

Eine tarifliche Begrenzung der Kostenerstattung für Heilmittel auf die Sätze der GOÄ ist unwirksam (mit Anmerkung von Kilian von Pezold)

BGB § 305 c

Eine tarifliche Begrenzung der Kostenerstattung von Heilmittelkosten auf die Sätze der GOÄ ist überraschend und unwirksam.

(379) LG Coburg, Urteil vom 13. 11. 2014 (32 S 57/14)

Anmerkung der Redaktion: Vgl. zur Wirksamkeit einer Begrenzung der Kostenerstattung für Physiotherapie auf die Sätze der GOÄ AG München VersR 2012, 1505.

Mit der Klage begehrte der Kl. Zahlung aus zwischen ihm und der Bekl. geschlossenen Versicherungsvertrag.

Aufgrund eines degenerativen Lendenwirbelsäulen-(LWS-)Syndroms und einer Implantation an der rechten Hüfte wurde dem Kl. am 10. 10. 2013 medizinisch notwendige manuelle Therapiebehandlung und medizinisch notwendige Krankengymnastikbehandlung verordnet. Der Kl. nahm die Behandlung im Zeitraum zwischen dem 23. 10. und 17. 12. 2013 wahr. Mit Rechnung vom 11. 12. 2013 rechnete der Masseur die Krankengymnastik und Lymphdrainage zu einem Rechnungsbetrag in Höhe von 469,80 Euro ab. Die Bekl. rechnete die zu erstattende Leistung mit Abrechnungsschreiben vom 17. 12. 2013 ab.

Von den abgerechneten Heilbehandlungskosten in Höhe von insgesamt 469,80 Euro wurden 232,80 Euro erstattet. Der Differenzbetrag in Höhe von 237 Euro wurde mit der vorliegenden Klage weiterverfolgt.

Die Parteien hatten folgende vertragliche Vereinbarung getroffen:

2.1. Ambulante Heilbehandlung

...

Physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel)

– 100 % wie ärztliche Leistungen (s. Nr. 3 d)

...

3. Erstattungsfähige Leistungen

...

d) physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel)

als physikalisch-medizinische Leistung gelten Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie sowie medizinische Bäder, wenn sie von einem Arzt oder von Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe erbracht werden.

Bei Leistung von Angehörigen medizinischer Assistenzberufe wird die GOÄ für die Kostenerstattung entsprechend zugrunde gelegt. ...

Der Kl. vertrat die Auffassung, dass die Bekl. unrechtmäßig eine Kürzung der Rechnung vorgenommen habe.

Das AG hat die Klage abgewiesen.

Die Berufung des Kl. hatte Erfolg.

Aus den Gründen:

Gem. § 307 BGB sind AGB unwirksam, wenn sie den Vertragspartner des Verwenders entgegen Treu und Glauben unangemessen benachteiligen. Gem. § 307 Abs. 1 S. 2 BGB kann sich eine unangemessene Benachteiligung auch daraus ergeben, dass die Bestimmung nicht klar und verständlich ist. Das AG Coburg stellt in der angegriffenen Entscheidung zutreffend fest, dass im Zusammenspiel der Nr. 2.1 und 3 d AVB der Bekl. ersichtlich ist, dass Angehörige staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe eine Abrechnung nach der GOÄ vornehmen können und dass diese Kosten zu 100 % reguliert werden.

Sofern die Tarifbedingungen die nähere Ausgestaltung des Leistungsversprechens aus dem Krankenversicherungsvertrag vornehmen, sind auch Einschränkungen nicht ausgeschlossen (*Kalis* in Bach/Moser, Private Krankenversicherung 4. Aufl. § 4 MB/KK Rn. 24).

Nach Auffassung der Kammer wird für einen durchschnittlichen VN bei verständiger Würdigung, aufmerkamer Durchsicht und Berücksichtigung des erkennbaren Sinnzusammenhangs nicht klar, dass mit der Formulierung „[b]ei Leistungen von Angehörigen medizinischer Assistenzberufe wird die GOÄ für die Kostenerstattung entsprechend zugrunde gelegt“ eine (grundsätzlich zulässige) Leistungseinschränkung vorgenommen wird. Vielmehr erweckt das Zusammenspiel des Wortlauts von Nr. 2.1 i. V. m. Nr. 3 d AVB der Bekl. nicht den Eindruck, dass hiermit eine Leistungseinschränkung verbunden ist. Der Gesichtspunkt der Leistungseinschränkung wird für einen durchschnittlichen VN nicht deutlich. Ein durchschnittlicher VN muss bei Vorliegen durchaus üblicher Rechnungshöhen, wie im vorliegenden Fall, nicht damit rechnen, dass ein Teil der Kosten vom VN selbst zu tragen ist. Der Gesichtspunkt der objektiv gegebenen Leistungseinschränkung wird für den VN nicht ausreichend deutlich. Daher ist nach Auffassung der Kammer die Klausel überraschend i. S. d. § 305 c Abs. 1 BGB, weil der VN nach den gesamten Umständen nicht damit zu rechnen braucht, dass er bei üblicher Vergütungshöhe von Leistungen Angehöriger medizinischer Assistenzberufe einen Teil der Kosten selbst tragen muss.

Die Kammer erachtet die Klausel in ihrem Ergebnis als ungewöhnlich, weil die Formulierung in Nr. 2.1 „100 % wie ärztliche Leistungen“ durch die Bezugnahme auf die GOÄ die letztlich vorgenommene Leistungseinschränkung nicht erwarten lässt. Dies ist für einen durchschnittlichen VN auch überraschend. Die Ausführungen des AG Coburg im streitgegenständlichen Urteil sowie die Ausführungen des AG München im Urteil vom 16. 2. 2011 vermögen hierzu nicht zu überzeugen. Zwar ist es zutreffend, dass eine Leistungsbegrenzung in unterschiedlichen Tarifen nicht grundsätzlich überraschend ist. Nach Auffassung der Kammer müsste aber deutlich werden, dass mit der Bezugnahme auf die GOÄ die Begrenzung der Leistung vorgenommen werden soll. Dies ist vorliegend durch die Formulierung der Klausel nicht geschehen.

Daher ist nach Auffassung der Kammer die Leistungseinschränkung durch die Formulierung „[b]ei Leistungen von Angehörigen medizinischer Assistenzberufe wird die GOÄ für die Kostenerstattung entsprechend zugrunde gelegt“ überraschend i. S. d. § 305 c Abs. 1 BGB.

Es kann daher dahinstehen, ob die Klausel gemessen an § 307 Abs. 1 S. 2 BGB ausreichend klar und verständlich ist.

Ebenso kann dahinstehen, ob sich der Kl. auf Vertrauens Gesichtspunkte berufen kann.

Anmerkung:

Bei vorliegender Entscheidung handelt es sich um die erste landgerichtliche Entscheidung zu entsprechenden Regelungen in den Tarifbedingungen von Versicherern, die privat Krankenversicherten einerseits einen hochwertigen und „hundertprozentigen“ Versicherungsschutz suggerieren, andererseits unter Verweis beispielsweise auf die GOÄ *de facto* eine erhebliche Leistungseinschränkung vornehmen. Was die Wirksamkeit solcher Leistungseinschränkungen in den Tarifbedingungen privater Krankenversicherer betrifft, lagen – wegen des zumeist nicht berufungsfähigen Streitwerts – widersprüchliche Entscheidungen von Untergerichten – hier dem AG München und dem AG Coburg – vor.

In der Praxis führte dies dazu, dass solche Kosten (streitgegenständlich waren die Kosten eines Physiotherapeuten) nur zu einem Teil erstattet wurden – unter Verweis auf die entsprechenden Regelungen der GOÄ, die Versicherten zumeist nicht bekannt sind. Der Krankenversicherer stützte sich hierbei auf das zuletzt ergangene, versichererfreundliche Urteil des AG München vom 16. 12. 2011¹, dem auch das AG Coburg in der Ausgangsentcheidung vom 11. 6. 2014² gefolgt war, jedoch die Berufung trotz geringen Streitwerts zugelassen hatte. Auf Berufung des VN hin hat das LG Coburg in der vorliegenden Entscheidung³ das erstinstanzliche Urteil aufgehoben und den Krankenversicherer zur 100%igen Regulierung der Kosten des Physiotherapeuten verurteilt. In den Entscheidungsgründen führt das LG Coburg aus, die streitgegenständlichen Tarifbedingungen seien gem. § 307 Abs. 1 S. 2 BGB unwirksam, da die Bestimmung nicht klar und verständlich sei. Nach Auffassung der Kammer werde für einen durchschnittlichen VN bei verständiger Würdigung, aufmerksamer Durchsicht und Berücksichtigung des erkennbaren Sinnzusammenhangs nicht klar, dass mit der Formulierung „[b]ei Leistung von Angehörigen medizinischer Assistenzberufe wird die GOÄ für die Kostenerstattung entsprechend zugrunde gelegt“ eine (grundsätzlich zulässige) Leistungseinschränkung vorgenommen werde. Vielmehr erwecke das Zusammenspiel des Wortlauts von Nr. 2.1 i. V. m. Nr. 3 d der Tarifbedingungen nicht den Eindruck, dass hiermit eine Leistungseinschränkung verbunden sei. Der Gesichtspunkt der Leistungseinschränkung werde für einen durchschnittlichen VN nicht deutlich. Er müsste bei Vorliegen durchaus üblicher Rechnungshöhen, wie im vorliegenden Fall, nicht damit rechnen, dass ein Teil der Kosten vom VN selbst zu tragen sei. Der Gesichtspunkt der objektiv gegebenen Leistungseinschränkung werde für den VN nicht ausreichend deutlich, sodass nach Auffassung des LG Coburg die Klausel auch überraschend i. S. d. § 305 c Abs. 1 BGB sei, weil der VN nach den gesamten Umständen nicht damit zu rechnen brauche, dass er bei üblicher Vergütungshöhe von Leistungen Angehöriger medizinischer Assistenzberufe einen Teil der Kosten selbst tragen müsse. Die Kammer erachte die Klausel in ihrem Ergebnis als ungewöhnlich, weil die Formulierung in Nr. 2.1 „100 % wie ärztliche Leistungen“ durch die Bezugnahme auf die GOÄ die letztlich vorgenommene Leistungseinschränkung nicht erwarten lasse. Dies sei für einen durchschnittlichen VN auch überraschend.

Mithin verwirft das LG Coburg die Argumentation des AG München im Urteil vom 16. 2. 2011⁴, die noch die versteckte Leistungseinschränkung in den Tarifbedingungen des privaten Krankenversicherers als hinreichend transparent und zulässig erachtet hatte. Wegen der divergierenden untergerichtlichen Entscheidungen war eine Klarstellung durch das LG Coburg geboten. Zum einen stellt die Entscheidung – was die Tarifbedingungen von privaten Krankenversicherungen betrifft – eine wichtige Stärkung der Auslegung nach dem Empfängerhorizont (VN) dar, zum anderen dürfen nunmehr privat Krankenversicherte das erwarten, was ihnen beim Abschluss der Versicherung suggeriert worden war, nämlich einen hochwertigen, weit über den Umfang gesetzlicher Krankenversicherungen hinausgehenden Versicherungsschutz und 100%ige Kostenerstattung dort, wo Verbraucher dies nach dem Wortlaut des Versicherungsvertrags auch erwarten dürfen.

Der Autor, Kilian von Pezold, ist Rechtsanwalt in Coburg.

Betriebshaftpflichtversicherung

Auslegung einer Risikobeschreibung unter Bezugnahme auf § 5 HWO

AHB § 3; HWO § 5

Nehmen die Versicherungsbedingungen auf § 5 HWO Bezug, sind auch solche Arbeiten mitversichert, die das Leistungsangebot wirtschaftlich ergänzen.

(380) OLG Karlsruhe, Urteil vom 30. 4. 2015 (12 U 477/14)

– nicht rechtskräftig –

Anmerkung der Redaktion: Vgl. zu wirtschaftlich ergänzenden Arbeiten im Rahmen der Betriebshaftpflichtversicherung auch OLG Karlsruhe VersR 2010, 1589.

Gegenstand der Klage sind Ansprüche aus einer gewerblichen Haftpflichtversicherung.

Die Kl. erbringt Bauklempner-, Bauspengler- und Flaschnerarbeiten. Sie schloss mit der Bekl. am 19. 3. 2008 eine Betriebshaftpflichtversicherung. Ausweislich der dem Vertrag zugrunde liegenden Bedingungen war das im Versicherungsschein genannte Risiko versichert, nämlich das Risiko eines Bauklempners, Bauspenglers und Bauflaschners.

Das vertraglich versicherte Risiko nach Nr. 3 AHB wurde in den besonderen Versicherungsbedingungen Teil I Nr. 1 geregelt. Dort war u. a. unter der Überschrift „Versicherte Risiken (Betriebscharakter/individuelle Deckungserweiterungen)“ niedergelegt:

Maßgebend ist die Beschreibung unter Position „Versicherte Risiken“ bzw. „Deckungserweiterungen/Nebenrisiken aufgrund besonderer Vereinbarung“ im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen, wobei das Risiko gem. § 5 Handwerksordnung (HWO) eingeschlossen ist.

Die Kl. erbrachte im Auftrag des Landkreises E. bei der Generalinstandsetzung eines Gymnasiums Spengler- und Dachabdichtungsarbeiten. Der Auftragserteilung lag eine Leistungsbeschreibung zugrunde, in der unter Nr. 1.1 Abdichtungsarbeiten beschrieben waren. Die Kl. versah eine Fläche von 160 m² (Flachdach) mit Bitumenschweißbahnen.

Sie behauptete, während der Bauphase, als ein Teil des Daches abgedeckt und vor üblichem Regenfall geschützt war, sei durch einen extrem starken Regenfall in das Objekt Wasser eingetreten, das einen Schaden verursacht habe.

Sie behauptete weiter, der Schadensfall sei vom versicherten Risiko umfasst. Arbeiten zum Verlegen von Bitumenschweißbahnen gehörten zum versicherten Risiko eines Bauklempner-, Bauspengler- und Bauflaschnerhandwerksbetriebs. Es sei gängige Praxis, dass Bauklempnerbetriebe Bitumenarbeiten am Dach zum Abdichten (Bitumendampfsperre) erbringen würden. Die im Bauklempnerbereich erbrachten Dacharbeiten würden durch das Aufbringen von Bitumenschweißbahnen ergänzt. Ohne diese Abdichtungsarbeiten könnten Dachabdichtungsarbeiten nicht entsprechend den Regeln der Technik erbracht werden.

Das LG hat die Klage abgewiesen.

Die Berufung der Kl. hatte Erfolg.

Aus den Gründen:

Entgegen der Auffassung des LG sind die von der Kl. durchgeführten Dachdeckerarbeiten mitversichert.

1. Der geltend gemachte Haftpflichtschaden fällt unter das versicherte Risiko.

Gem. Teil I Nr. 1 Allgemeine Vereinbarungen ist maßgebend die Beschreibung unter der Position „Versicherte Risiken“ bzw. „Deckungserweiterungen/Nebenrisiken ...“ im Versicherungsschein

1 AG München VersR 2012, 1505.

2 AG Coburg vom 11. 6. 2014 – 12 C 207/14.

3 LG Coburg VersR 2015, 1244.

4 AG München VersR 2012, 1505.