

BUNDESGERICHTSHOF

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

IV ZR 3/94

Verkündet am:
14. Dezember 1994
Dietz
Justizangestellte
als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle

in dem Rechtsstreit

des Herrn Per F [REDACTED], Fi [REDACTED]straße [REDACTED], K [REDACTED],

Klägers und Revisionsklägers,

- Prozeßbevollmächtigter: Rechtsanwalt Dr. [REDACTED] -

gegen

die G [REDACTED] Krankenversicherung AG, vertreten durch den
Vorstand, G [REDACTED] Platz [REDACTED], Gö [REDACTED],

Beklagte und Revisionsbeklagte,

- Prozeßbevollmächtigter: Rechtsanwalt Dr. [REDACTED] -

Der IV. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs hat durch den Vorsitzenden Richter Bundschuh, die Richterin Dr. Ritter und die Richter Römer, Dr. Schlichting und Terno auf die mündliche Verhandlung vom 14. Dezember 1994

für Recht erkannt:

Die Revision gegen das Urteil des 14. Zivilsenats des Oberlandesgerichts München mit dem Sitz in Augsburg vom 26. November 1993 wird auf Kosten des Klägers zurückgewiesen.

Von Rechts wegen

Tatbestand:

Der Kläger ist Zahnarzt. Er erbrachte für seinen bei der Beklagten krankenversicherten Patienten St. in der Zeit vom 1. August 1990 bis zum 24. Juni 1991 zahnärztliche Leistungen, für die er eine Vergütung von insgesamt 40.469,28 DM fordert. Mit einer "Übertragungserklärung" vom 17. September 1991 übertrug St. seinen wegen der Behandlungskosten gegen die Beklagte entstandenen Anspruch auf Versicherungsleistungen auf den Kläger. Die Beklagte erklärte am 21. November 1991, daß sie die Übertragungserklärung ihres Versicherungsnehmers gegen sich gelten lasse. Sie hat an den Kläger 18.763,09 DM gezahlt.

Die Parteien streiten darum, ob die Beklagte nach dem mit ihrem Versicherungsnehmer geschlossenen Versicherungs-

- 3 -

vertrag zu weitergehender Kostenerstattung verpflichtet ist.

Dem Vertrag liegen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 76), die Mustertarifbedingungen (TB/KK 76) und Tarife der Beklagten zugrunde. Zwischen dem Versicherungsnehmer St. [REDACTED] und der Beklagten ist u.a. die Geltung des Tarifs Z1 für zahnärztliche Behandlung vereinbart. Nr. I.2 der Tarifbedingungen lautet:

- "2.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie.
- 2.2 Die Höhe der Leistungen beträgt nach Tarif Z1
 - 2.2.1 bei Zahnbehandlung für prophylaktische, konservierende und chirurgische Leistungen, Behandlungen der Mundschleimhaut ... 100% vom Rechnungsbetrag,
 - 2.2.2 bei Zahnersatz, Zahnkronen und Kieferorthopädie für Brücken, Stiftzähne, Prothesen, Implantate ... Laborarbeiten und Materialien 80% vom Rechnungsbetrag.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen sind für jede versicherte Person begrenzt auf insgesamt

- 4.000 DM Rechnungsbetrag in den ersten beiden Versicherungsjahren,
- 8.000 DM Rechnungsbetrag in den ersten drei Versicherungsjahren und
- 20.000 DM Rechnungsbetrag in jedem folgenden Versicherungsjahr.



Unbegrenzte Leistungen werden vom 4. Versicherungsjahr an im Rahmen der tariflichen Erstattungssätze gewährt, wenn dem Versicherer vor Beginn der Behandlung die medizinische Notwendigkeit der Maßnahmen durch einen Heil- und Kostenplan nachgewiesen wird."

Die Beklagte verweigert weitere Versicherungsleistungen. Die vom Kläger in Rechnung gestellten zahnärztlichen Leistungen betreffen ganz überwiegend im Jahre 1991 entstandene Aufwendungen für Zahnersatz im Sinne von Nr. 2.2.2 ihrer Tarifbedingungen. Die Erstattungsfähigkeit solcher Aufwendungen sei hier nach der Dauer des Versicherungsverhältnisses auf 20.000 DM in jedem Versicherungsjahr begrenzt. Das habe sie ihrer Abrechnung zugrunde gelegt. Unbegrenzte Leistungen würden nur gewährt, wenn vor der Behandlung ein Heil- und Kostenplan vorgelegt worden sei. Das habe ihr Versicherungsnehmer Starringer unterlassen.

Der Kläger verlangt von der Beklagten weitere 17.364,95 DM. Er ist der Auffassung, die Begrenzung der Erstattungsfähigkeit der Aufwendungen für Zahnersatz auf 20.000 DM greife im vorliegenden Falle nicht ein. Starringer habe vor Aufnahme der Behandlung einen Heil- und Kostenplan vorgelegt. Mit Nr. 2.2.2 der Tarifbedingungen der Beklagten sei - was die Vorlage eines solchen Planes anlange - überdies lediglich eine Obliegenheit des Versicherungsnehmers begründet worden. Selbst deren Verletzung führe nicht zur Leistungsfreiheit der Beklagten, weil sie folgenlos geblieben sei und der Versicherungsnehmer allenfalls fahrlässig gehandelt habe. Die Klausel verstoße zudem gegen § 9 AGBG.

Das Landgericht hat die Klage abgewiesen; die Berufung des Klägers ist erfolglos geblieben. Mit der zugelassenen Revision verfolgt der Kläger seinen Zahlungsanspruch weiter.

Entscheidungsgründe:

Die Revision bleibt ohne Erfolg.

I. 1. Das Berufungsgericht nimmt an, der Versicherungsnehmer St. [REDACTED] habe seinen Anspruch auf Versicherungsleistungen wirksam an den Kläger abgetreten. Es stellt weiterhin fest, daß St. [REDACTED] einen Heil- und Kostenplan nicht vor Beginn der vom Kläger erbrachten zahnärztlichen Leistungen bei der Beklagten eingereicht hat. Das läßt Rechtsfehler nicht erkennen.

2. Mangels Vorlage eines Heil- und Kostenplanes sei - so meint das Berufungsgericht - die Gewährung unbegrenzter Leistungen für Zahnersatzaufwendungen nach Nr. 2.2.2 der Tarifbedingungen der Beklagten ausgeschlossen. Deren Leistungspflicht sei vielmehr nach dieser Klausel auf die Erstattung von Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von - hier - 20.000 DM begrenzt. Die Klausel beschreibe eine Risikobegrenzung und begründe keine Obliegenheit des Versicherungsnehmers. Die Beklagte gewähre dem Versicherungsnehmer nur ausschnittsweise Deckung, denn die erstattungsfähigen Aufwendungen seien von vornherein durch Höchstbeträge begrenzt. Darüber hinausgehender unbegrenzter Versicherungsschutz werde (im Rahmen der tariflichen Er-

stattungssätze) nur für den Fall zugesagt, daß der Versicherungsnehmer vor Behandlungsbeginn die Notwendigkeit der Heilbehandlung durch Vorlage eines Heil- und Kostenplanes nachweise. Damit setze zwar die Erweiterung des von vornherein begrenzten Versicherungsschutzes ein bestimmtes Verhalten des Versicherungsnehmers voraus, nicht aber werde - wie für eine Obliegenheit kennzeichnend - die Erhaltung des zugesagten Versicherungsschutzes von einem bestimmten vorbeugenden Verhalten des Versicherungsnehmers abhängig gemacht.

II. Die Auffassung des Berufungsgerichts hält rechtlicher Nachprüfung stand.

1. Der dem Versicherungsnehmer Starringer in der Krankheitskostenversicherung zu gewährende Versicherungsschutz ergibt sich aus seinem mit der Beklagten geschlossenen Versicherungsvertrag, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Beklagten, den diese ergänzenden Tarifen und Tarifbedingungen sowie aus gesetzlichen Vorschriften (§ 1 Abs. 3 MB/KK 76). Nach § 1 Abs. 1a MB/KK 76 gewährt der Versicherer Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen. Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich gemäß § 4 Abs. 1 MB/KK 76 aus dem Tarif mit Tarifbedingungen, die ihrerseits als Allgemeine Versicherungsbedingungen anzusehen sind. Tarif und Tarifbedingungen konkretisieren den mit § 1 Abs. 1a MB/KK 76 beschriebenen Leistungsrahmen des Versicherers; sie schränken ihn ein (vgl. Senatsurteil vom 13. Mai 1992 - IV ZR 213/91 - VersR 1992, 950 unter II, 2 a).

2. Eine solche Einschränkung enthält auch Nr. 2.2.2 des Tarifs Z1 der Beklagten für die in dieser Bedingung beschriebenen Aufwendungen (Zahnersatz, Zahnkronen ...). Die Klausel beschränkt die Höhe der Leistungen zum einen durch eine Erstattungsquote; die Beklagte verspricht nämlich Leistungen generell nur in Höhe von 80% vom Rechnungsbetrag. Zum anderen wird die Leistungspflicht der Beklagten aber auch dadurch weiter eingeschränkt, daß die erstattungsfähigen Aufwendungen durch nach der Dauer des Versicherungsvertrages gestaffelte Rechnungshöchstbeträge pro Versicherungsjahr begrenzt werden. Die Klausel enthält insoweit objektive Risikobegrenzungen. Soweit nach ihrem Inhalt vom vierten Versicherungsjahr an im Rahmen der tariflichen Erstattungssätze unbegrenzte Leistungen gewährt werden, wenn dem Versicherer vor Beginn der Behandlung die medizinische Notwendigkeit der Maßnahmen nachgewiesen wird, stellt sich auch dies als Teil der risikobegrenzenden Gesamtregelung dar. Entgegen der Auffassung der Revision wird damit keine (verhüllte) Obliegenheit des Versicherungsnehmers begründet.

a) Nach der ständigen Rechtsprechung des Senats kommt es bei der Unterscheidung zwischen einer Obliegenheit und einer Risikobegrenzung nicht nur auf Wortlaut und Stellung einer Versicherungsklausel an. Entscheidend ist vielmehr der materielle Gehalt der einzelnen Klausel. Es kommt darauf an, ob die Klausel eine individualisierende Beschreibung eines bestimmten Wagnisses enthält, für das (allein) der Versicherer Versicherungsschutz gewähren will, oder ob sie in erster Linie ein bestimmtes Verhalten des Versicherungsnehmers fordert, von dem es abhängt, ob er einen zuge-

sagten Versicherungsschutz behält oder ob er ihn verliert. Wird von vornherein nur ausschnittsweise Deckung gewährt und nicht ein gegebener Versicherungsschutz wegen nachlässigen Verhaltens wieder entzogen, so handelt es sich um eine Risikobegrenzung (Senatsurteil vom 31. Januar 1990 - IV ZR 227/88 - VersR 1990, 482 unter 2 a m.w.N.).

b) Für eine Risikobegrenzung spricht hier schon der Wortlaut des ersten Teils der Klausel, mit dem die erstattungsfähigen Aufwendungen durch eine Höchstbetragsregelung "begrenzt" werden. Aber auch für den letzten Satz der Tarifbedingung gilt nichts anderes. Aus ihm ergibt sich, daß der Versicherer unbegrenzte Leistungen nur dann gewähren will, wenn die anschließend beschriebenen Voraussetzungen gegeben sind; nicht dagegen geht es um die Entziehung bereits zugesagten Versicherungsschutzes infolge eines Verhaltens des Versicherungsnehmers. Der sprachlichen Fassung der Klausel entspricht auch ihr materieller Gehalt, wie er sich aus dem systematischen Zusammenhang der Tarifbedingung erschließt.

Die Beklagte verspricht mit Nr. 2.2.2 ihrer Tarifbedingungen Kostenerstattung (im Rahmen der tariflichen Erstattungsquote) von vornherein und für die volle Dauer des Versicherungsvertrages grundsätzlich nur bis zur Höhe der nach Versicherungsjahren gestaffelten Rechnungshöchstbeträge. Das gilt auch für den Zeitraum ab dem vierten Versicherungsjahr, denn auch dieser ist in die durch Höchstbeträge ausgestaltete leistungsbegrenzende Regelung einbezogen. Entgegen der Auffassung der Revision werden also auch ab dem vierten Versicherungsjahr nicht uneingeschränkt und

durchgehend unbegrenzte Leistungen versprochen. Vielmehr gilt auch hier grundsätzlich die Leistungsbegrenzung auf den festgesetzten Höchstbetrag von 20.000 DM pro Versicherungsjahr. Vor diesem Hintergrund bedeutet die mit dem letzten Satz der Klausel getroffene Regelung eine Erweiterung des nur eingeschränkt zugesagten Versicherungsschutzes ab dem vierten Versicherungsjahr, wenn dem Versicherer "vor Beginn der Behandlung" die medizinische Notwendigkeit der Maßnahmen durch einen Heil- und Kostenplan nachgewiesen wird. Das vom Versicherungsnehmer damit geforderte Verhalten ist demnach Voraussetzung dafür, daß er überhaupt über einen Rechnungsbetrag von 20.000 DM pro Versicherungsjahr hinaus Versicherungsleistungen beanspruchen kann, ist also Voraussetzung für die Erweiterung des Deckungsschutzes. Die Regelung gründet sich also einerseits auf die risikobegrenzende Höchstbetragsregelung und setzt sie voraus, sie hat andererseits aber auch selbst risikobegrenzenden Charakter, weil sie die Voraussetzungen der Übernahme des erweiterten und zuvor ausgeschlossenen Wagnisses beschreibt und festlegt. Daß dabei an ein Verhalten des Versicherungsnehmers angeknüpft wird, steht dem nicht entgegen (Senatsurteil vom 17. September 1986 - IVa ZR 232/84 - VersR 1986, 1097 unter II, 2 b). Im Rahmen der Regelung wird (erweiterter) Versicherungsschutz von vornherein nur unter den mit ihr beschriebenen Voraussetzungen gewährt, nicht aber - wie bei einer Obliegenheit - ein schon gegebener Versicherungsschutz wegen Fehlens des geforderten Nachweises wieder entzogen. Die Tarifbedingung Nr. 2.2.2 statuiert damit keine Obliegenheit des Versicherungsnehmers.

c) Der erkennbare Zweck der Regelung bestätigt dieses Ergebnis. Sie hat ihren Anwendungsbereich bei der Erstattung von Aufwendungen für Zahnersatz, Zahnkronen und kieferorthopädische Leistungen. Sie erfaßt also einen Bereich, in dem - wie schon die Bemessung des jährlichen Rechnungshöchstbetrages zeigt - häufig besonders kostenintensive Behandlungsmaßnahmen anfallen können. Wenn der Versicherer hier als Voraussetzung der Übernahme einer erweiterten Deckung schon vor Behandlungsbeginn den Nachweis der Notwendigkeit der Maßnahmen fordert, dient das dem Zweck, bereits zu einem Zeitpunkt Art und Umfang der beabsichtigten Behandlung auf dessen medizinische Notwendigkeit zu prüfen, zu dem deren Feststellung noch ohne Beweisschwierigkeiten möglich ist (so kann er z.B. verlangen, daß sich der Versicherte durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen läßt - § 9 Abs. 3 MB/KK 76 -). Diesem Prüfungs- und Beweissicherungsinteresse, das gerade bei den hier in Rede stehenden kostenintensiven Behandlungen auch mit dem Interesse gekoppelt sein kann, auf die geplanten Behandlungsmaßnahmen vorbeugend kostenmindernd Einfluß zu nehmen, kann der Versicherer durch die Begründung einer Obliegenheit nicht ausreichend Rechnung tragen. Die medizinisch notwendige Heilbehandlung beginnt mit der dem Heil- und Kostenplan vorausgehenden Untersuchung (Senatsurteil vom 14. Dezember 1977 - IV ZR 12/76 - VersR 1978, 271 unter II, 2). Es würde sich deshalb um eine nach dem Versicherungsfall (§ 1 Abs. 2 Satz 1 MB/KK 76) zu erfüllende Obliegenheit handeln, die den vom Versicherer angestrebten Zweck nicht zuverlässig erfüllen könnte. Denn deren nur fahrlässige Verletzung müßte für den Versicherungsnehmer sanktionslos bleiben und selbst im Falle grober Fahrlässigkeit bliebe

ihm noch der Nachweis fehlender Kausalität offen (§ 6 Abs. 3 VVG).

3. Das Berufungsgericht hält die Klausel - deren Kontrollfähigkeit § 8 AGBG nicht entgegensteht, vgl. BGHZ 83, 84 - weder für überraschend (§ 3 AGBG) noch für unklar (§ 5 AGBG) oder für unangemessen im Sinne des § 9 AGBG. Auch dagegen wendet sich die Revision ohne Erfolg.

a) Zu Unrecht beruft sie sich darauf, der Versicherungsnehmer könne nach den Versicherungsbedingungen der Beklagten nicht erkennen, daß die Beklagte volle Kostenerstattung bei Zahnersatzleistungen von der vorherigen Vorlage eines Heil- und Kostenplanes abhängig mache; die Allgemeinen Versicherungsbedingungen sagten dazu nichts. Das läßt den Regelungszusammenhang der §§ 1 Abs. 1a, 1 Abs. 3 und 4 Abs. 1 MB/KK 76 - wie er bereits unter II, 1 dargelegt worden ist - außer Betracht. Dieser führt dem Versicherungsnehmer insbesondere mit § 4 Abs. 1 MB/KK 76 ("Art und Höhe der Leistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.") deutlich vor Augen, daß sich zuverlässig und abschließend erst aus den für das Versicherungsverhältnis maßgeblichen Tarifen mit Tarifbedingungen ersehen läßt, in welchen Fällen und in welchem Umfang Versicherungsschutz beansprucht werden kann. Der Versicherungsnehmer wird unmißverständlich auf die Bedeutung der Tarifbedingungen für seinen Versicherungsschutz hingewiesen (Senatsurteil vom 22. Mai 1991 - IV ZR 232/90 - VersR 1991, 911 unter 2 c). Ein Verstoß gegen § 3 AGBG liegt mithin nicht vor.

Daß die Tarifbedingung unter Nr. 2.2.2 des Tarifs Z1 der Beklagten nicht unklar ist, legt das Berufungsgericht zu Recht dar.

b) Die Tarifbedingung begegnet schließlich auch unter dem Blickwinkel des § 9 AGBG keinen Bedenken. Der erforderliche Nachweis der medizinischen Notwendigkeit der geplanten Maßnahmen vor Beginn der Behandlung führt nicht zu einer unangemessenen Benachteiligung des Versicherungsnehmers im Sinne des § 9 Abs. 1 AGBG. Eine solche könnte in Betracht kommen, wenn mit dem erforderlichen Nachweis die Erlangung der erweiterten Deckung derart erschwert würde, daß der Versicherungsnehmer regelmäßig Deckung nur im Rahmen der Höchstbetragsregelung erhalten kann. Dazu aber fehlt es schon an Sachvortrag des Klägers. Es kommt hinzu: Die Klausel hat ihren Anwendungsbereich nur im Bereich der - mit ihr näher bezeichneten - Zahnersatzleistungen. Gerade dieser zahnärztliche Leistungsbereich ist typischerweise nicht dadurch geprägt, daß schon die Eilbedürftigkeit der zu ergreifenden Maßnahmen die Erstellung eines Heil- und Kostenplanes ausschließt. Vielmehr erscheint es naheliegend, daß gerade vor umfangreichen Zahnersatzleistungen, die Kosten von mehr als 20.000 DM auslösen, ein solcher Plan - auch im Interesse des Versicherten - erstellt wird. Berücksichtigt man zudem, daß selbst dann, wenn der erforderliche Nachweis nicht erbracht wird, in jedem Falle Aufwendungen bis zu 20.000 DM Rechnungsbetrag pro Versicherungsjahr im Rahmen der tarif-

lichen Erstattungsquote erstattungsfähig bleiben, ist eine unangemessene Benachteiligung des Versicherungsnehmers nicht zu erkennen.

Bundschuh

Dr. Ritter

Römer

Dr. Schlichting

Terno