auf den vom Landgericht angeführten Umstand, wonach eine von mehreren zur Verfügung stehenden Methoden erst dann zur Anwendung komme könne, wenn sich eine andere nicht als erfolgversprechend erwiesen habe, nicht ankomme.

25

Das Landgericht hätte vielmehr darauf abstellen müssen, ob die gewählte Methode geeignet gewesen sei, die Beschwerden der Klägerin zu lindern. Das sei das einschlägige Kriterium zur Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit.

26

Das Landgericht habe bei seiner Würdigung der Frage einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung ferner übersehen, dass der Sachverständige ausweislich seiner Anhörung und des hierüber geführten Protokolls ausgeführt habe, dass nur die durchgeführte medizinische Heilbehandlung eine zeitnahe Linderungsmöglichkeit eröffnen würde, ohne eine lebenslange Dauerbehandlung zu verursachen.

27

Das bedeute, dass im vorliegenden Fall nicht einmal zwei gleichwertige oder höherwertige andere Behandlungsmethoden zur Verfügung gestanden hätten, sondern, dass im Fall der Klägerin die von ihr in Anspruch genommene Heilbehandlung diejenige gewesen sei, die ausschließlich eine zeitnahe Linderung versprochen habe.

28

Bereits damit seien die Kriterien medizinisch notwendiger Heilbehandlung erfüllt.

29

Das Landgericht habe ferner übersehen, dass der Sachverständige nicht den Standard der Behandlung dargestellt habe, sondern seine subjektive Vorgehensweise in seinem eigenen beruflichen Umfeld. Es möge sein, dass der Sachverständige in anderer Weise vorgehe als der die Klägerin behandelnde Arzt. Aus der Schilderung seines Vorgehens könne der Sachverständige jedoch nicht ableiten, dass die Behandlung, die die Klägerin in Anspruch genommen habe, medizinisch nicht notwendig gewesen sei. So habe der Sachverständige auch einräumen müssen, dass die Behandlung sehr wohl geeignet gewesen sei, die Beschwerden der Klägerin zu lindern.

30

Insofern wäre das Landgericht auch nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs gehalten gewesen, die medizinische Notwendigkeit zu bejahen.

31

Der Sachverständige habe die Diagnose bei der Klägerin bezüglich der Arme verneint, obwohl andere Ärzte diese Diagnose dokumentiert hätten. Ärztlich dokumentierte Diagnosen könnten aber vom Sachverständigen nicht ohne weiteres in Zweifel gezogen werden.

32

Es bestünden darüber hinaus auch Zweifel an der Entscheidung durch den gesetzlichen Richter. Zwar liege ein Beschluss zur Übertragung der Rechtssache auf einen anderen Richter vor, jedoch nicht bezogen auf die das Urteil fällende Richterin. Ein Vertretungsfall sei nicht bekannt oder ersichtlich.

33

Darüber hinaus habe das Gericht weder die von der Klägerin angeführten Zeugen vernommen noch habe es berücksichtigt, dass die Klägerin konservativ austherapiert gewesen sei.

34

Sie beantragt,

35

unter Abänderung des angegriffenen Urteils

1. die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 11.887,76 € nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen;

2. die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin ihre außergerichtlich entstandenen Rechtsverfolgungskosten zu erstatten, soweit diese nicht auf Gebühren der gerichtlichen Tätigkeit anzurechnen sind, in Höhe von brutto 742,56 € nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit.

36

Die Beklagte beantragt,

37

die Berufung zurückzuweisen.

38

Sie verteidigt das angefochtene Urteil.

39

Der Senat hat auf Grundlage der Beweisbeschlüsse vom 23.01.2020 (Bl. 369 ff. d.A.) und vom 18.02.2020 (Bl. 383 d.A.) Beweis erhoben durch Einholung einer ergänzenden mündlichen Stellungnahme des Sachverständigen Dr. S.. Wegen der Ergebnisse der Beweisaufnahme wird Bezug auf das Protokoll der mündlichen Verhandlung vom 24.06.2020 (Bl. 416 ff. d.A.) Bezug genommen.

II.

40

Die zulässige Berufung ist teilweise begründet.

1.

41

Ob der Rechtsstreit in erster Instanz unter Verstoß gegen die Garantie des gesetzlichen Richters aus Art. 101 Abs. 1 Satz 2 GG ergangen ist, kann dahinstehen.

42

Der Senat entscheidet gemäß § 538 Abs. 1 ZPO in der Sache selbst und macht von der Möglichkeit des § 538 Abs. 2 ZPO keinen Gebrauch.

2.

43

Der Klägerin steht ein Anspruch auf Erstattung der ihr in Zusammenhang mit den durchgeführten Liposuktionen an beiden Beinen entstandenen Kosten aus § 1 Satz

1 VVG i.V.m. § 1 Abs. 1 Satz 2 lit. a MB/KK 94 In Höhe eines Betrages von 3.996,45 € zu.

a.

44

Gemäß § 1 Abs. 1 Satz 2 lit. a MB/KK 94 erbringt der Versicherer im Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen. Nach § 1 Abs. 2 Satz 1 MB/KK 94 ist Versicherungsfall die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Was den Versicherungsfall ausmacht, wird damit inhaltlich zum einen durch die Bezeichnung eines die Behandlung auslösenden Ereignisses oder Zustandes ausgefüllt, zum anderen dadurch festgelegt, dass es sich bei der Behandlung um eine „Heilbehandlung“ handeln und diese "medizinisch notwendig" sein muss (BGH, Urteil vom 15. September 2010 – IV ZR 187/07 –, juris, Rn. 10 m.w.N.). Nicht der Eintritt eines unter den Krankheitsbegriff fallenden Zustandes oder ein Unfall allein begründet demgemäß den Anspruch auf Versicherungsleistungen, sondern erst eine wegen dieses Zustandes oder Ereignisses vorgenommene medizinisch notwendige Heilbehandlung (BGH, Urteil vom 10. Juli 1996 – IV ZR 133/95 –, BGHZ 133, 208-219, Rn. 11).

aa.

45

Bei der Klägerin lag eine Krankheit im Sinne der Versicherungsbedingungen in Form eines Lipödems an beiden Beinen vor, während eine bedingungsgemäße Krankheit in Form eines Lipödems an beiden Armen für den Senat nicht mit hinreichender Sicherheit feststellbar ist.

(1)

46

Krankheit im Sinne der Bedingungen ist ein objektiv nach ärztlichem Urteil bestehender anomaler, regelwidriger Körper- oder Geisteszustand (BGH, Urteil vom 15. September 2010, a.a.O., Rn. 11; Urteil vom 21. September 2005 - IV ZR 113/04 -, BGHZ 164, 122-132, Rn. 12).

(2)

47

Der Sachverständige hat bereits in seinem erstinstanzlich erstatteten schriftlichen Gutachten vom 26.04.2017 (Bl. 155 ff. d.A.) das Vorliegen eines Lipödems Stadium I vom Ober- und Unterschenkeltyp bei der Klägerin bejaht. Die vorhandene Dokumentation und die Symptomatik seien richtungsweisend, Beschwerdebild und phänotypische Charakteristika seien vorhanden. Hinsichtlich des klägerseits behaupteten Armlipödems hat der Sachverständige jedoch erstinstanzlich ausgeführt, dieses sei asymptomatisch und daher nicht therapierelevant. Das hat der Sachverständige im Rahmen seiner mündlichen Anhörung vor dem Landgericht ausdrücklich noch einmal so bestätigt (Bl. 306 d.A.).

48

In seiner weiteren Stellungnahme gegenüber dem Senat in der mündlichen Verhandlung vom 24.06.2020 (Bl. 416 ff. d.A.) hat der Sachverständige dann zwar zunächst ausgeführt, er gehe davon aus, dass es ein asymptomatisches Armlipödem gegeben habe, im weiteren jedoch ausgeführt, er habe damit nur zum Ausdruck

bringen wollen, dass ein solches Armlipödem bei der Klägerin durchaus vorgelegen haben könne, er es aber anhand der Unterlagen, die ihm zur Zeit vorlägen, so nicht nachvollziehen könne. Der Sachverständige hat dann im weiteren ausgeführt, weshalb aus seiner Sicht die vorliegenden Berichte und Schreiben von Herrn Dr. G., Herrn Dr. H. und Frau Dr. W.-L. nicht ausreichen würden, um eine diesbezügliche Feststellung zu treffen. Er hat dazu eingehend hinsichtlich jedes einzelnen vorliegenden Berichts Stellung genommen und ausführlich begründet, weshalb aus seiner Sicht den entsprechenden Unterlagen keine hinreichenden Anknüpfungspunkte zu entnehmen seien, um das Vorliegen eines Lipödems an den Armen sicher bejahen zu können.

49

Der Senat folgt insoweit den nach seiner mündlichen ergänzenden Stellungnahme in sich schlüssigen, widerspruchsfreien und nachvollziehbaren Einschätzungen des Sachverständigen, die auf einer umfassenden Auseinandersetzung mit den dem Senat vorliegenden Arztberichten beruhen.

50

Soweit die Klägerin demgegenüber mit nachgelassenem Schriftsatz vom 18.08.2020 die Auffassung vertritt, dass sich aus dem Arztbrief von Frau Dr. W.-L. vom 13.01.2015 und aus deren Behandlungsunterlagen die Befunde und die Diagnosestellung ergeben müssten, kann dem nicht gefolgt werden.

51

Der Sachverständige, dem die mit Schriftsatz vom 15.07.2016 eingereichten betreffenden Behandlungsunterlagen vorgelegen haben (vgl. Bl. 160 d.A.), hat insoweit bereits dargelegt, dass nicht nachvollzogen werden könne, aufgrund welcher Befunde die entsprechende Diagnose getroffen worden sei. Die Aussagen würden hierzu nicht ausreichen.

52

Soweit die Klägerin darauf verweist, in den Behandlungsunterlagen von Frau Dr. W.-L. würden sich seit 2010 Eintragungen zur in Rede stehenden Erkrankung finden, am 13.01.2015 sei dort auch die Diagnose der Lipomatose für beide Beine dokumentiert, so hat der Sachverständige sehr deutlich zu verstehen gegeben, dass eine Lipomatose, d.h. eine diffuse Zunahme des Fettgewebes im Sinne einer Fettgewebshyperplasie (vgl. S. 18 des schriftlichen Gutachtens vom 26.04.2017, Bl. 171 d.A.), nicht zwingend mit einem Lipödem identisch sein müsse. Auf welche Befunde sich der Wechsel in der Terminologie, insbesondere im Arztbrief vom 13.01.2015 (Anlage K3), stütze, sei nicht nachvollziehbar.

53

Im Übrigen ist die Bezugnahme auf den Arztbrief vom 13.01.2015 bereits deshalb unbehelflich, da dieser sich nicht auf die Frage des Vorliegens eines Lipödems an den Armen bezieht.

54

Gleiches gilt auch für den Arztbrief von Frau Dr. W.-L. vom 23.06.2016, mit dem sich der Sachverständige ebenfalls bereits im Rahmen seines schriftlichen Gutachtens auseinandergesetzt hat (vgl. S. 16/19 f. des schriftlichen Gutachtens vom 26.04.2017, Bl. 169/172 f. d.A.), ohne diesem Brief konkrete Anknüpfungspunkte für das Vorliegen des klägerseits behaupteten Lipödems in den Armen entnehmen zu können.

55

Soweit die Klägerin mit nachgelassenem Schriftsatz vom 18.08.2020 weiterhin die zeugenschaftliche Vernehmung von Frau W. und Frau Dr. W.-L. „zum Beweis für die Richtigkeit der erhobenen Befunde und Diagnosestellung“ beantragt hat, war diesem Beweisantritt nicht nachzugehen.

56

Unabhängig von der Frage, ob es sich insoweit überhaupt um einen zulässigen Beweisantritt oder einen unzulässigen Beweisermittlungsantrag handelt, kommt eine Vernehmung der benannten Zeuginnen zu dem genannten Beweisthema nicht in Betracht.

57

Die Richtigkeit der in den vorliegenden Arztberichten niedergelegten Befunde, also Beschreibungen des Zustands der Klägerin, sind unstrittig und werden im Übrigen auch vom Sachverständigen nicht in Zweifel gezogen. Dieser hält jedoch, wie er ausführlich darlegt, die niedergelegten Befunde nicht für ausreichend, um auf dieser Grundlage ein Lipödem an beiden Armen feststellen zu können. Hierbei handelt es sich jedoch um eine Schlussfolgerung aufgrund der ihm vorliegenden Tatsachen, die einem Zeugenbeweis nicht zugänglich ist (vgl. Scheuch in: BeckOK ZPO, 37. Ed. 1.7.2020, ZPO § 402 Rn. 1). Aus eben diesem Grunde kommt eine Vernehmung der Ärztinnen als (sachverständige) Zeuginnen zu der Frage der Richtigkeit der Diagnosestellung nicht in Betracht, da eine Diagnose durch eine zusammenfassende Gesamtschau und Beurteilung der erhobenen Befunde entsteht (vgl. www.de.wikipedia.org/wiki/diagnose). Die Frage der Richtigkeit einer Diagnosestellung betrifft damit ebenfalls eine Bewertung von Tatsachen. Die Aussage des Zeugen beschränkt sich jedoch auf das Berichten eigener Wahrnehmungen, erstreckt sich jedoch nicht auf die Auswertung dieses Berichts (Huber in: Musielak/Voit, ZPO, 17. Aufl., § 373, Rn. 3). Für den sachverständigen Zeugen gilt gemäß § 414 ZPO im Ergebnis nichts anderes (vgl. BGH, Urteil vom 20. März 2007 - VI ZR 254/05 -, juris, Rn. 21; Urteil vom 23. November 1973 - I ZR 59/72 -, juris, Rn. 20; Scheuch in BeckOK ZPO, a.a.O., § 414, Rn. 2).

bb.

58

Bei der durchgeführten Liposuktion an den Beinen handelt es sich auch um eine medizinisch notwendige Heilbehandlung.

(1)

59

Bei der Beurteilung der Frage, ob eine Heilbehandlung i. S. v. § 1 Abs. 2 MB/KK 94 medizinisch notwendig ist, ist ein objektiver Maßstab anzulegen (vgl. BGH, Urteil vom 10. Juli 1996, a.a.O., Rn. 15). Diese objektive Anknüpfung bedeutet zugleich, dass es für die Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit der Heilbehandlung nicht auf die Auffassung des Versicherungsnehmers und auch nicht allein auf die des behandelnden Arztes ankommen kann (vgl. BGH, Urteil vom 29. März 2017 - IV ZR 533/15 -, juris, Rn. 28 m.w.N.). Gegenstand der Beurteilung können vielmehr nur die objektiven medizinischen Befunde und Erkenntnisse im Zeitpunkt der Vornahme der Behandlung sein (BGH, Urteil vom 21. September 2005 - IV ZR 113/04 -, BGHZ 164, 122-132, Rn. 16). Demgemäß liegt eine "medizinisch notwendige" Heilbehandlung jedenfalls dann vor, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen im Zeitpunkt der Behandlung vertretbar war, sie als medizinisch notwendig anzusehen (BGH, Urteil vom 29. März 2017, a.a.O., Rn. 28; Beschluss vom 17. Dezember 2014 - IV ZR 399/13 -, juris, Rn.

13, jew. m.w.N.). Ob dies der Fall ist, kann nur anhand der im Einzelfall maßgeblichen objektiven Gesichtspunkte mit Rücksicht auf die Besonderheiten der jeweiligen Erkrankung und der auf sie bezogenen Heilbehandlung bestimmt werden (BGH, Urteil vom 29. März 2017, a.a.O., Rn. 29). Von der medizinischen Notwendigkeit einer Behandlung ist dann auszugehen, wenn eine wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethode zur Verfügung steht und angewandt wird, die geeignet ist, die Krankheit zu heilen, zu lindern oder ihrer Verschlimmerung entgegenzuwirken (BGH, Urteil vom 29. März 2017, a.a.O., Rn. 30; Urteil vom 12. März 2003 - IV ZR 278/01 -, BGHZ 154, 154-171, Rn. 27; Urteil vom 10. Juli 1996 - IV ZR 133/95 -, BGHZ 133, 208-219, Rn. 16; Urteil vom 29. Mai 1991 - IV ZR 151/90 -, juris, Rn. 8; OLG Nürnberg, Urteil vom 23. November 2015 - 8 U 935/14 -, juris, Rn. 21).

(2)

60

Danach ist vorliegend von einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung auszugehen.

(a)

61

Zwar hatte vorliegend der Sachverständige im Rahmen seines erstinstanzlich erstatteten Gutachtens die medizinische Notwendigkeit der Heilbehandlung noch mit der Begründung verneint, dass vor einer Liposuktion anderweitige Behandlungen, insbesondere eine physikalische Entstauung und eine psychologische Behandlung hätten durchgeführt werden müssen; eine physikalische Entstauung bei der angestautes Wasser abtransportiert würde, habe aber ebenso wenig stattgefunden wie eine psychologische Betreuung, die dazu führen könne, dass ein Patient kein Interesse mehr an einer Liposuktion habe; auch Kompressionsstrümpfe habe die Klägerin nie konsequent getragen.

62

Der Sachverständige hat jedoch auch erstinstanzlich bereits ausgeführt, die Durchführung einer Liposuktion sollte bei fehlendem nachgewiesenem Erfolg einer konservativen Therapie sowie bei Krankheitsprogression unter konsequenter konservativer Therapie diskutiert werden. Bereits diesen Ausführungen lässt sich entnehmen, dass eine Liposuktion grundsätzlich geeignet sein kann, die Beeinträchtigungen durch ein Lipödem zumindest zu lindern.

63

Im Rahmen seiner weiteren Befragung durch den Senat hat der Sachverständige dann in diesem Sinne weiter ausgeführt, dass die Liposuktion als Mittel geeignet sei, eine Linderung der durch ein Lipödem hervorgerufenen Beschwerden herbeizuführen und auch das Lymphödem positiv zu beeinflussen. Das sei hier auch hinsichtlich der Klägerin so gewesen, denn deren Beschwerden an den Beinen hätten hierdurch positiv beeinflusst werden können.

64

Auch insoweit sind die Ausführungen des Sachverständigen schlüssig und nachvollziehbar. Soweit die Einschätzung des Sachverständigen zur medizinischen Notwendigkeit der hier streitgegenständlichen Maßnahmen erstinstanzlich zu einem anderen Ergebnis führte, beruhte dies - wie sich bereits aus dem Zusammenhang des schriftlichen Gutachtens ergibt - ersichtlich auf einem Missverständnis des versicherungsrechtlichen Begriffs der „medizinischen Notwendigkeit“, das durch den

Senat im Rahmen der Anhörung des Sachverständigen geklärt werden konnte. Im Hinblick auf die auf dieser Grundlage erfolgten und nachvollziehbaren Ausführungen des Sachverständigen ist der Senat hinlänglich davon überzeugt, dass es sich hinsichtlich der bei der Klägerin durchgeführten Liposuktion betreffend die Beine um eine in diesem Sinne medizinisch notwendige Heilbehandlung gehandelt hat.

(b)

65

Soweit das Oberlandesgericht Köln in seiner Entscheidung vom 23.11.2012 (Az.: 20 U 96/10) ausgeführt hat, dass, wenn mehrere Behandlungsmethoden infrage kämen, entscheidend sei, ob diese aus objektiv medizinischer Sicht gleichwertig seien oder ob ein Stufenverhältnis dahingehend bestehe, dass eine zur Verfügung stehende Methode erst dann zur Anwendung komme, wenn sich eine andere als nicht erfolgsversprechend erwiesen habe, so teilt der Senat diese Auffassung nicht.

(aa)

66

Nach ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs ist von der medizinischen Notwendigkeit einer Behandlung im Allgemeinen dann auszugehen ist, wenn sich eine Behandlungsmethode dazu eignet, die Krankheit zu heilen, zu lindern oder ihrer Verschlimmerung entgegen zu wirken. Das Merkmal der Notwendigkeit dient vor allem dazu, den Versicherer davor zu schützen, dass er die Kosten für überflüssige oder nicht aussichtsreiche Behandlungen tragen muss (vgl. BGH, Urteil vom 21.09.2005 - IV ZR 113/04 -, juris Rn. 34). Steht diese Eignung fest, ist der Versicherer eintrittspflichtig (vgl. BGH, Beschluss vom 30.10.2013 - IV ZR 307/12 -, juris Rn. 14). Sind danach mehrere Behandlungsmethoden medizinisch vertretbar, kann der Versicherungsnehmer eine davon auswählen. Der dem Versicherer erkennbare Zweck des Versicherungsvertrages wäre für den Versicherten nicht erreicht, wenn nicht alle innerhalb der aus ärztlicher Sicht Vertretbaren liegenden Behandlungsmethoden und Behandlungsschritte abgedeckt wären (vgl. OLG Nürnberg, Urteil vom 23.11.2015 - 8 U 935/14 -, juris 23). Denn dann träfe den Versicherten das finanzielle Risiko, wenn sich ex post eine andere Methode als vorzugswürdig herausstellen würde.

(bb)

67

Hier hat der Sachverständige die konkrete Eignung der Liposuktion zur Linderung der Beschwerden dargelegt und im Übrigen darüber hinaus betont, dass es keine Studie gebe, die der konservativen vor der operativen Methode den Vorzug gebe oder umgekehrt. Sind aber damit die konservative Behandlungsmethode und die operative Behandlungsmethode dem Grunde nach gleichwertig, besteht grundsätzlich auch eine Erstattungspflicht der Beklagten hinsichtlich der letzteren.

68

Da angesichts der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs es allein auf die medizinische Vertretbarkeit der gewählten Behandlungsmethode ankommt, teilt der Senat auch nicht die beklagte Seite geäußerte Auffassung, dass, wenn mehrere Behandlungsmaßnahmen denkbar oder geeignet sind, eine Leistungspflicht nur für diejenige Behandlungsmaßnahme bestehe, die mit dem geringsten medizinischen Eingriff und Behandlungsumfang verbunden seien (unter Verweis auf Kalis in: Bach/Moser, Private Krankenversicherung, 5. Aufl. 2015, MB/KK § 1 Rn. 91).

(cc)

69

Das gilt auch, soweit die Beklagte mit Verweis auf die vorgenannte Entscheidung des Oberlandesgerichts Köln offenbar zum Ausdruck bringen will, dass für das Bestehen einer Leistungspflicht der Versicherung es auf die Frage ankomme, ob von zwei medizinisch gleichwertigen Behandlungsmethoden eine deutlich kostengünstiger sei als die andere.

70

Nach ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs sind Allgemeine Versicherungsbedingungen so auszulegen, wie ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer sie bei verständiger Würdigung, aufmerksamer Durchsicht und Berücksichtigung des erkennbaren Sinnzusammenhangs versteht. Dabei kommt es auf die Verständnismöglichkeiten eines Versicherungsnehmers ohne versicherungsrechtliche Spezialkenntnisse an (BGH, Urteil vom 29. März 2017 - IV ZR 533/15 -, juris, Rn. 12; Urteil vom 16. November 2016 - IV ZR 356/15 -, juris, Rn. 12; Urteil vom 23. Juni 1993 - IV ZR 135/92 -, BGHZ 123, 83-92, Rn. 14).

71

Auch wenn der Versicherungsnehmer versteht, dass ihm nicht die Kosten für jede beliebige Behandlungsmaßnahme erstattet werden, sondern nur für eine solche, die objektiv geeignet ist, sein Leiden zu heilen, zu bessern oder zu lindern, erschließt sich ihm nicht, dass der Versicherer seine Leistungspflicht darüber hinaus auf die kostengünstigste Behandlungsmethode beschränken will (BGH, Urteil vom 29. März 2017, a.a.O., Rn. 25). Zudem ist für ihn nicht erkennbar, nach welchen Maßstäben sich die Subsidiarität von Heilbehandlungen gegenüber anderen Maßnahmen beurteilen soll. Übernimmt der Versicherer - wie hier die Beklagte - die Kosten einer "medizinisch notwendigen" Heilbehandlung ohne für den durchschnittlichen Versicherungsnehmer erkennbare Einschränkungen, so kann er ihn schon nicht auf einen billigeren oder den billigsten Anbieter einer Heilbehandlung verweisen, die er für medizinisch gleichwertig hält (BGH, Urteil vom 29. März 2017, a.a.O., Rn. 26; Urteil vom 12. März 2003 - IV ZR 278/01 -, BGHZ 154, 154-171, Rn. 30). Eine medizinisch anerkannte Heilbehandlung verliert das qualifizierende Merkmal „notwendig“ im Einzelfall nicht deshalb, weil sie teurer ist als eine nach Einschätzung des Versicherers gleichwertige, aber kostengünstigere Behandlung (BGH, Urteil vom 12. März 2003 a.a.O.). Der Bundesgerichtshof hat sich damit ausdrücklich gegen eine früher in Rechtsprechung und Literatur überwiegend vertretene Auffassung gestellt, dass, soweit zwei medizinisch gleichwertige, kostenmäßig aber um ein Vielfaches auseinanderliegende Möglichkeiten der Behandlung gegeben seien, eine Leistungspflicht nur für die kostengünstigere bestehe (so ausdrücklich: BGH, Urteil vom 12. März 2003 a.a.O., Rn. 28 mit Nachweisen zur Gegenauffassung).

72

Wenn die Beklagte aber hier eine Leistungspflicht nur für diejenigen Behandlungsmaßnahmen annehmen will, die mit dem geringsten medizinischen Eingriff und Behandlungsumfang verbunden sind und damit im Ergebnis am kostengünstigsten sind, so kann es hierauf nach den vorstehenden Ausführungen gerade nicht ankommen. Sind den Versicherungsbedingungen keine weitergehenden Einschränkungen zu entnehmen, so sind dem Versicherungsnehmer zwar nicht die Kosten für jede beliebige Behandlungsmaßnahme zu erstatten, aber jedenfalls für eine solche, die objektiv geeignet ist, sein Leiden zu heilen, zu bessern oder zu lindern (BGH, Urteil vom 12. März 2003 a.a.O., Rn. 30). Steht diese Eignung fest, ist der Versicherer - wie dargelegt - eintrittspflichtig (vgl. BGH, Beschluss vom 30.10.2013 - IV ZR 307/12 -, juris Rn. 14).

73

Dass die bei der Klägerin durchgeführte Liposuktion in diesem Sinne geeignet und damit medizinisch notwendig ist, ist aber oben bereits ausgeführt worden.

b.

74

Da es sich bei den Operationen vom 19.03. und 30.04.2015 damit um medizinisch notwendige Heilbehandlungen handelte, ist der Beklagte zur Erstattung der hierfür entstandenen erforderlichen Kosten verpflichtet, die sich auf 3.996,45 € belaufen.

aa.

75

Aufwendungen für Heilbehandlung, die der Versicherer im Versicherungsfall in der Krankheitskostenversicherung nach § 1 Abs. 1 Satz 2 lit. a MB/KK 94 zu ersetzen hat, entstehen dem Versicherungsnehmer durch das Eingehen von Verbindlichkeiten (vgl. BGH, Urteil vom 12. März 2003 - IV ZR 278/01 -, BGHZ 154, 154-171, Rn. 11). Aus der Rechtsnatur der Krankheitskostenversicherung als Passivenversicherung ergibt sich allerdings, dass der Versicherer gegenüber dem Versicherungsnehmer nur zum Ersatz derjenigen Aufwendungen verpflichtet ist, die diesem in Bezug auf das versicherte Risiko zur Erfüllung von Verpflichtungen aus berechtigten Ansprüchen Dritter erwachsen sind (BGH, Beschluss vom 20. September 2018 - III ZR 374/17 -, juris, Rn. 16; Urteil vom 12. März 2003 - IV ZR 278/01 -, BGHZ 154, 154-171, Rn. 11 m.w.N.).

76

Das korrespondiert mit der vertraglichen Regelung des § 4 Abs. 1 MB/KK 94. Danach folgen Art und Höhe der Versicherungsleistungen dem Tarif mit den Tarifbedingungen. Nach Ziff. I. 2. der vorliegend vertragsgegenständlichen Tarifbedingungen (Anlage zum Schriftsatz vom 12.10.2017) sind bei ambulanter Heilbehandlung Aufwendungen für ärztliche Leistungen erstattungsfähig, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen. Die Leistungspflicht des Versicherers setzt danach stets einen entsprechenden Vergütungsanspruch des liquidierenden Arztes voraus (vgl. OLG Bamberg, Beschluss vom 11. März 2013 - 1 U 165/12 -, juris, Rn. 13; KG Berlin, Urteil vom 21. September 1999 - 6 U 261/98 -, juris, Rn. 6). Den vertraglichen Grundlagen entsprechend braucht die Beklagte daher Aufwendungen für ärztliche Leistungen grundsätzlich nicht zu erstatten, soweit der Arzt diese nach der GOÄ nicht verlangen kann (OLG Bamberg, a.a.O.).

bb.

77

Unter Zugrundelegung der Rechnungen vom 23.03.2015, 20.03.2015 und 04.05.2015 gilt daher im Hinblick auf die einzelnen im Streit stehenden Positionen folgendes:

78

(1) Rechnung vom 23.03.2015

79

Hinsichtlich der angerechneten Nr. 34 GOÄ hat der Sachverständige ausgeführt, dass die Abrechnung dieser Ziffer mit einem 2,3-fachen Satz unproblematisch sei. Der Betrag in Höhe von 40,22 € sei insofern angemessen.

80

Die Nrn. 2453 GOÄ und 2454 GOÄ können nach den Ausführungen des Sachverständigen nebeneinander geltend gemacht werden.

81

Dabei betreffe Nr. 2454 GOÄ die operative Entfernung von überstehendem Fettgewebe an einer Extremität und könne daher vorliegend zweifach angerechnet werden.

82

Gleiches gelte für die Nr. 2453 GOÄ („Operation des Lymphödems einer Extremität“). Auch diese könne pro Bein, mithin zweifach angerechnet werden.

83

Die vom Sachverständigen angenommene Berechnungsfähigkeit beider Ziffern nebeneinander erscheint dem Senat auch überzeugend, da der Gegenstand der ärztlichen Leistung jeweils verschieden ist.

84

Nach § 4 Abs. 2 GOÄ kann der Arzt Gebühren nur für selbständige Leistungen berechnen und nach § 4 Abs. 2a GOÄ kann der Arzt eine Gebühr nicht berechnen für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist. Dies gilt auch für die zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten operativen Leistungen methodisch notwendigen operativen Einzelschritte („Zielleistungsprinzip“, dazu Göbel in: Bach/Moser, a.a.O., Anhang zu § 1 MB/KK Rn. 51).

85

Eine Leistung ist methodisch notwendiger Bestandteil einer anderen Leistung, wenn sie inhaltlich von der Leistungsbeschreibung der anderen Leistung „Zielleistung“ umfasst und auch in deren Bewertung berücksichtigt ist. Das „Zielleistungsprinzip“ hat zur Folge, dass jede Leistung, die keinen selbständigen Charakter hat, weil sie nur erbracht wird, um eine Maßnahme, die das Leistungsziel darstellt, zu erbringen, ohne die die Zielleistung also nicht erbracht worden wäre, nicht gesondert neben dieser Zielleistung berechnet werden kann (Göbel in: Bach/Moser, a.a.O., Anhang zu § 1 MB/KK, Rn. 61). Zergliederungen von operativen Leistungen in ihre Einzelschritte sind gebührenrechtlich nicht zulässig (BGH, Urteil vom 13. Mai 2004 - III ZR 344/03 -, BGHZ 159, 142-153, Rn. 20; Göbel in: Bach/Moser, Anhang zu § 1 MB/KK Rn. 63 ff. m. w. N.).

86

Ein Lymphödem ist eine angeborene chemische Transportstörung von Lymphflüssigkeit, wodurch sich die Flüssigkeit in den Zellzwischenräumen staut und Schwellungen verursacht (vgl. Brück/Klakow-Frank, GOÄ, 3. Aufl., 37. EL, Nr. 2453). Insoweit unterscheiden sich Gegenstand und Methodik der operativen Maßnahme (vgl. zu den einzelnen operativen Behandlungsmethoden des Lymphödems: Brück/Klakow-Frank, a.a.O.) sowie auch die Zielrichtungen der einzelnen Maßnahmen, die, wenn sie auch in unmittelbarem Zusammenhang zueinander stehen, mit der operativen Behandlung des Lymphödems einerseits und der Beseitigung von Fettgewebe andererseits unterschiedliche Gegenstände betreffen

und so auch zur Überzeugung des Senats nebeneinander geltend gemacht werden können.

87

Der durch die Beklagte mit Schriftsatz vom 27.08.2020 erhobene Einwand gegen die Ausführungen des Sachverständigen unter Hinweis auf einen Artikel im Deutschen Ärzteblatt verfängt bereits deshalb nicht, da die von der Beklagten insoweit in Bezug genommenen Ausführungen des Herrn Dr. G. sich auf die Frage der gleichzeitigen Abrechenbarkeit der Nrn. 2453 GOÄ und 444 GOÄ beziehen, aber keine Aussagen zur Frage einer gleichzeitigen Abrechenbarkeit der Nrn. 2453 GOÄ und 2454 GOÄ enthalten. Auch die Kommentierung zu den betreffenden Gebührensätzen in Brück/Klakow-Frank, Kommentar zur GOÄ (a.a.O.) ist nichts Anderes zu entnehmen.

88

Die Klägerin macht bezüglich der beiden Ziffern ausweislich des Schriftsatzes vom 12.10.2017 (Bl. 219 d.A.) nur noch einen 2,3-fachen Satz geltend, was einem hinsichtlich der Nr. 2453 GOÄ einem Betrag in Höhe von 268,11 € und hinsichtlich der Nr. 2454 GOÄ einem Betrag in Höhe von 123,87 € entspricht.

89

Diese Abrechnung war einzeln für jedes Bein anzusetzen. Die Leistungsbeschreibung von Nr. 2454 GOÄ lautet ausdrücklich dahingehend, dass die „Entfernung von überstehendem Fettgewebe an einer Extremität“ abgerechnet werden könne, die Leistungsbeschreibung von Nr. 2453 GOÄ „Operation des Lymphödems einer Extremität“. Entscheidend ist danach, an wie vielen Extremitäten die betreffenden Maßnahmen durchgeführt wurden (vgl. OLG Düsseldorf, Urteil vom 04. Dezember 2007 - I-4 U 48/07 -, juris, Rn. 34).

90

Bei der Klägerin sind beide Beine operiert worden, so dass insoweit hinsichtlich der Nr. 2454 ein Betrag in Höhe von 247,74 € (2 x 123,87 €) und hinsichtlich der Nr. 2453 ein Betrag in Höhe von 536,22 € (2 x 268,11 €) anzusetzen sind.

91

Hinsichtlich Nr. 491 GOÄ hat der Sachverständige nachvollziehbar dargelegt, dass insoweit maximal der 3,5-fache Satz genommen werden könnte, d.h. 24,68 €, wobei allerdings pro Bein abgerechnet werden könne, so dass diese Ziffer zweimal, d.h. für jedes Bein einmal zum 3,5-fachen Satz angesetzt werden könne.

92

Soweit die Beklagte mit Schriftsatz vom 27.08.2020 hinsichtlich der abgerechneten Auslagen das Fehlen des nach § 12 Abs. 2 Nr. 5 GOÄ unerlässlichen Belegs rügt und damit offenbar den Einwand des Fehlens von Originalbelegen gemäß § 6 AVB erheben will, so ist sie damit ebenfalls gemäß § 525 ZPO i.V.m. § 296a ZPO ausgeschlossen, da sich der ihr bewilligte Schriftsatznachlass, wie oben bereits ausgeführt, ausschließlich auf die Ausführungen des Sachverständigen bezog.

93

Anlass zur Wiedereröffnung der mündlichen Verhandlung gemäß § 156 ZPO bestand auch insoweit nicht, nachdem die Beklagte mit Schriftsatz vom 06.12.2017 ausdrücklich den Einwand des Nichtvorliegens von Originalbelegen fallengelassen hatte.

94

Hieraus errechnet sich ein erstattungsfähiger Betrag hinsichtlich der ärztlichen Leistungen in Höhe von 945,01 € zuzüglich der Summe für Auslagen usw. in Höhe von 610,30 €, mithin insgesamt ein Betrag in Höhe von 1.555,31 €.

95

(2) Rechnung vom 04.05.2015

96

Hinsichtlich der Rechnung vom 04.05.2015 kann auf die vorstehenden Ausführungen Bezug genommen werden.

97

Da Nr. 34 GOÄ zweimal in sechs Monaten abgerechnet werden kann, begegnet die nochmalige Geltendmachung dieser Position keinen Bedenken.

98

Hinsichtlich der Nrn. 2454 GOÄ und 2453 GOÄ ist zu berücksichtigen, dass diese, wie sich aus dem Wortlaut der jeweiligen Leistungsbeschreibung ergibt und wie auch der Sachverständige ausgeführt hat, pro Extremität abzurechnen sind (vgl. OLG Düsseldorf, Urteil vom 04. Dezember 2007 - I-4 U 48/07 -, juris, Rn. 34).

99

Damit nimmt schon die GOÄ in der einschlägigen Gebührennummer eine Begrenzung des von der Gebühr umfassten Leistungsumfangs dahingehend vor, dass auf das Körperteil, auf welches sich die operative Maßnahme bezieht, abzustellen ist, nicht hingegen auf die Anzahl der zur Erreichung des Ziels, der Entfernung des Fettgewebes an der jeweiligen Extremität, erforderlichen Einzelschritte. Der Arzt kann nach § 4 Abs. 2 Satz 1 GOÄ Gebühren, die nach Abs. 1 dieser Vorschrift Vergütungen für die im Gebührenverzeichnis benannten ärztlichen Leistungen sind, nur für selbständige ärztliche Leistungen berechnen. Dies entspricht der Regelung in der dem Abschnitt L des Gebührenverzeichnisses, zu welchem auch die Nrn. 2454 GOÄ und 2453 GOÄ zählen, vorangestellten Allgemeinen Bestimmung, wonach zur Erbringung der in Abschnitt L aufgeführten typischen operativen Leistungen in der Regel mehrere operative Einzelschritte erforderlich sind. Sind diese Einzelschritte methodisch notwendige Bestandteile der in der jeweiligen Leistungsbeschreibung genannten Zielleistung, so können sie nicht gesondert berechnet werden (vgl. OLG Düsseldorf, Urteil vom 04. Dezember 2007 a.a.O.).

100

Das bedeutet für die Entfernung von Fettgewebe an einem Bein im Hinblick auf Nr. 2454 GOÄ bzw. die Operation des Lymphödems einer Extremität gemäß Nr. 2453 GOÄ, dass es entscheidend nicht darauf ankommt, wie viele Einzelschritte erforderlich sind, um das Ziel zu erreichen. Entscheidend ist allein, an wie vielen Extremitäten die Maßnahme nach Nr. 2454 GOÄ bzw. Nr. 2453 GOÄ durchgeführt wurde (vgl. OLG Düsseldorf, a.a.O.). Eine erneute Berechnung der Nrn. 2454 und 2453 GOÄ in der Rechnung vom 04.05.2015 kommt daher nicht in Betracht.

101

Unter Berücksichtigung vorstehender Erwägungen errechnet sich hinsichtlich der Rechnung vom 04.05.2015 ein erstattungsfähiger Betrag in Höhe von insgesamt 771,35 €.

(3)

102

Aufgrund vorstehender Erwägungen ergibt sich unter Berücksichtigung der weiteren Rechnungen vom 20.03.2015 und vom 04.05.2015 ein erstattungsfähiger Gesamtbetrag in Höhe von 3.996,45 €.

c.

103

Der Umstand, dass die Klägerin einen Behandlungsvertrag mit der ...-GmbH als juristischer Person und nicht mit den behandelnden Ärzten persönlich geschlossen hat, steht einer Erstattungsfähigkeit der entstandenen Kosten nicht entgegen.

aa.

104

Gemäß § 4 Abs. 2 MB/KK 94 steht der versicherten Person die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Durch diese Klausel wird der Leistungsrahmen der privaten Krankenversicherung eingeschränkt, indem sie - trotz ihrer positiven Umschreibung - die Funktion einer Risikobegrenzung wahrnimmt. Danach wird nur die Inanspruchnahme eines „approbierten und niedergelassenen“ Arztes als medizinisch geeignete und damit „notwendige Heilbehandlung“ im Sinne von § 1 Abs. 2 Satz 1 MB/KK vertraglich anerkannt (BGH, Urteil vom 30. November 1977 - IV ZR 69/76 -, BGHZ 70, 158-173, Rn. 9).

105

Neben dem formalen Aspekt, der öffentlich erkennbaren ärztlichen Berufsausübung in selbständiger Praxis, wird in der „Niederlassung“ die Bereitschaft des Arztes gesehen, sich der Allgemeinheit zur ärztlichen Versorgung zur Verfügung zu stellen. Hat aber der niedergelassene Arzt berufsrechtlich die Verpflichtung übernommen, an der erforderlichen ärztlichen Versorgung mitzuwirken, so bringt die Niederlassung auch die Verpflichtung mit sich, dass er seine Praxis entsprechend den notwendigen personellen, sächlichen und räumlichen Voraussetzungen einrichtet, die es einem Arzt ermöglichen, zu jeder Zeit ärztliche Tätigkeit nach den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst auszuüben, und dass er seinen Beruf grundsätzlich in oder (etwa bei Hausbesuchen) im Zusammenhang mit dieser Praxis ausübt. Aufgrund dieser mit der Niederlassung verbundenen Berufspflichten können der Versicherte und auch der Versicherer im Allgemeinen davon ausgehen, dass die von einem niedergelassenen Arzt gewährte Heilbehandlung kunstgerecht, zur Diagnose und/oder Therapie geeignet und damit in aller Regel "medizinisch notwendig" ist. Auch der Versicherer braucht eine nähere Prüfung in dieser Hinsicht in der Masse der Fälle nicht mehr vorzunehmen. Unter dem Blickwinkel des ärztlichen Berufsrechts bilden den Gegensatz zu den an ihrer Niederlassung praktizierenden Ärzten diejenigen Ärzte, die - ohne eigene Praxis - gelegentlich eine selbständige Behandlung übernehmen wollen (BGH, Urteil vom 30. November 1977, a.a.O., Rn. 13). Demgemäß besteht grundsätzlich kein Anspruch auf eine Kostenerstattung für Behandlungen, denen ein Vertrag zwischen Patient und einer juristischen Person zugrunde liegt, da diese selbst kein Arzt ist; bei ihr angestellte, approbierte Ärzte fallen nach dem Wortsinn ebenfalls nicht unter § 4 Abs. 2 MB/KK, weil sie keine selbständige Niederlassung begründet haben und Ärzte, die ihren Beruf ausschließlich im Angestelltenverhältnis ausüben, im Rechtssinne keine „niedergelassenen“ Ärzte sind (BGH, Urteil vom 30. November 1977 - IV ZR 69/76 -, BGHZ 70, 158-173, Rn. 10; Kalis in: Bach/Moser, Private Krankenversicherung, 4. Aufl., § 4 MB/KK Rn. 8).

106

Dagegen hat das Niederlassungsrecht mit der ärztlichen Berufsausübung in einem Krankenhaus nichts zu tun. Zumindest bei Krankenhäusern, die den Erfordernissen des § 4 Abs. 4 MB/KK genügen, die also „unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden arbeiten und Krankengeschichten führen“, bestehen - genau wie bei niedergelassenen Ärzten - generell keine Bedenken, dass die dort gewährte Heilbehandlung in jeder Hinsicht den Regeln der ärztlichen Kunst entspricht. Bei einem anerkannten Krankenhaus im Sinne des § 4 Abs. 4 MB/KK kann und darf man sich ohne weiteres darauf verlassen, dass die Heilbehandlung von einem approbierten Arzt oder jedenfalls unter seiner verantwortlichen Leitung durchgeführt wird. Die Erwartungen, die hinsichtlich der Qualität in die Behandlung eines niedergelassenen Arztes gesetzt werden, werden daher im Allgemeinen ebenso (wenn nicht sogar noch besser) auch von einem solchen Krankenhaus erfüllt. In diesem Punkt erübrigt sich für den Versicherer - wie beim niedergelassenen Arzt - eine nähere Überprüfung. Eine unterschiedliche Beurteilung von niedergelassenen Ärzten und anerkannten Krankenhäusern entspricht demnach nicht dem Schutzzweck des § 4 Abs. 2 MB/KK (BGH, Urteil vom 30. November 1977, a.a.O., Rn. 16).

107

Infolgedessen wäre ein Leistungsausschluss von Kosten ambulanter Behandlungen, die der Versicherte von einem Krankenhaus im Sinne des § 4 Abs. 4 MB/KK hat durchführen lassen, durch Sinn und Zweck des § 4 Abs. 2 MB/KK nicht mehr gedeckt. AVB-Klauseln, die bestimmte, an sich in den durch die Versicherungsart gedeckten Gefahrenbereich fallende Risiken ausschließen oder begrenzen, dürfen aber nicht weiter ausgedehnt werden, als es ihr Sinn unter Beachtung ihres wirtschaftlichen Zwecks und der gewählten Ausdrucksweise erfordert (BGH, Beschluss vom 17. September 1975 - IV ZR 17/75 -, BGHZ 65, 142-146, Rn. 11). Dieser bei Risikobegrenzungsklauseln stets zu beachtende Grundsatz führt zu einer restriktiven Anwendung des § 4 Abs. 2 MB/KK mit dem Ergebnis, dass die Klauseln den Versicherungsschutz bei ambulanter Heilbehandlung durch ein Krankenhaus im Sinne des § 4 Abs. 4 MB/KK, sofern sie von einem dort angestellten approbierten Arzt (oder unter dessen verantwortlicher Leitung) vorgenommen wird, nicht ausschließt (BGH, Urteil vom 30. November 1977 a.a.O., Rn. 17). Weitere Voraussetzung einer vom Versicherungsschutz nach den MB/KK erfassten Behandlung in einem Krankenhaus ist die Erteilung einer Konzession für die Klinik nach § 30 GewO seitens der zuständigen Behörde. Das ergibt sich zwar nicht unmittelbar aus den MB/KK, jedoch aus dem Schutzzweck der Norm, da die Allgemeinheit und der einzelne Patient vor den Gefahren geschützt werden sollen, die durch eine nicht ordnungsgemäße Führung, Einrichtung oder Lage einer Privatkrankenanstalt entstehen können. Erst die mit der Erteilung der Konzession verbundene staatliche Kontrolle bietet die Gewähr für die Zuverlässigkeit der Unternehmensleitung und die qualitative Ausstattung der Klinikräume, die sich wiederum unmittelbar auf die Qualität der Behandlung auswirkt (vgl. OLG Köln, Urteil vom 23. Juni 1999 - 5 U 222/98 -, juris, Rn. 3 m.w.N.; Kalis in: Bach/Moser, Private Krankenversicherung, 4. Aufl., § 4 MB/KK, Rn. 32).

bb.

108

Im vorliegenden Fall handelt es sich bei der ...-GmbH nach den vorliegenden Unterlagen um eine „Fachklinik für Operative Lymphologie“, die gemäß § 30 GewO als Privatkrankenanstalt konzessioniert ist. Die Konzessionierung ist beklagenseits nach Vorlage der Ablichtung des auszugsweisen Bescheides der Stadt K. vom 04.04.2016 (Bl. 292 d.A.) nicht mehr bestritten worden. Gegenstand des

Unternehmens ist ausweislich des eingeholten Handelsregisterauszugs „der Betrieb einer Fachklinik für operative Lymphologie als Privatkrankenanstalt nach § 30 GewO. Der Betrieb ist auf die Behandlung und stationäre wie ambulante Versorgung von PatientInnen ausgerichtet (...)“. Die insoweit betriebene Privatklinik steht dabei unter ständiger ärztlicher Leitung, indem die die Geschäftsführung der ...-GmbH den Herren Prof. Dr. med. C. und Dr. med. G. obliegt. Anhaltspunkte, dass die Klinik nicht über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten auf ihrem Fachgebiet verfüge, nicht nach wissenschaftlichen Methoden arbeite und Krankengeschichten führe, sind weder vorgetragen noch ersichtlich.

cc.

109

Der Vortrag der Beklagten, die ...-GmbH verfüge nicht über die Räumlichkeiten über die stationäre Aufnahme von Patienten, sondern bediene sich der Ressourcen des M.-Krankenhauses in K., steht der Eigenschaft der ...-GmbH als eigenständiges Krankenhaus nicht entgegen.

110

Das Vorhandensein ausreichender diagnostischer und therapeutischer Mittel wird grundsätzlich von der Beklagten nicht in Frage gestellt. Sie moniert jedoch, dass die ...-GmbH für die postoperative Versorgung medizinische und personelle Ressourcen des M.-Krankenhauses nutze. Bereits der Wortlaut von § 4 Abs. 4 MB/KK impliziert jedoch nicht, dass es sich um "eigene" diagnostische und therapeutische Mittel des jeweiligen Krankenhauses handeln muss (vgl. OLG München, Urteil vom 14. Januar 2010 - 29 U 5136/09 -, juris, Rn. 65 m.w.N.). Die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten sind auch dann gesichert, wenn die dafür erforderlichen Leistungen aufgrund wirksamer vertraglicher Gestaltungen von Dritten erbracht werden (vgl. OLG München, Urteil vom 14. Januar 2010, a.a.O.).

111

Der Verweis der Beklagten auf die Vorschriften des KHEntG ist in dem hier zu entscheidenden Fall bereits deshalb unbehelflich, da die streitgegenständlichen Leistungen keine stationären oder teilstationären Leistungen gemäß § 1 Abs. 1 KHEntG darstellen. Unstreitig sind die hier fraglichen Behandlungen ambulant vorgenommen worden.

112

Davon abgesehen, kommt es vorliegend auf die beklagtenseits in diesem Zusammenhang aufgeworfene Frage hinsichtlich des Bestehens von gesetzlichen Vergütungshöchstgrenzen im Sinne von § 17 Abs. 1 Satz 5 und 6 KHEntG bereits deshalb nicht an, da die hier vom Senat für begründet erachteten ärztlichen Leistungen ausdrücklich auf Grundlage der GOÄ abgerechnet worden sind.

3.

113

Der Zinsanspruch folgt aus §§ 291, 288 Abs. 1 BGB.

114

Eine förmliche Zustellung des Schriftsatzes vom 12.10.2017 ist zwar nicht feststellbar, der Schriftsatz ist nach Mitteilung des Prozessbevollmächtigten der Beklagten (vgl. Schriftsatz vom 30.10.2017; Bl. 222 d.A.) bei diesem am 23.10.2017 eingegangen.

115

Ein Anspruch auf Ersatz außergerichtlicher Rechtsanwaltskosten gemäß §§ 286, 280 Abs. 1 BGB besteht nicht, da zum Vorliegen eines derartigen Anspruchs jedweder Vortrag fehlt. Eines diesbezüglichen Hinweises bedurfte es nicht (§ 138 Abs. 2 Satz 1 ZPO).

4.

116

Die Kostenentscheidung beruht auf § 92 Abs. 1 ZPO

117

Die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit hat ihre Grundlage in §§ 708 Nr. 10, 711, 713 ZPO.

118

Die Revision war nicht zuzulassen, weil die Voraussetzungen hierfür nicht vorliegen (§ 543 Abs. 2 ZPO). Die für die Entscheidung maßgeblichen Rechtsfragen sind inzwischen höchstgerichtlich geklärt. Der Senat hat oben aufgezeigt, weshalb er unter Berücksichtigung der entsprechenden vom Bundesgerichtshof entwickelten Maßstäbe die in der Entscheidung des Oberlandesgerichts Köln vom 23.11.2012 (20 U 96/10) vertretene Auffassung nicht teilt. Soweit der 3. Zivilsenat des Oberlandesgerichts Braunschweig mit Beschluss vom 26.08.2010 (3 U 13/10) in dem dort zu entscheidenden Fall die Voraussetzungen für das Vorliegen eines Krankenhauses verneint hat, so handelt es sich insoweit um einen Einzelfall, der auf den hiesigen Rechtsstreit nicht übertragbar ist. Im Übrigen ist das Oberlandesgericht Braunschweig in der genannten Entscheidung gerade nicht von einer Ressourcenteilung ausgegangen.

119

Der Berufungsstreitwert war gem. §§ 47, 48 GKG i. V. m. § 3 ZPO auf eine Wertstufe bis 12.000,00 € festzusetzen.