

BGH: „Hausarztzentrierte Versorgung“ in der PKV

Urt. v. 18.2.2009 – IV ZR 11/07

1. Eine im Rahmen eines so genannten Elementartarifs eines privaten Krankenversicherers vereinbarte Klausel, welche die volle Erstattung der Kosten für ambulante Heilbehandlung nur bei (Erst-)Behandlung durch einen Arzt für Allgemeinmedizin/praktischen Arzt oder durch Fachärzte für Gynäkologie, Augenheilkunde, Kinder- und Jugendmedizin oder einen Not- bzw. Bereitschaftsarzt vorsieht, ist nicht dahin auszulegen, dass den genannten Ärzten ein an der hausärztlichen Versorgung teilnehmender Facharzt für Innere Medizin („hausärztlicher Internist“) gleichsteht.

2. In dieser Auslegung ist die genannte Tarifklausel wirksam.

(LG München I - 13 S 16689/06)

Aus dem Tatbestand:

Der Kläger, der bei der Beklagten eine private Krankheitskostenversicherung hält, bei der ein so genannter Elementartarif (EL) vereinbart ist, begehrt die Feststellung, dass die Beklagte die Kosten für die Heilbehandlung durch einen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten („hausärztlichen Internisten“) in gleicher Weise zu erstatten hat wie die Kosten für die Heilbehandlung durch einen Arzt für Allgemeinmedizin oder einen praktischen Arzt.

Dem Krankenversicherungsvertrag liegen Musterbedingungen für die Krankheitskostenversicherung (MB/KK) zugrunde. Soweit hier von Interesse, lauten die Bestimmungen des Tarifs EL auszugsweise:

„(2) Erstattung ambulanter Heilbehandlung

80 %

des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige Heilbehandlung – außer Psychotherapie – durch Ärzte einschließlich verordneter Arzneimittel bzw.

100 %

des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige Heilbehandlung – außer Psychotherapie – durch Ärzte einschließlich verordneter Arzneimittel, wenn für die Behandlung ein Arzt für Allgemeinmedizin/praktischer Arzt, ein Facharzt für Gynäkologie, für Augenheilkunde (Augenarzt), für Kinder- und Jugendmedizin (Kinderarzt) oder ein Not- bzw. Bereitschaftsarzt in Anspruch genommen wird oder der Versicherte von einem der vorgenannten Ärzte zur Mit-

/Weiterbehandlung an einen anderen Facharzt überwiesen wird. Die Erstbehandlung ist durch die Erstbehandlungsrechnung zu belegen.“

Der Kläger behauptet, bei einem hausärztlichen Internisten in fort-laufender Behandlung zu sein. Bei Erstattung von lediglich 80 % der insoweit entstehenden Heilbehandlungskosten entstünde ihm ein durchschnittlicher jährlicher Ausfall von etwa 500 €. Seiner Auffassung nach ist diese Behandlung aber derjenigen durch einen Arzt für Allgemeinmedizin oder praktischen Arzt mit Blick auf die Erstattung der Behandlungskosten gleichzustellen.

Die Vorinstanzen haben die Klage abgewiesen. Mit seiner Revision verfolgt der Kläger sein Klagebegehren weiter.

Aus den Gründen:

Das Rechtsmittel bleibt ohne Erfolg.

I. Das Berufungsgericht hat ausgeführt, die Bedingungen des Tarifs EL bestimmten ausdrücklich, dass eine hundertprozentige Kostenerstattung nur für die Heilbehandlung durch einen Arzt für Allgemeinmedizin/praktischen Arzt, einen Gynäkologen, Augenarzt, Kinderarzt oder einen Not- oder Bereitschaftsarzt in Betracht komme. Zu diesen Ärzten zähle ein hausärztlicher Internist nicht. Der Begriff des Hausarztes werde in den Tarifbedingungen nicht verwendet. Angesichts dieses klaren Wortlautes seien bei der Behandlung durch einen hausärztlichen Internisten diese besonderen Voraussetzungen nicht erfüllt.

Die vom Kläger beanstandete Tarifklausel sei wirksam. Ihr Wortlaut sei klar; auf § 305c Abs. 2 BGB könne sich der Kläger deshalb nicht berufen. Die Klausel sei auch nicht überraschend. Ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer könne erkennen, dass ihm im Grundsatz 80 % und nur bei Vorliegen besonderer Voraussetzungen 100 % der Heilbehandlungskosten erstattet würden. Da der hausärztliche Internist nicht zu den in der Ausnahmeregelung aufgezählten Ärzten gehöre, könne der Kläger auch nur eine Kostenerstattung zu 80 % erwarten.

Schließlich halte die Klausel der Inhaltskontrolle nach § 307 Abs. 1 und 2 BGB stand. Sie widerspreche nicht der gesetzlichen Regelung in § 178b Abs. 1 VVG a.F., wonach der Versicherer für Kosten einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung nur „im vereinbarten Umfang“ einzustehen habe. Etwas anderes ergebe sich auch nicht aus der für die gesetzliche Krankenversicherung geltenden Bestimmung des § 73 Abs. 1a Satz 1 Nr. 3 SGB V, wonach hausärztliche Internisten an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. Als Versicherter einer privaten Krankenversicherung könne der Kläger nicht erwarten, so versichert zu sein wie ein Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Tarifklausel gefährde auch nicht den Vertragszweck. Der Kläger habe die Möglichkeit, sich bei Erforderlichkeit der Behandlung durch einen Internisten von einem Arzt für Allgemeinmedizin/praktischen Arzt dorthin überweisen zu lassen, um wiederum in den Genuss der vollen Kostenerstattung zu kommen. Deshalb und weil der eingeschränkten Leistungspflicht des Versicherers ein unbestritten günstiger Beitragssatz gegenüberstehe,

benachteilige die Tarifklausel den Versicherungsnehmer auch nicht unangemessen i.S. von § 307 Abs. 1 Satz 1 BGB.

II. Das hält rechtlicher Nachprüfung stand.

1. Der Umfang des dem Kläger in der hier vorliegenden Krankheitskostenversicherung zu gewährenden Versicherungsschutzes 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 Abs. 3 AVB). Daraus ergibt sich hier: Nach § 1 Abs. 1 lit. a AVB gewährt der Versicherer im Versicherungsfall („medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen“ – § 1 Abs. 2 Satz 1 AVB) Ersatz von Aufwendungen für die Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen; Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich nach § 4 Abs. 1 AVB aus dem vereinbarten Tarif – hier EL – mit seinen Tarifbedingungen (vgl. Senatsurteile vom 19. Mai 2004 – IV ZR 176/03 – NJW-RR 2005, 260 [nur Leitsatz, Volltext der Entscheidung veröffentlicht auf der Internetseite des Bundesgerichtshofs und in juris] unter II 1; 17. März 1999 – IV ZR 137/98 - VersR 1999, 745 unter II 1a).

2. Das Berufungsgericht hat die vom Kläger beanstandete Tarifbedingung „Erstattung ambulanter Heilbehandlung“ des vereinbarten Elementartarifs (EL) zutreffend dahin ausgelegt, dass ein an der hausärztlichen Versorgung teilnehmender Internist (vgl. zu diesem Begriff § 73 Abs. 1a Nr. 3 SGB V) weder unter die dort aufgezählten Ärzte fällt noch ihnen für die Frage der vollen Erstattung von Heilbehandlungskosten gleichzusetzen ist. Dieses eindeutige Auslegungsergebnis lässt für die Anwendung der Unklarheitenregelung des § 305c Abs. 2 BGB keinen Raum.

a) Allgemeine Versicherungsbedingungen – dazu zählen auch die Tarifbedingungen – sind so auszulegen, wie ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer sie bei aufmerksamer Durchsicht und Berücksichtigung des erkennbaren Sinnzusammenhangs verstehen muss; dabei kommt es auf die Verständnismöglichkeiten eines Versicherungsnehmers ohne versicherungsrechtliche Spezialkenntnisse und damit – auch – auf seine Interessen an (BGHZ 84, 268, 272; 123, 83, 85 und ständig). Der Versicherungsnehmer wird in erster Linie vom Wortlaut einer Klausel ausgehen. Danach ergibt sich hier, dass grundsätzlich lediglich eine Erstattung von 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige Heilbehandlungen vereinbart ist. Nur wenn die Behandlung durch einen der im Weiteren aufgeführten Ärzte durchgeführt oder von diesen nach Erstbehandlung mittels Überweisung an einen anderen Facharzt veranlasst ist, werden 100 % der Behandlungskosten erstattet. Der Versicherungsnehmer erkennt dabei, dass die Aufzählung von Ärzten sich an deren beruflicher Qualifikation und nicht an der Art der ausgeübten Tätigkeit orientiert. Ein Facharzt für innere Medizin, mag er auch an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, wird von der Aufzählung nicht erfasst.

b) Zu Unrecht beruft sich der Kläger darauf, dass Elementartarife wie der vorliegende landläufig als „Hausarzttarife“ bezeichnet würden, weshalb die Tarifbedingung dahin zu verstehen sei, dass jeder als Hausarzt tätige Mediziner, insbesondere auch ein hausärztlicher Internist, die bedingungsgemäßen Voraussetzungen für die Erstattung

der vollen Heilbehandlungskosten erfülle. Im Wortlaut der Tarifbedingungen findet diese Interpretation keine Stütze. Der von der Rechtsprechung entwickelte Ansatz, Versicherungsbedingungen so auszulegen, wie ein verständiger durchschnittlicher Versicherungsnehmer ohne besondere versicherungsrechtliche Kenntnisse sie verstehen kann, orientiert sich gerade deshalb zunächst und in erster Linie am Bedingungswortlaut, weil der Versicherungsnehmer davor geschützt werden soll, bei der Auslegung mit ihm unbekanntem Details der Entstehungsgeschichte einer Klausel oder Motiven des Versicherers konfrontiert zu werden (BGH, Urteil vom 17. Mai 2000 – IV ZR 113/99 – VersR 2000, 1090 unter 2 m.w.N.). Umgekehrt geht es aber nicht an, dass der durchschnittliche Versicherungsnehmer seinerseits seinem Verständnis der Klausel ein vermeintliches Motiv des Versicherers zugrunde legt, solange dieses im Wortlaut oder Sinnzusammenhang der Klausel keinen Niederschlag findet und der Versicherer auch nicht anderweitig den Eindruck erweckt, dass ein solches Motiv für das Klauselverständnis bedeutsam sei.

c) Ohne Erfolg macht die Revision deshalb geltend, der Zweck der Tarifklausel bestehe lediglich darin, den Versicherungsnehmer von der eigenmächtigen Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen abzuhalten, weshalb es für die Höhe der Kostenerstattung allein darauf ankomme, ob er einen Haus- oder einen Facharzt aufsuche. Der hausärztliche Internist sei bei dieser Unterscheidung als Hausarzt anzusehen.

Das trifft so nicht zu. Die Annahme, es gehe dem Versicherer lediglich um eine Unterscheidung zwischen der Heilbehandlung durch einen Haus- oder Facharzt, findet im Bedingungswortlaut keine ausreichende Stütze. Die Tarifbedingung unterscheidet, wie bereits ausgeführt, vielmehr allein nach der beruflichen Qualifikation und nicht nach der ausgeübten Tätigkeit des behandelnden Arztes. Zutreffend weist die Beklagte darauf hin, dass das Wort „Hausarzt“ in den Tarifbedingungen nicht verwendet wird. Die Anknüpfung allein an die berufliche Qualifikation macht – für den Versicherungsnehmer erkennbar – gerade deshalb Sinn, weil auch Fachärzte für innere Medizin an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und insoweit geklärt wird, dass die Erstbehandlung durch solche hausärztliche Internisten der privilegierten Kostenerstattung (von 100 %) nicht unterfällt. Anders als die Revision meint, bedarf es eines weiteren, ausdrücklichen Ausschlusses hausärztlicher Internisten daneben nicht.

d) Daraus, dass nach § 73 Abs. 1a Nr. 3 SGB V Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben, als Hausärzte im Sinne des Hausarztmodells der gesetzlichen Krankenversicherung anerkannt sind, kann der Kläger nichts für sich herleiten. 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 Krankenversicherung (st. Rspr., 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 3b aa m.w.N.; 22. Mai 1991 – IV ZR 232/90 – VersR 1991, 911 unter 2b; OLG Hamm VersR 2004, 321). 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“. Ein im Hinblick auf die hier streitige Frage näher konkretisiertes gesetzliches Leitbild ist der Regelung des § 73 Abs. 1a Nr. 3 SGB V deshalb nicht zu entnehmen.

3. In dieser Auslegung verstößt die Tarifklausel „(2) Erstattung ambulanter Heilbehandlung“ des Tarifs EL nicht gegen § 305c Abs. 1 BGB.

Ein – überraschenden Klauseln innewohnender – Überrumpelungseffekt liegt hier nicht vor, weil die Tarifbedingung nicht von den Erwartungen des Versicherungsnehmers in einer Art und Weise deutlich abweicht, mit der er nach den Umständen vernünftigerweise nicht zu rechnen brauchte. Schon die zunächst vorgenommene Beschränkung der Kostenerstattung auf 80 % des Rechnungsbetrages und die im Weiteren dazu getroffene Ausnahmeregelung lenken die Aufmerksamkeit des Versicherungsnehmers auf die Frage, unter welchen besonderen Voraussetzungen eine volle Kostenerstattung in Betracht kommt. Eine Erwartung, es würden Behandlungskosten in voller Höhe erstattet, solange es sich beim Erstbehandler ungeachtet seiner beruflichen Qualifikation nur um einen als Hausarzt tätigen Arzt handelt, findet – wie oben bereits dargelegt – in der eindeutigen Formulierung der Tarifklausel keinen Anhalt.

4. Die beanstandete Tarifbedingung modifiziert das Hauptleistungsversprechen des Versicherers und unterliegt deshalb der Inhaltskontrolle nach § 307 BGB (vgl. dazu BGHZ 123, 83, 84; Senatsurteile vom 17. März 1999 – IV ZR 137/98 – VersR 1999, 745 unter II 2c; 19. Mai 2004 aaO unter II 3b); sie ist aber auch insoweit nicht zu beanstanden.

a) Die Nichteinbeziehung hausärztlicher Internisten in die Ausnahmeregelung über die Kostenerstattung zu 100 % weicht nicht vom Grundgedanken einer gesetzlichen Regelung ab (§ 307 Abs. 2 Nr. 1 BGB). § 73 Abs. 1a Nr. 3 SGB V, wonach hausärztliche Internisten an der kassenärztlichen hausärztlichen Versorgung teilnehmen, beansprucht für den Bereich der privaten Krankheitskostenversicherung keine Geltung (vgl. dazu oben II 2d).

b) Die Tarifbedingung gefährdet auch nicht den Vertragszweck (§ 307 Abs. 2 Nr. 2 BGB).

aa) Selbst eine unmittelbar wirkende Leistungsbegrenzung – erst recht die Nichteinbeziehung eines bestimmten Sachverhaltes in eine die Versicherungsleistung erweiternde Klausel – bedeutet 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 3b aa). Eine Gefährdung des Vertragszwecks ist erst anzunehmen, wenn mit der Einschränkung der Leistung der Vertrag ausgehöhlt werden kann und damit in Bezug auf das zu versichernde Risiko zwecklos wird (BGHZ 137, 174, 176 und ständig).

bb) 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 4b bb). Dem wird die hier in Rede stehende Tarifbedingung gerecht. Das grundsätzliche Leistungsversprechen einer Kostenübernahme zu 80 % für die medizinisch notwendige ärztliche Heilbehandlung bleibt von der Ausnahmeregelung zur vollen Kostenerstattung unangetastet. Die Ausnahmeregelung schafft, soweit sie

die Behandlung durch hausärztliche Internisten nicht erfasst, für den Versicherungsnehmer auch kein unzumutbares Hindernis für eine volle Kostenerstattung. Er wird insoweit zwar mittelbar in seiner Wahl des Erstbehandlers eingeschränkt, ihm verbleiben indes ausreichende Möglichkeiten, einen der in der Tarifbedingung aufgezählten Ärzte aufzusuchen. Daran ändert auch die lediglich allgemeine Erwägung des Klägers nichts, es könne in ländlichen Gebieten im Einzelfall erforderlich werden, Entfernungen von bis zu 30 Kilometern zurückzulegen, um einen Facharzt für Allgemeinmedizin oder einen (früher so bezeichneten) praktischen Arzt anstelle eines hausärztlichen Internisten aufzusuchen.

c) Die fragliche Klausel benachteiligt den Versicherungsnehmer schließlich auch nicht entgegen den Geboten von Treu und Glauben unangemessen, § 307 Abs. 1 Satz 1 BGB. Der Versicherer – als Verwender der Tarifbedingung – versucht damit nicht treuwidrig einseitig eigene Interessen auf Kosten des Vertragspartners durchzusetzen, ohne von vornherein auch dessen Belange hinreichend zu berücksichtigen (vgl. BGHZ 141, 137, 147; Senatsurteil vom 19. Mai 2004 aaO unter II 3b bb).

Bei der insoweit gebotenen Abwägung fällt ins Gewicht, dass der Versicherer ein berechtigtes Interesse daran hat, der Entstehung und Erstattung von Behandlungskosten für vermeidbar mehrfache identische fachärztliche Leistungen entgegenzuwirken. Diese Gefahr besteht unter anderem dann, wenn der behandelnde Hausarzt zugleich Facharzt für Innere Medizin ist und deshalb auch selbst fachärztliche (internistische) Leistungen erbringen kann.

Das Nebeneinander von Haus- und Fachärzten kann zu einem Übermaß an diagnostischen Leistungen und zur Überbehandlung geringfügiger Erkrankungen führen (vgl. für die gesetzliche Krankenversicherung: BT-Drucks. 11/6380 S. 59, 63, 64).

Die gestaffelte Kostenerstattung im Elementartarif der Beklagten wird von dem Interesse getragen, eine ökonomisch sinnvoll abgestufte, koordinierte ambulante ärztliche Versorgung zu erreichen und damit insbesondere einer Zunahme spezieller fachärztlicher Leistungen entgegenzuwirken. Diesem Interesse entspricht eine klare Trennung zwischen der haus- und der fachärztlichen Versorgung und Leistungsabrechnung.

Der mit der Tarifbedingung nur mittelbar einhergehenden Einschränkung des Versicherungsnehmers bei der Wahl seines Hausarztes wird dabei unstreitig durch einen günstigeren Beitragssatz Rechnung getragen. Der Versicherungsnehmer hat danach die Wahl, entweder als Erstbehandler einen der in der Tarifbedingung aufgezählten Ärzte aufzusuchen, sich anderenfalls mit der grundsätzlich vereinbarten Kostenerstattung von lediglich 80 % zu begnügen oder aber sich zu einem teureren Tarif zu versichern, der die hier beanstandete Einschränkung nicht enthält. Eine treuwidrige Missachtung der Belange des Versicherungsnehmers ist dem Versicherer bei alledem nicht vorzuwerfen.