

BGH

11.2.2009

IV ZR 28/08

1. Die Klausel in den Tarifbedingungen eines Krankenversicherers, wonach sich der Versicherungsschutz auch auf die Psychotherapie sowie eine logopädische Behandlung erstreckt, soweit erstere durch Ärzte oder Diplompsychologen, letztere durch Ärzte oder Logopäden durchgeführt wird, kann nicht dahin ausgelegt werden, dass der zugesagte Versicherungsschutz auch die therapeutische Behandlung einer Lese-Rechtschreib-Schwäche (LRS) durch Pädagogen umfasst.

2. Die genannte Klausel hält der Inhaltskontrolle insoweit stand.

AVB Private Krankenversicherung

LG Saarbrücken, Entscheidung vom 19.04.2007 - 14 O 74/05
OLG Saarbrücken, Entscheidung vom 16.01.2008 - 5 U 287/07-26 -

Der IV. Zivilsenat des Bundesgerichtshofes hat durch den Vorsitzenden Richter Terno, die Richter Dr. Schlichting, Wendt, Felsch und Dr. Franke am 11. Februar 2009 beschlossen:

Der Senat weist die Parteien gemäß §§ 552a Satz 2, 522 Abs. 2 Satz 2 ZPO darauf hin, dass er beabsichtigt, die - nur hinsichtlich des Zahlungsantrags zugelassene - Revision des Klägers gegen das Urteil des 5. Zivilsenats des Saarländischen Oberlandesgerichts in Saarbrücken vom 16. Januar 2008 im Beschlusswege nach § 552a Satz 1 ZPO zurückzuweisen.

Die Parteien erhalten Gelegenheit, hierzu binnen drei Wochen Stellung zu nehmen.

Gründe:

Die Parteien streiten darum, ob die Beklagte als privater Krankenversicherer des Klägers die Kosten für eine von Pädagogen durchgeführte Behandlung der Lese-Rechtschreib-Schwäche (sog. LRS-Therapie) des Sohnes des Klägers erstatten muss.

I.

Die Auslegung der vom Berufungsgericht ausgesprochenen Revisionszulassung ergibt, dass sie sich nur auf die Abweisung des Leistungsantrags des Klägers bezieht. Soweit das Berufungsgericht den Feststellungsantrag des Klägers mangels Bestimmtheit als unzulässig abgewiesen hat, ist es für diese prozessuale Entscheidung unerheblich, wie sich die dem Feststellungsbegehren zugrunde liegende materielle Rechtslage darstellt; insbesondere spielt es keine Rolle, wie die im Streit befindliche Tarifklausel auszulegen ist und ob sie wirksam vereinbart werden konnte.

Die Entscheidung des Berufungsgerichts über die Zulassung der Revision unterliegt der Auslegung. Obwohl der Tenor des Berufungsurteils keine Einschränkung der Zulassung der Revision enthält, ergibt sich eine wirksame Beschränkung aus den Entscheidungsgründen (vgl. BGH, Beschluss vom 14. Mai 2008 - XII ZB 78/07 - NJW 2008, 2351 LS und Tz. 15 m.w.N.). Das Berufungsgericht hat die Revisionszulassung dort allein mit dem Bedürfnis nach einer Klärung der Frage begründet, ob die Leistungsbeschränkung in der Tarifklausel der Beklagten auch mit Blick auf die Kosten einer Legasthenie-Behandlung wirksam ist. Auf diese materiell-rechtliche Frage kam es dem Berufungsgericht aber nur bei der Bescheidung des Leistungsantrags des Klägers an. Für die Abweisung des Feststellungsantrags als unzulässig spielte sie dagegen keine Rolle. Einen Zulassungsgrund dafür, auch diese prozessuale Entscheidung höchstrichterlich überprüfen zu

lassen, zeigt das Berufungsurteil nicht auf. Es ist auch ansonsten nichts dafür ersichtlich, dass das Berufungsgericht die Revision insoweit zulassen wollte.

II.

Das Oberlandesgericht hat den auf Zahlung gerichteten Klageantrag abgewiesen und die Zulassung der Revision damit begründet, dass es zwar die hier vereinbarte Beschränkung der Erstattung von Kosten einer psychotherapeutischen Behandlung auf Fälle der Behandlung durch Ärzte und Diplom-Psychologen für wirksam erachte, jedoch grundsätzlich zu klären sei, ob das auch mit Blick auf die Kosten einer Legasthenie-Behandlung gelte.

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen aber deshalb nicht vor, weil die vom Berufungsgericht aufgeworfene Rechtsfrage insbesondere durch die Urteile des Senats vom 27. Oktober 2004 (IV ZR 141/03 - VersR 2005, 64) und 15. Februar 2006 (IV ZR 192/04 - VersR 2006, 641 und IV ZR 305/04 - VersR 2006, 643), auf welche sich das Berufungsurteil zu Recht stützt, hinreichend geklärt ist. Die Revision hat auch keine Aussicht auf Erfolg.

III.

Der Umfang des dem Kläger in der Krankheitskostenversicherung zu gewährenden Versicherungsschutzes (vgl. dazu Senatsurteile vom 19. Mai 2004 - IV ZR 29/03 - VersR 2004, 1035 unter II 1; vom 17. März 1999 - IV ZR 137/98 - VersR 1999, 745 unter II 1 a) ergibt sich aus seinem mit der Beklagten geschlossenen Versicherungsvertrag, den zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen (AVB), den diese ergänzenden Tarifen mit Tarifbedingungen sowie aus gesetzlichen Vorschriften (§ 1 (3) AVB). Hier liegen als AVB die MB/KK 94 i.V. mit den Tarifbedingungen der Beklagten zugrunde. Letztere ergänzen die in § 4 Abs. 2 MB/KK 94 geregelte sog. freie Arztwahl wie folgt:

"Sofern der Tarif Leistungen bei Psychotherapie vorsieht, werden diese auch gewährt, wenn die Behandlung auf Veranlassung eines Facharztes durch einen Diplom-Psychologen vorgenommen wird."

Nach dem hier vereinbarten Tarif VA 100 sind unter I. 2. bei ambulanter Heilbehandlung erstattungsfähig

"die nachstehenden Aufwendungen für

- ärztliche Leistungen ... - psychotherapeutische Behandlungen durch Ärzte und Diplom-Psychologen sowie logopädische Behandlungen durch Ärzte und Logopäden jeweils bis 30 Sitzungen im Kalenderjahr. Darüber hinausgehende Leistungen werden nur nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers gewährt. - Leistungen des Heilpraktikers ..."

1. Das Oberlandesgericht hat diese Tarifbestimmung zutreffend dahin ausgelegt, dass die für den Sohn des Klägers benötigte LRS-Therapie nicht unter die erstattungsfähigen Leistungen fällt.

Allgemeine Versicherungsbedingungen sind aus der Sicht eines durchschnittlichen, um Verständnis bemühten Versicherungsnehmers auszulegen (vgl. BGHZ 123, 83, 85 und ständig; zuletzt Senatsurteil vom 25. Juni 2008 - IV ZR 233/06 - VersR 2008, 1207 Tz. 12). Dem Wortlaut der Tarifklausel I. 2., 2. Spiegelstrich kann der durchschnittliche Versicherungsnehmer entnehmen, dass nicht von einem Arzt, Diplom-Psychologen oder Logopäden durchgeführte Leistungen nicht erstattungsfähig sind.

Auch ein Vergleich der LRS-Therapie mit einer logopädischen Behandlung führt zu keinem anderen Auslegungsergebnis. Nach dem Wortlaut der Tarifbestimmung sind nur Aufwendungen für logopädische Behandlungen, nicht aber solche für eine davon zu unterscheidende LRS-Therapie - also die Behandlung von Lese- und Rechtschreibstörungen - erstattungsfähig.

Diese Auslegung entspricht ständiger Senatsrechtsprechung zu vergleichbaren Tarifklauseln (vgl. dazu Senatsurteile vom 15. Februar 2006 - IV ZR 192/04 - VersR 2006, 641 unter II 1 m.w.N.; 27. Oktober 2004 - IV ZR 141/03 - VersR 2005, 64 unter II 2).

2. Mit zutreffenden und ebenfalls im Einklang mit ständiger Senatsrechtsprechung stehenden Erwägungen hat das Berufungsgericht (BU S. 11 f.) dargelegt, dass die Tarifklausel nicht überraschend im Sinne von § 305c Abs. 1 BGB ist (vgl. dazu Senatsurteil vom 27. Oktober 2004 aaO unter II 2 a m.w.N.). Das gilt auch, soweit das Berufungsgericht eine Unklarheit der Tarifklausel i.S. von § 305c Abs. 2 BGB verneint hat (vgl. dazu Senatsurteile vom 15. Februar 2006 aaO unter II 1 b; 22. Mai 1991 - IV ZR 232/90 - VersR 1991, 911 unter 2 b).

3. Schließlich gründen sich auch im Übrigen die Ausführungen des Berufungsurteils zur Kontrollfähigkeit und zur Inhaltskontrolle der Tarifklausel nach § 307 Abs. 1 und 2 BGB zutreffend auf die Senatsrechtsprechung.

a) Anders als die Revision meint, verstößt die Klausel nicht gegen das Transparenzgebot i.S. von § 307 Abs. 1 Satz 2 BGB. Danach ist der Verwender Allgemeiner Versicherungsbedingungen gehalten, Rechte und Pflichten seines Vertragspartners möglichst klar und durchschaubar darzustellen. Es kommt insoweit nicht nur darauf an, dass eine Klausel in ihrer Formulierung für den durchschnittlichen Versicherungsnehmer verständlich ist. Vielmehr gebieten Treu und Glauben auch, dass sie die wirtschaftlichen Nachteile und Belastungen so weit erkennen lässt, wie dies nach den Umständen gefordert werden kann (zuletzt Senatsurteil vom 30. April 2008 - IV ZR 241/04 - VersR 2008, 816 Tz. 15 m.w.N.).

Diesen Anforderungen genügt die Klausel. Der durchschnittliche Versicherungsnehmer kann schon ihrem Wortlaut entnehmen, dass Versicherungsschutz nur für logopädische Behandlungen, nicht aber für die davon zu unterscheidende Behandlung der Legasthenie besteht. Daran ändert auch eine mögliche anderweitige Vergleichbarkeit beider Therapien nichts. Aus Gründen der Transparenz ist es nicht geboten, dass der Versicherer neben der abschließenden Aufzählung von Behandlern, deren Leistungen erstattungsfähig sind, auf die fehlende Erstattungsfähigkeit von Legastheniebehandlungen durch Pädagogen besonders hinweisen muss. Das Berufungsgericht hat insoweit zutreffend dargelegt, dass die Klausel - für den durchschnittlichen Versicherungsnehmer erkennbar - den Versicherungsschutz auf therapeutische Interventionen solcher - abschließend aufgezählter - Behandler beschränkt, die einem definierten und anerkannten Berufsbild der Heilkunde zuzuordnen sind.

b) Der Revision ist insbesondere auch nicht darin zu folgen, dass wegen der (unter I. 2., 2. Spiegelstrich, Satz 2 der Tarifklausel eröffneten) Möglichkeit einer Erstattungszusage des Versicherers für "darüber hinausgehende Leistungen" unklar bleibe, ob damit nur die Sitzungszahl über 30 Sitzungen hinaus erhöht oder auch der in Satz 1 eingeschränkte Kreis der Behandler erweitert werden könne. Bezugspunkt dieser Leistungserweiterung ist - für den durchschnittlichen Versicherungsnehmer erkennbar - allein die Beschränkung der zuvor näher eingegrenzten Behandlungen auf "bis zu 30 Sitzungen im Kalenderjahr". Dieser inhaltliche Bezug wird dadurch hergestellt, dass sich die beiden unmittelbar aufeinander folgenden Satzteile auch aufeinander beziehen: Mit "bis zu 30 Sitzungen im Kalenderjahr" endet Satz 1 und mit "darüber hinausgehende Leistungen" beginnt Satz 2. Dass der Versicherer damit auch die Erstattung qualitativ anderer Leistungen, insbesondere Leistungen anderer als in Satz 1 aufgezählter Behandler zusagen wolle, kann der Klausel nicht entnommen werden.

c) Dass - wie das Berufungsgericht angenommen hat - die Beschränkung auf die in der Tarifklausel aufgezählten Behandlungsformen und Behandler nicht gegen ein gesetzliches Leitbild verstößt und insbesondere den Regelungen des Sozialgesetzbuches (SGB) über die Eintrittspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ein solches Leitbild nicht entnommen werden kann, entspricht ebenfalls den Grundsätzen ständiger Senatsrechtsprechung. Schon wegen der grundlegenden Strukturunterschiede beider Systeme können Versicherte einer privaten Krankenversicherung nicht erwarten, in gleicher Weise versichert zu sein wie die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversi-

cherung (vgl. u.a. Senatsurteile vom 15. Februar 2006 - IV ZR 192/04 - VersR 2006, 641 unter II 3; 21. Februar 2001 - IV ZR 11/00 - VersR 2001, 576 unter 3 b aa m.w.N.; vom 22. Mai 1991 - IV ZR 232/90 - VersR 1991, 911 unter 2 b). Vielmehr haftet der Versicherer in der privaten Krankheitskostenversicherung nach § 178b Abs. 1 VVG a.F./§ 192 Abs. 1 VVG n.F. nur "im vereinbarten Umfang".

d) Auch bei der Prüfung der Frage, ob die Tarifklausel wesentliche Rechte des Versicherungsnehmers in einer die Erreichung des Vertragszwecks gefährdenden Weise einschränkt (§ 307 Abs. 2 Ziff. 2 BGB), ist das Berufungsgericht den grundsätzlichen Vorgaben aus der Senatsrechtsprechung gefolgt.

Danach bedeutet eine Leistungsbegrenzung für sich genommen noch keine Vertragszweckgefährdung, sondern bleibt zunächst grundsätzlich der freien unternehmerischen Entscheidung des Versicherers überlassen, soweit er nicht mit der Beschreibung der Hauptleistung beim Versicherungsnehmer falsche Vorstellungen erweckt (BGHZ 141, 137, 143; Senatsurteil vom 19. Mai 2004 aaO unter II 3 b aa).

Das ist hier nicht der Fall. Mit dem Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages bezweckt der Versicherungsnehmer eine Abdeckung seines krankheitsbedingten Kostenrisikos (Senatsurteil vom 17. März 1999 aaO unter II 4 b bb). Dem wird - wie das Berufungsgericht ohne Rechtsfehler dargelegt hat - die hier in Rede stehende Tarifbedingung trotz der darin enthaltenen Einschränkung gerecht.

Eine Gefährdung des Vertragszwecks liegt erst dann vor, wenn die Einschränkung den Vertrag seinem Gegenstand nach aushöhlt und in Bezug auf das zu versichernde Risiko zwecklos macht (BGHZ 137, 174, 176; Senatsurteil vom 15. Februar 2006 - IV ZR 305/04 - VersR 2006, 643 unter II 4 = juris Tz. 13 m.w.N.). Eine Vertragszweckgefährdung in der Krankheitskostenversicherung scheidet danach aus, wenn das primäre Leistungsversprechen der Kostenübernahme für medizinisch notwendige ärztliche Heilbehandlung unangetastet bleibt (vgl. Senatsurteile vom 19. Mai 2004 - IV ZR 29/03 - VersR 2004, 1035 unter II 3 b, aa = juris Tz. 27; 27. Oktober 2004 - IV ZR 141/03 - VersR 2005, 64 unter II 2 b = juris Tz. 31). So liegt der Fall hier. Denn eine Legasthenie-Therapie des Sohnes des Klägers bleibt versichert, wenn es sich dabei um eine medizinisch notwendige ärztliche Heilbehandlung handelt. Einschränkungen bestehen insoweit nur bei der beruflichen Qualifikation des jeweiligen Behandlers. Dass die Beschränkung der Kostenerstattung für psychotherapeutische Behandlungen auf Behandlungen durch Ärzte oder Diplom-Psychologen wirksam ist, hat der Senat bereits geklärt (Senatsurteile vom 15. Februar 2006 - IV ZR 305/04 - VersR 2006, 643 und IV ZR 192/04 - VersR 2006, 641 jeweils zur Wirksamkeit der Beschränkung des Versicherungsschutzes für Psychotherapie auf Behandlungen durch niedergelassene approbierte Ärzte oder in einem Krankenhaus). Gleiches gilt für die in der so genannten "Logopädieklausel" vorgenommenen Beschränkung auf ärztliche Behandler (Senatsurteil vom 27. Oktober 2004 aaO).

Der Senat hat dabei jeweils ein berechtigtes Interesse des Versicherers anerkannt, sicherzustellen, dass die in Betracht kommenden Behandler auch zur Beurteilung körperlicher Leiden ihrer Patienten und Wechselwirkungen mit anderweitigen, etwa seelischen Beschwerden in der Lage sind. Weiter ist in der Senatsrechtsprechung anerkannt, dass der private Krankheitskostenversicherer mit Blick auf die Überschaubarkeit der von ihm zu erbringenden Leistungen und seine Tarifkalkulation - und damit letztlich auch im Interesse der Versicherten - ein berechtigtes Interesse hat, einer für ihn unüberschaubaren Ausweitung des Versicherungsschutzes entgegenzutreten (vgl. dazu Senatsurteile vom 19. Mai 2004 - IV ZR 29/03 - VersR 2004, 1035 unter II 3 b, bb = juris Tz. 29; 16. Juni 2004 - IV ZR 257/03 - VersR 2004, 1037 unter II 3 b = juris Tz. 19; 18. Januar 2006 - IV ZR 244/04 - VersR 2006, 497 unter II 3 b (3) = juris Tz. 17). Das Berufungsgericht hat insoweit ohne Rechtsfehler angenommen, dass dieses Interesse berührt ist, wenn auch pädagogische Maßnahmen dem Leistungskatalog des Versicherers unterfallen sollten.

4. Die in den genannten Senatsurteilen dargelegten Grundsätze tragen mithin die vom Berufungsgericht getroffene Entscheidung, ohne dass es einer weitergehenden grundsätzlichen Klärung bedarf, ob die in der streitigen Tarifklausel vorgegebene Beschränkung auf bestimmte Behandler gerade auch mit Blick auf eine von Pädagogen durchgeführte Legasthenie-Therapie wirksam ist. Besonderheiten, die es erforderten, die oben genannten Maßstäbe im Rahmen einer Grundsatzentscheidung zu modifizieren oder zu ergänzen, sind insoweit nicht ersichtlich.

IV.

Die Revision erweist sich auch im Übrigen nicht als begründet.

1. Das Berufungsgericht hat nicht gegen § 286 ZPO verstoßen.

a) Der Kläger macht entgegen der Revisionsbegründung keine Aufwendungen für "ärztliche Leistungen" oder "psychotherapeutische Behandlungen durch Ärzte und Diplom-Psychologen" geltend. Das Berufungsgericht geht vielmehr zutreffend davon aus, dass insoweit schon nicht hinreichend dargetan ist, dass sein Sohn im Rahmen der LRS-Therapie durch einen Arzt oder Diplom-Psychologen behandelt wurde. Die Behauptung, der Direktor des Klinikums für Kinder- und Jugendmedizin habe die LRS-Therapie "begleitet", dieser sei nicht nur gut informiert bezogen auf den Forschungsstand zur Legasthenie, sondern auch mit der Betreuung des Falles betraut gewesen, reicht dafür nicht aus, zumal eine Abrechnung seiner Leistungen fehlt.

b) Mit der Behauptung des Klägers, er selbst und seine Ehefrau - beide Gynäkologen - hätten die Therapie ihres Sohnes betreut, ist eine versicherte "ärztliche Leistung" oder "psychotherapeutische Behandlung" ebenso wenig dargetan.

c) Das Berufungsgericht durfte davon absehen, Beweis über die Behauptung des Klägers zu erheben, dass die Behandlung seines Sohnes in einem Legasthenie-Zentrum, welches mit einer psychologischen Praxis zusammenarbeite, maßgeblich durch einen Diplom-Psychologen ausgeführt worden sei. Angesichts des Bestreitens der Beklagten war dieses pauschale Vorbringen nicht ausreichend. Der Kläger hätte insoweit konkret darlegen müssen, worin der Beitrag des - namentlich noch nicht einmal benannten - Diplom-Psychologen im Einzelnen bestand. Das Schreiben des Legasthenie-Zentrums vom 20. Januar 2004, das lediglich Therapieinhalte wiedergibt, konnte entsprechenden Klägervortrag nicht ersetzen.

2. Der Beklagten war es nach Treu und Glauben (§ 242 BGB) nicht versagt, sich auf die in der Tarifklausel enthaltenen Einschränkungen zu berufen. Zwar hat sie ihre Leistungsablehnung vom 29. Januar 2004 zunächst allein damit begründet, die Lese- und Rechtschreibschwäche sei keine versicherte Krankheit und die LRS-Therapie keine versicherte Heilbehandlung. Wie das Berufungsgericht jedoch zutreffend darlegt, hat sie damit kein Vertrauen des Klägers darauf begründet, sie werde die Kosten der LRS-Therapie tragen, und war deshalb in der Folgezeit nicht gehindert, die Leistungsablehnung auf weitere Gründe zu stützen.

Terno
Dr. Schlichting
Wendt
Felsch
Dr. Franke