

Nachschlagewerk: ja

BGHZ: nein

AVB f. Krankheitskosten- u. Krankenhaustagegeldvers.
§§ 1 Abs. 2, 2 Abs. 1, 3 Abs. 3

Im Sinne der vorgenannten Bestimmungen "beginnt" die
zahnmedizinische Heilbehandlung bei der einem Heil-
und Kostenplan vorausgehenden Untersuchung.

BGH, Urt. v. 14. Dezember 1977 - IV ZR 12/76 - OLG Stuttgart
LG Stuttgart

BUNDESGERICHTSHOF

IM NAMEN DES VOLKES

IV ZR 12/76

URTEIL

Verkündet am
14. Dezember 1977
Fieser,
Justizangestellter

als Urkundsbeamter
der Geschäftsstelle

in dem Rechtsstreit

der D. [REDACTED] K. [REDACTED]-AG, A. [REDACTED] Straße [REDACTED],
Köln [REDACTED], gesetzlich vertreten durch den Vorstand, bestehend
aus dem Vorsitzenden Hans Georg Ti [REDACTED] und den Vorstands-
mitgliedern Gunther Al [REDACTED], Berend Fe [REDACTED], Dr. Horst
Gi [REDACTED] und Heinz Pa [REDACTED]

Beklagten und Revisionsklägerin,

- Prozeßbevollmächtigter: Rechtsanwalt [REDACTED]

gegen

die kaufmännische Angestellte Ursula K 1 [REDACTED],
Ro [REDACTED]straße [REDACTED], St [REDACTED],

Klägerin und Revisionsbeklagte,

- Prozeßbevollmächtigter: Rechtsanwalt Dr. [REDACTED]

- 2 -

Der IV. Zivilsenat des Bundesgerichtshofes hat auf die mündliche Verhandlung vom 14. Dezember 1977 durch den Vorsitzenden Richter Dr. Grell und die Richter Knüfer, Rottmüller, Dr. Hoegen und Dehner

für Recht erkannt:

Auf die Rechtsmittel der Beklagten wird das Urteil des 3. Zivilsenats des Oberlandesgerichts Stuttgart vom 19. Dezember 1975 aufgehoben und das Urteil der 26. Zivilkammer des Landgerichts Stuttgart vom 8. September 1975 abändert.

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin DM 550,-- nebst 4 % Zinsen seit dem 11. Februar 1975 zu zahlen.

Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

Die Kosten des ersten Rechtszuges haben die Klägerin zu $\frac{14}{15}$ und die Beklagte zu $\frac{1}{15}$, die Kosten der Rechtsmittelzüge hat die Klägerin in vollem Umfang zu tragen.

Von Rechts wegen



JLaw – Gesetze und Urteile

Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile

[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Tatbestand:

Die Klägerin beansprucht von der Beklagten aus einer Zusatzversicherung zu einer seit Jahren bestehenden Krankheitskostenversicherung Kostenersatz für eine zahnärztliche Behandlung. Durch diese Zusatzversicherung, für die der Versicherungsbeginn in dem am 18. Januar 1974 ausgestellten Nachtrag zum Versicherungsschein auf den 1. Januar 1974 festgesetzt worden war, hatte sich die Klägerin hinsichtlich der Kosten einer zahnärztlichen Behandlung nach dem Tarif ZM 2 versichert. Nach § 22 der dem Versicherungsvertrag zugrunde gelegten Allgemeinen Versicherungs-Bedingungen (AVB) der Beklagten sind Gegenstand des Tarifs ZM 2 "die notwendigen zahnärztlichen Leistungen"; erstattet werden 75 % des Rechnungsbetrags (mit Ausnahme der kieferorthopädischen Leistungen, für die die Erstattung auf 50 % begrenzt ist). Teil I (§§ 1 18) der AVB stimmt - mit Ausnahme des § 18 Abs. 1 - wörtlich mit den "Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK)" (veröffentlicht in VerBAV 1966, 247 ff.) überein. Zum Versicherungsfall, zum Beginn des Versicherungsschutzes und zu den Wartezeiten enthalten die AVB folgende Bestimmungen:

§ 1 Abs 2 Satz 1 und 2:

" Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. "

§ 2 Abs. 1:

" Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluß des Versicherungsvertrages, nicht vor Zahlung des ersten Beitrages bzw. der ersten Beitragssrate und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. "

§ 3 Abs. 1:

" Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an. "

§ 3 Abs. 3 (auszugsweise):

" Die besonderen Wartezeiten betragen ...
für Zahnbehandlung und Zahnersatz 8 Monate. "

§ 26 Abs. 2:

" Für Zahnersatz und Kieferorthopädie beträgt die Wartezeit 8 Monate, für die übrigen zahnärztlichen Leistungen 3 Monate (Abweichung von § 3 Abs. 3). "

Die Klägerin beabsichtigte im Sommer 1974, nach Ablauf der mit der Beklagten vereinbarten Wartezeit (von 8 Monaten) eine umfangreiche zahnärztliche prothetische Behandlung durchführen zu lassen, wollte sich aber

schon vor ihrem Sommerurlaub über die Kosten der Behandlung informieren. Sie suchte daher den Zahnarzt Dr. He [REDACTED] (St [REDACTED]) auf, der - nach einer Untersuchung ihres Gebisses - am 19. August 1974 einen Heil- und Kostenplan erstellte. Dr. He [REDACTED] führte die in diesem Plan vorgesehenen Behandlungsmaßnahmen in der Zeit vom 30. September bis 23. Oktober 1974 durch. Er berechnete "für seine ärztlichen Bemühungen vom 30.9. - 23.10.1974" DM 10.191,80. Die Parteien streiten nicht darüber, daß Dr. He [REDACTED] auch für die Aufstellung des Heil- und Kostenplans eine Gebühr gemäß Ziff. 3 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) hätte in Rechnung stellen können, das aber nicht getan hat. Die B [REDACTED] (B [REDACTED]), bei der die Klägerin pflichtversichert ist, bezahlte vom Rechnungsbetrag DM 2.696,60.

Die Beklagte hat es abgelehnt, der Klägerin den verlangten Differenzbetrag von DM 7.505,20 zu erstatten, weil die zahnärztliche Behandlung schon mit der dem Heil- und Kostenplan vorausgehenden Untersuchung begonnen habe und damit der Versicherungsfall bereits vor Ablauf der achtmonatigen Wartezeit eingetreten sei. Demgegenüber hat die Klägerin vorgetragen: Eine kostenverursachende Heilbehandlung habe erst am 30. September 1974 - nach Ende der Wartezeit begonnen. Die Aufstellung des Heil- und Kostenplans könne schon deshalb nicht als Beginn der Heilbehandlung angesehen werden, weil damit keine medizinisch notwendige und Kosten hervorrufende Beratung verbunden gewesen sei.

Die Klägerin hat DM 7.505,20 nebst 4 % Zinsen seit dem 11. Februar 1975 eingeklagt. Die Beklagte hat den Klaganspruch in Höhe von DM 550,-- (nebst Zinsen) anerkannt, nachdem die Parteien übereinstimmend erklärt hatten, daß der Klägerin ein Ersatzanspruch von DM 550,-- für die von Dr. He [REDACTED] durchgeführten konservierenden und chirurgischen Leistungen zustehe. Das Landgericht hat der Klage voll stattgegeben. Mit der Berufung hat die Beklagte beantragt, die Klage mit Ausnahme des anerkannten Erstattungsanspruchs von DM 550,-- nebst 4 % Zinsen seit dem 11. Februar 1975 abzuweisen. Das Oberlandesgericht hat die Berufung zurückgewiesen.

Mit der zugelassenen Revision verfolgt die Beklagte ihren Antrag aus der Berufungsinanz weiter. Die Klägerin beantragt, die Revision zurückzuweisen.

Entscheidungsgründe:

Die Revision hat Erfolg.

Die Klage ist unbegründet, soweit die Klägerin von der Beklagten einen höheren Kostenersatz verlangt als den anerkannten Betrag von DM 550,-- (nebst Zinsen). Denn die Heilbehandlung, die der Zahnarzt Dr. He [REDACTED] in Rechnung gestellt hat, hat schon mit der dem Heil- und Kostenplan vorausgehenden Untersuchung und damit vor Ablauf der für Zahnersatz geltenden Wartezeit von 8 Monaten begonnen. Der über DM 550,-- hinausgehende Rechnungsbetrag betrifft - wie im Laufe des Prozesses unstreitig geworden ist - ausschließlich Zahnersatzleistungen. Hat aber die

Heilbehandlung vor Ablauf der für die betreffende Krankheit oder ärztliche Leistung vereinbarten Wartezeit begonnen, so fallen auch die dazugehörigen, erst nach Ablauf der Wartezeit durchgeführten Behandlungsmaßnahmen nicht mehr unter Versicherungsschutz (§§ 1 Abs. 2, 2 Abs. 1 AVB).

I.

Seine gegenteilige Auffassung hat das Berufungsgericht im wesentlichen folgendermaßen begründet:

Die dem Heil- und Kostenplan vorausgehende Untersuchung des Gebisses der Klägerin sei noch nicht auf die Durchführung der vom Zahnarzt für notwendig erachteten Sanierungsmaßnahmen gerichtet gewesen. Da die Untersuchung unstreitig zunächst nur der Erstellung des Heil- und Kostenplans habe dienen sollen, habe sich die Klägerin ihr nur deswegen unterzogen, um die Kosten einer später durchzuführenden Heilbehandlung übersehen zu können. In einem solchen Fall setze der "Beginn der Heilbehandlung" nach dem allgemeinen Sprachgebrauch voraus, daß der Patient sich entschlöße, seinen Zahnschaden auf die in dem Kostenvoranschlag angegebene Weise beseitigen zu lassen, und den Zahnarzt dementsprechend beauftrage. Der Zweck der diesem Entschluß vorausgehenden zahnärztlichen Leistungen habe sich daher in der Erhebung des Befunds und in der Aufstellung des auf diesen Befund abgestellten Heil- und Kostenplans erschöpft. - Auch der Zweck der vereinbarten Wartezeiten erfordere es nicht, den Beginn der Heilbehandlung abweichend vom allgemeinen Sprach-

gebrauch auf den Zeitpunkt der der Aufstellung des Heil- und Kostenplans dienenden Untersuchung vorzuverlegen.

II.

Der Senat vermag diesen Ausführungen des Berufungsgerichts zum allgemeinen Sprachgebrauch ("Beginn der Heilbehandlung", § 1 Abs. 2 AVB) und zum Zweck der Wartezeitklauseln nicht zu folgen. Auch der Zweck des § 1 Abs. 2 AVB spricht gegen die Auffassung des Berufungsgerichts.

1. Das Berufungsgericht stellt für den Eintritt des Versicherungsfalls rechtsirrig darauf ab, welchem vertraglichen Erfüllungszweck - bezogen auf den zunächst nur beschränkt erteilten Auftrag der Klägerin - die erste Untersuchung des Zahnarztes Dr. He [REDACTED] dienen sollte. Der Versicherungsfall ist in den AVB der Beklagten aber nicht als die nach dem Vertrag mit dem Patienten geschuldete Heilbehandlung, sondern als "die medizinisch notwendige Heilbehandlung" definiert. Damit ist zur Bestimmung des Versicherungsfalls ein objektiver, vom Vertrag zwischen Arzt und Patient unabhängiger Maßstab eingeführt worden. Für die Frage, ob eine ärztliche Leistung als "Beginn der Heilbehandlung" anzusehen ist, ist der richtige Bezugspunkt nicht der konkrete Auftrag des Patienten an den Arzt, sondern die (behandlungsbedürftige) Krankheit selbst. Das zeigt auch die Bestimmung über das Ende des Versicherungsfalls, der nämlich nicht schon damit endet, daß das Vertragsverhältnis mit dem

jeweils behandelnden Arzt seinen Abschluß gefunden hat, sondern erst dann, wenn nach medizinischem Befund keine "Behandlungsbedürftigkeit" mehr besteht, gleichgültig, wieviele Ärzte neben- oder nacheinander zur Behandlung dieser Krankheit tätig geworden sind.

"Heilbehandlung" ist daher jegliche ärztliche Tätigkeit, die durch die betreffende Krankheit verursacht worden ist, sofern die Leistung des Arztes von ihrer Art her in den Rahmen der medizinisch notwendigen Krankenpflege fällt und auf die Heilung oder Linderung der Krankheit abzielt, mag auch dieses Endziel erst nach Unterbrechnungen oder mit Hilfe weiterer Ärzte erreicht werden. Die Heilbehandlung "beginnt" mit der ersten Inanspruchnahme einer solchen ärztlichen Tätigkeit. Wie der Bundesgerichtshof in diesem Zusammenhang schon mehrfach entschieden hat (BGH LM KrankenkostenVers. Nr. 1 = VersR 1956, 186; 1957, 55), gehört zur "Behandlung" einer Krankheit nicht nur die unmittelbare Heiltätigkeit, sondern auch schon die erste ärztliche Untersuchung, die auf die Erkennung des Leidens abzielt, ohne Rücksicht darauf, ob sofort oder erst nach weiteren Untersuchungen eine endgültige oder richtige Diagnose gestellt und mit den eigentlichen Heilmaßnahmen begonnen worden ist.

Diese Auslegung, die insbesondere alle diagnostischen Bemühungen einschließlich der dazugehörigen Untersuchungen des Patienten einbezieht, stimmt auch mit den Vorstellungen überein, die man nach allgemeinem Sprachgebrauch mit den Worten "Heilbehandlung einer Krankheit" verbindet (BGH LM KrankenkostenVers. Nr. 1 = VersR 1956, 186). Indem für den Eintritt des Versicherungsfalls auf die erste Einschaltung des Arztes abgestellt wird, wird

einmal im Interesse einer praktikablen und sicheren Rechtsanwendung ein genau und leicht feststellbarer Zeitpunkt gewählt, zum andern auch dem Streben des Versicherungsnehmers nach möglichst effektivem Versicherungsschutz Genüge getan, weil dann schon die erste (medizinisch notwendige) Konsultation des Arztes unter Versicherungsschutz steht (sofern die übrigen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind).

§ 1 Abs. 2 AVB, der dem in der privaten Krankenversicherung heute üblichen Begriff des "gedehnten Versicherungsfalls" (vgl. BGH VersR 1974, 741; 1976, 851) entspricht und das Ende des Versicherungsfalls - vom Willen des Versicherten unabhängig - auf das nach objektivem (medizinischem) Befund festzustellende Ende der Behandlungsbedürftigkeit verlegt, verfolgt überdies den Zweck, dem der Krankenversicherung eigentümlichen subjektiven Risiko entgegenzuwirken. Sobald nämlich der Versicherte wegen einer Krankheit einen Arzt einmal in Anspruch genommen hat, hindert ihn die Klausel daran, den Versicherungsfall willkürlich abubrechen und einen neuen zu einem ihm geeignet erscheinenden Zeitpunkt zu beginnen, obwohl es sich tatsächlich um die Weiterbehandlung der früheren Krankheit handelt (vgl. Ohrt, Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Privaten Krankenversicherung, 1961, S. 91; Tauer/Linden, Private Krankenversicherung, 1965, S. 112).

2. Im Streitfall zweifeln beide Parteien zu Recht nicht daran, daß die umfänglichen Sanierungsmaßnahmen "notwendige zahnärztliche Leistungen" waren. Dann war aber auch die vorbereitende Tätigkeit des Zahnarztes Dr. He[REDACTED] gleichermaßen notwendig. Diese Vorbereitung

und damit die gesamte zahnmedizinische Heilbehandlung hat Dr. He [REDACTED] bei der dem Heil- und Kostenplan vorausgehenden Untersuchung begonnen. Denn auf der dabei gewonnenen und im Heil- und Kostenplan niedergelegten Diagnose, daß und in welchem Umfang eine Sanierung durch Zahnersatz medizinisch geboten war, hat er bei der eigentlichen Zahnbehandlung vom 30. September bis 23. Oktober 1974 aufgebaut, er hat die damals schon für notwendig erachteten Behandlungsmaßnahmen nunmehr durchgeführt. Ohne die frühere Untersuchung und Diagnose hätte er das Gebiß der Klägerin am 30. September 1974, wenn sie ihn an diesem Tage erstmals aufgesucht hätte, gründlich untersuchen und seine Diagnose treffen müssen. Es ist auch nicht gerechtfertigt, gerade bei einem Zahnarzt, der zunächst nur mit der Erstellung eines Heil- und Kostenplans beauftragt wird, die diagnostischen Bemühungen deshalb von der "Heilbehandlung" auszunehmen, weil sie - wie das Berufungsgericht meint - in ihrer Bedeutung und Schwierigkeit hinter der Diagnose bei vielen anderen Leiden weit zurückträten. Da auch eine leichte Diagnose eine - für die Auswahl der richtigen Behandlungsmaßnahmen notwendige - ärztliche Leistung ist, kann für den "Beginn der Heilbehandlung" nicht auf die Schwierigkeit der Diagnose abgestellt werden. Die gegenteilige Auffassung verfehlt für Zahnbehandlungen ohne einleuchtenden Grund auch den Zweck des § 1 Abs. 2 AVB, dem subjektiven Risiko entgegenzuwirken; sie würde es dem Versicherungsnehmer ermöglichen, zunächst (in einem frühen Stadium der Behandlungsbedürftigkeit) eine zahnärztliche Diagnose einzuholen, darauf je nach Kostenvoranschlag zu entscheiden, ob der Abschluß eines Versicherungsvertrags oder die Erhöhung des Versicherungsschutzes wirtschaftlich sinnvoll

ist, und gegebenenfalls dann die Wartezeit noch verstreichen zu lassen, ehe mit den vom Zahnarzt empfohlenen Behandlungsmaßnahmen begonnen wird.

3. Entgegen der Ansicht des Berufungsgerichts steht es auch mit dem Zweck der Wartezeitklausel in Einklang, daß die zahnärztliche Heilbehandlung schon mit der ersten der Diagnose dienenden Untersuchung "beginnt".

Die allgemeine Wartezeit stellt einen zeitlich begrenzten, die besonderen Wartezeiten stellen einen sowohl zeitlich als auch sachlich begrenzten Risikoabschluß dar, mit dem die Krankenversicherer zwei hauptsächliche Zwecke verfolgen: Zum einen wollen sie das oben erörterte subjektive Risiko eindämmen. Zum anderen haben die Wartezeitklauseln die Funktion der früher in fast allen AVB der Krankenversicherer enthaltenen Klauseln übernommen, die die vorvertraglichen Krankheiten ("alte Leiden") von den Versicherungsleistungen ausschlossen; die Wartezeitklauseln dienen dazu, solche Krankheiten aus dem Versicherungsschutz auszuklammern, die medizinisch schon vor Vertragsschluß entstanden waren, damals möglicherweise noch unentdeckt waren, aber in einer erfahrungsgemäß erheblichen Anzahl von Fällen dann vor Ablauf der (für die betreffende Krankheit jeweils geltenden) Wartezeit behandlungsbedürftig werden. Als Ausgleich dafür, daß die Wartezeitklauseln diesen Zweckgedanken mit ihrer notwendig starren, generalisierenden zeitlichen Beschränkung nur grob und unvollkommen verwirklichen, erlangen Versicherer und Versicherungsnehmer eine klarere, praktikablere Risikoabgrenzung und damit größere Rechtssicherheit als unter der Geltung der früheren Ausschußklauseln für alle auch unerkannten "alten Leiden" (BGH VersR 1976, 851, 852).

Diesen Zweck der Wartezeitklauseln hat das Berufungsgericht im Grundsatz richtig erkannt. In Bezug auf den vorliegenden Fall eines nicht mit Schmerzen verbundenen Zahnschadens, dessen Beseitigung mit erheblichen Kosten verbunden ist, hat es sodann ausgeführt, es liege auf der Hand, daß sich der Patient erst nach dem Ablauf der vereinbarten Wartezeit entschließe, den Schaden sanieren zu lassen; dieses Risiko habe die Beklagte aber dadurch, daß sie ihre Verpflichtung zur Gewährung des Versicherungsschutzes einerseits von der Einhaltung einer starren Wartefrist und andererseits vom Beginn der Heilbehandlung abhängig gemacht habe, bewußt in Kauf genommen. Diese Ausführungen gehen am Zweck der Wartezeitklauseln vorbei. Ihrem Ziel, die Risikoabgrenzung für die Praxis klar und sicher auszugestalten, entspricht es, daß auch § 1 Abs. 2 AVB für den Eintritt des Versicherungsfalls an einen leicht und sicher feststellbaren Zeitpunkt - die erste Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe (siehe oben II. 1.) - anknüpft. Dem Zweck dieser Bestimmung und der Wartezeitklauseln würde es widerstreiten, wollte man für die Zubilligung des Versicherungsschutzes darauf abstellen, daß der Versicherungsnehmer sich entschlossen hat, die eigentliche, hohe Kosten verursachende Behandlung des schon vorher diagnostizierten Zahnschadens erst nach Ablauf der Wartezeit durchführen zu lassen. Der Versicherer hat lediglich das Risiko in Kauf genommen, daß er vorvertragliche Krankheiten in den Versicherungsschutz einbeziehen muß, wenn die gesamte Behandlung - einschließlich der ersten ärztlichen Untersuchung und Diagnose - erst nach Ablauf der Wartezeit beginnt. Hat sich dagegen

der Versicherungsnehmer vom Arzt - aus welchen Gründen auch immer - schon vorher erstmals untersuchen lassen, so entspricht es genau dem Zweck der Wartezeitklauseln, daß die gesamte sich anschließende Behandlung der diagnostizierten Krankheit vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist. Im Hinblick auf die bezweckte Rechtssicherheit in der Anwendung der genannten Klauseln ist es auch unerheblich, ob der Versicherungsnehmer die erste ärztliche Untersuchung aus medizinischen Gründen (z.B. Schmerzen) oder aus sonstigen Motiven (um z.B. die Höhe der entstehenden Behandlungskosten frühzeitig zu erfahren) noch in die Wartezeit verlegt hat.

4. Somit ergibt die Auslegung der in Betracht kommenden AVB-Bestimmungen (§§ 1 Abs. 2, 2 Abs. 1, 3 Abs. 3, 26 Abs. 2), daß die Klägerin über den anerkannten Betrag von DM 550,-- hinaus keinen Versicherungsschutz für die Zahnbehandlung genießt, weil diese mit der ersten zahnärztlichen Untersuchung schon vor Ablauf der achtmonatigen Wartezeit begonnen hat.

Dr. Grell Knüfer Rottmüller Dr. Hoegen Dehner